

Tópicos Especiais em

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

teoria, métodos e práticas

11

Daniel Fernando Ribeiro
Adriano Mesquita Soares
(Organizadores)



AYA EDITORA
2023

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadores

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

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

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

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

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

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

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

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

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

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

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch
Faculdade Sagrada Família

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T757 Tópicos especiais em ciências da saúde: teoria, métodos e práticas [recurso eletrônico]. / Daniel Fernando Ribeiro. Adriano Mesquita Soares (organizadores) -- Ponta Grossa: Aya, 2023. 261 p.
v.11

Inclui biografia
Inclui índice
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-5379-210-4
DOI: 10.47573/aya.5379.2.167

1. Ciências médicas. 2 Fisioterapia. 3. Serviços de enfermagem - Administração. 4. Administradores de enfermagem. 5. Serviço social médico. 6. Pacientes hospitalizados- Psicologia. 7. Burnout (Psicologia). 8. Síndrome da alienação parental – Brasil. 9. Depressão mental. 10. Beleza física (Estética). 11. Medicina. 12. Parkinson, Doença de. 13. Robótica na medicina. I. Ribeiro, Daniel Fernando. II. Soares, Adriano Mesquita. III. Título

CDD: 610

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

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora EIRELI

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53
Fone: +55 42 3086-3131
E-mail: contato@ayaeditora.com.br
Site: <https://ayaeditora.com.br>
Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação 12

01

Efeitos funcionais da mobilização precoce no paciente neurocrítico 13

Mônica Caroline Néspoli

Lucas Lima Ferreira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.1

02

Planejamento na prática gerencial do enfermeiro em unidade hospitalar: revisão integrativa da literatura .25

Anaorinda Gabriela Silveira Freitas

Wesley Martins

Luciana Aparecida Fabríz

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.2

03

O serviço social no âmbito hospitalar: as contribuições para efetivação de direitos dos usuários atendidos no Hospital Regional de Tamboril - Ceará.36

Naiure Dávila dos Santos Sousa Soares

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.3

04

A importância da atuação do psicólogo junto a equipe multiprofissional no contexto hospitalar49

Wellington Flávio Cardoso dos Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.4

05

A estratégia motivacional e a prevenção da Síndrome de Burnout na rotina da empresa56

Elisandra Regina Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.5

06

A relevância do processo de ações compromissadas na Terapia de Aceitação e Compromisso66

Isadora Maria Bertan

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.6

07

Psicologia e a educação em saúde.....74

Geovana Santos Ferreira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.7

08

Consequências emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes expostos à síndrome de alienação parental79

Andréa Pires Waldman

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.8

09

Bases genéticas da depressão87

Bruna Ilmara Uchimura Pascoli

Dalida Bassim El Zoghbi

Vicente Clinton Justiniano Flores

Victória Brandão Barbosa

Kalil Duailibi

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.9

10

Toxina botulínica: história e aplicações na medicina estética93

Flavia Luiza Morais do Carmo
Josenice Deladia Cerqueira
DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.10

11

Microagulhamento no tratamento de manchas de acnes.....101

Lara Anielle Andrade
Jakeline Alves Lopes
DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.11

12

Técnica de injeção de preenchimento: avanços e riscos no pós-operatório de cirurgias plásticas.....108

Mayza Maythê Galvão Sales de Oliveira
Cynthia Rodrigues Moura
DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.12

13

Papel da drenagem linfática no pós-operatório de uma cirurgia plástica 117

Gabrielly Gomes P. Miranda
Maria Rodrigues Noronha
DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.13

14

Cirurgia robótica: uma reflexão dos impactos de sua implementação..... 125

Priscilla Silva Tavares Carneiro
Lucas Manoel Oliveira Costa
Izane Luisa Xavier Carvalho Andrade
Marcus Vinicius de Carvalho Souza
Lisiane Pires Martins dos Santos
Wenderson Felipe Moreira Lima
Nayra Vanessa de Oliveira Silva
Susã Kelly Lorena de Araújo
Mikaely Fernanda Ribeiro da Silva
Priscila Alexandre de Oliveira Campelo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.14

15

Glaucoma: diagnósticos e tratamentos 137

Arthur Giuseppe Moreira Zappi
Carolina Silva Maciel
Enzo Moro Nicoletti
Gustavo Souza Cangussú
Jonatan Seichi Okuhama Inagaki
Lucas Chiarelli Sant'Ana
Vinícius Cortes Calixto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.15

16

Análise das Internações por Epilepsia no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 e 2021..... 144

Nathália Santana Rodrigues
Typhannie Coelho Borges Silva
Gustavo Santana Rodrigues

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.16

17

Proposta de projeto de núcleo de educação permanente em uma unidade de pronto atendimento em Ananindeua- PA 152

Waylla Emanuely Olegária da Luz

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.17

18

A identidade de gênero como resultado da interação de fatores genéticos, hormonais e sociais: uma revisão 164

Eduard Lucas Souza Araujo

Maria Cláudia Gross

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.18

19

Eritema polimorfo gestacional: relato de caso 176

Renato Gomes Catalan

Marcelo Antonini

Letícia Ketzer Taufer

Maria Luiza Toledo Leite Ferreira da Rocha

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.19

20

Projeto de intervenção: (Des) construção do filho sonhado 184

Diego Vinicius Rodrigues

Patricia de Oliveira Batista

Suzana Freitas de Carvalho

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.20

21

Desafios do enfermeiro gestor na atenção básica de saúde194

Alex Feitosa Nepomuceno
Darci Rosane Costa Freitas Alves
Nadson Ferreira Barroso
Mariana de Souza de Oliveira
Keila Fernandes pontes Queiroz
Otoniel Damasceno Sousa
Erica Ravenna Araujo Alves

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.21

22

Atuação da enfermagem em pacientes oncológicos: artigo de atualização209

Roselane Ferreira Seabra
Danilo Moreira Pereira
Lais Souza dos Santos
Robson Pantoja Portilho
Camila Corrêa Modesto
Guilherme Higino de Carvalho Soares
Taiza Amanda do Rosário
Dione Milhomem Araujo Nascimento
Daylon Brendon Cardoso Ribeiro
Wagner Conceição da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.22

23

Exercícios domiciliares na doença de Parkinson: discussões dos principais protocolos218

Alinne da Silva Aguiar
Joab Aguiar do Nascimento
Francisco Cavalcante de Souza
Criscielli Amanda Moreira
Raliane Emanuele Bonfim de Sousa
Renata Rodrigues Pio
Priscila Nazaré Monteiro Portal
André Luiz Ferreira Lima
Elenice Rabelo Lima
Lucas Raphael Bento e Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.23

24

O desequilíbrio da microbiota intestinal228

Bianca Barbosa Arruda
Gabrielle Almeida Barbosa
Heloisa Dutra Magalhães
Vitória Cristina Penedo Martins
Vitória Gonçalves Andrade Ribeiro

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.24

25

Identificando os fatores desencadeadores de estresse nos profissionais de enfermagem de uma unidade de urgência e emergência.....239

Maycon Oliveira Gomes
Fábio Litzkon da Silva
Adriano Gonçalves de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.25

Organizadores.....252

Índice Remissivo253

Apresentação

É com grande satisfação que apresentamos o livro **“Tópicos especiais em ciências da saúde: teoria, métodos e práticas - Volume 11”**, que aborda uma ampla variedade de temas relevantes e atuais na área da saúde. Este volume reúne vinte e cinco capítulos escritos por pesquisadores em diferentes áreas da saúde, com o objetivo de fornecer informações científicas relevantes e contribuir para a melhoria da prática clínica e gerencial.

Os capítulos incluem temas diversos, como a importância da mobilização precoce no paciente neurocrítico, a atuação do psicólogo na equipe multiprofissional em ambiente hospitalar, a análise das internações por epilepsia no Estado do Tocantins, entre outros. Os autores apresentam evidências científicas e práticas recomendadas para lidar com cada tópico de maneira eficiente e eficaz.

Os temas gerenciais também são explorados no livro, com capítulos que abordam a prática gerencial do enfermeiro em unidade hospitalar, as contribuições do serviço social no âmbito hospitalar para a efetivação dos direitos dos usuários, e os desafios do enfermeiro gestor na atenção básica de saúde. Além disso, o livro discute a importância da educação permanente em saúde e o papel da enfermagem no cuidado de pacientes oncológicos.

O livro também traz capítulos sobre avanços na medicina estética, como a aplicação da toxina botulínica e a técnica de injeção de preenchimento, bem como o uso de microagulhamento no tratamento de manchas de acne e o papel da drenagem linfática no pós-operatório de cirurgias plásticas.

Outros temas abordados incluem a terapia de aceitação e compromisso, as consequências emocionais e comportamentais em crianças expostas à síndrome de alienação parental, as bases genéticas da depressão, a cirurgia robótica e o diagnóstico e tratamento do glaucoma.

Por fim, o livro também discute o desequilíbrio da microbiota intestinal, a identificação dos fatores desencadeadores de estresse nos profissionais de enfermagem e a identidade de gênero como resultado da interação de fatores genéticos, hormonais e sociais.

Esperamos que este livro seja útil para profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e todos aqueles interessados em aprender mais sobre tópicos especiais em ciências da saúde.

Boa leitura!

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares



Efeitos funcionais da mobilização precoce no paciente neurocrítico

Functional effects of early mobilization in the neurocritical patient

Mônica Caroline Néspoli

Programa de Aperfeiçoamento em Fisioterapia Respiratória Adulto, Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME)

Lucas Lima Ferreira

Serviço de Fisioterapia em Terapia Intensiva Neurocirúrgica, Hospital de Base, Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME)

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.167.1

RESUMO

Introdução: Pacientes neurocríticos podem desenvolver fraqueza muscular e déficits funcionais pelo tempo prolongado de internação decorrentes dos efeitos deletérios do imobilismo. A mobilização precoce busca a melhora da funcionalidade. **Objetivo:** Comparar os efeitos funcionais da mobilização precoce em pacientes neurocríticos entre a admissão e a alta da UTI. **Métodos:** Trata-se de estudo retrospectivo documental realizado na UTI Neurocirúrgica do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, Brasil. Foram incluídos todos os pacientes internados na unidade, no período de janeiro a junho de 2022. Foram coletados dos prontuários eletrônicos do paciente: sexo, idade, diagnóstico, comorbidades, taxa de utilização de ventilação mecânica, dias em ventilação mecânica, tempo de internação em dias na UTI e os desfechos alta ou óbito e os escores de funcionalidade da escala de mobilidade de UTI (EMU) e escala Johns Hopkins (JH-HLM). **Resultados:** Foram analisados 244 pacientes, com idade média de $57,1 \pm 16,7$ anos, 56% do sexo masculino. O diagnóstico e a comorbidade mais prevalentes foram a ressecção de tumor cerebral (27%) e a hipertensão arterial (64%) respectivamente. A taxa de utilização de VM foi de 21%, com mediana de tempo de permanência em VM de 4,5 dias e de internação na UTI de 5 dias, 82% de extubações com sucesso e 84% de altas da UTI. Verificou-se incremento extremamente significativo ($p < 0,0001$) na funcionalidade dos pacientes entre a admissão (mediana de 1) e a alta (mediana de 5) da UTI. **Conclusão:** Houve melhora significativa da funcionalidade da admissão até a alta neste grupo de pacientes internados na UTI Neurocirúrgica.

Palavras-chave: cuidados críticos. limitação de mobilidade. fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Neurocritical patients may develop muscle weakness and functional deficits due to prolonged hospitalization due to the deleterious effects of immobility. Early mobilization seeks to improve functionality. **Objective:** To compare the functional effects of early mobilization in neurocritical patients between ICU admission and discharge. **Methods:** This is a retrospective documentary study carried out at the Neurosurgical ICU of Hospital de Base in São José do Rio Preto, SP, Brazil. All patients admitted to the unit from January to June 2022 were included. The following were collected from the patient's electronic medical records: sex, age, diagnosis, comorbidities, rate of use of mechanical ventilation, days on mechanical ventilation, length of stay in days in the ICU and the outcomes discharge or death and the functioning scores of the ICU mobility scale (EMU) and Johns Hopkins scale (JH-HLM). **Results:** 244 patients were analyzed, with a mean age of 57.1 ± 16.7 years, 56% male. The most prevalent diagnosis and comorbidity were brain tumor resection (27%) and arterial hypertension (64%) respectively. The MV utilization rate was 21%, with a median length of stay on MV of 4.5 days and ICU stay of 5 days, 82% of successful extubations and 84% of ICU discharges. There was an extremely significant increase ($p < 0.0001$) in the functionality of patients between admission (median of 1) and discharge (median of 5) from the ICU. **Conclusion:** There was a significant improvement in functionality from admission to discharge in this group of patients admitted to the Neurosurgical ICU.

Keywords: critical care. mobility limitation. physiotherapy.

INTRODUÇÃO

Doenças neurológicas incluem desordens do encéfalo, medula espinhal, nervos periféricos e da junção neuromuscular. Podendo ter diferentes origens como: genética, congênita (distúrbio do desenvolvimento embrionário central ou periférico) e adquirida (traumatológica, vascular, influência ambiental e senilidade). A incidência é de um bilhão de pessoas em todo o mundo com disfunções, e prevalência de aumento nos próximos 20 anos pelo envelhecimento¹.

O paciente neurocrítico internado em unidade de terapia intensiva (UTI) tem necessidade de vigilância constante pelo quadro clínico como alterações no nível de consciência, oscilações hemodinâmicas, uso de sedativos, drogas vasoativas, além do suporte ventilatório invasivo, fatores que contribuem para o imobilismo no leito. Um dos parâmetros mais importantes é o nível de consciência, avaliado pela escala de coma de Glasgow (ECG), com base no valor numérico no máximo 15 pontos e mínimo de três pontos, quanto maior o valor menor a gravidade, melhor o prognóstico².

A reabilitação precoce vem mostrando ser um tratamento confiável e seguro, promovendo independência nas realizações de atividades de vida diária, melhorando a função física e tornando mais fácil o retorno às atividades após o período de repouso, visto que diminui a fadiga e a dispneia. A síndrome do imobilismo, descrita como o paciente ficar imóvel no leito por mais de quinze dias, podendo causar alterações nos sistemas respiratório, metabólico, osteomusculares e outros. Isso repercutiria de forma negativa sobre o organismo³.

As consequências do imobilismo pela internação prolongada associada a: idade, gravidade da doença e o tipo de admissão (aguda ou eletiva) podem se estender até cinco anos pós-alta hospitalar, gerando um problema de saúde pública por aumentar taxas de comorbidade, mortalidade, frequência de internação e sobrecarga familiar por cuidados específicos⁴.

O posicionamento adequado no leito, associado à mobilização precoce, são estímulos sensório-motores benéficos, pois na UTI os pacientes críticos podem desenvolver fraquezas e desconfortos físicos pelo tempo de internação e efeitos deletérios do imobilismo como a: diminuição de síntese muscular, aumento do débito urinário, excreção de nitrogênio, diminuição de massa muscular acometendo principalmente os membros inferiores e causando atrofia dos músculos por desuso, perda de inervação e neuropatias⁵.

A mobilização precoce busca a melhora da funcionalidade, por ocorrer após a estabilização das alterações fisiológicas e hemodinâmicas, levando a redução do tempo de internação, morbidades e taxas de mortalidade. Na última década, houve aumento da fisioterapia precoce em pacientes críticos a partir da admissão e 48 horas da instituição da ventilação mecânica, mas, ainda é uma prática pouco habitual mobilizar além do leito⁴.

A desospitalização é uma vantagem por evitar complicações, infecções hospitalares e focar no atendimento agudo, cirúrgico ou de alta complexidade. O fisioterapeuta está ligado ao processo de reabilitação das causas que geram alta taxa de permanência hospitalar, exigindo profissional com habilidades, competências e atitudes de acordo com a necessidade de cada paciente, elaborando um plano terapêutico junto da equipe multidisciplinar⁶.

A partir da importância da mobilização, bem como a carência de protocolos que possam ser utilizados nesses pacientes é de relevância formular um protocolo de exercícios para direcio-

nar os fisioterapeutas em suas condutas diárias, com base em escalas funcionais como o escore para fornecer recomendações de exercícios eficazes e aplicáveis à realidade e disponibilizar um recurso para padronizar o atendimento ao paciente crítico após alta da UTI⁷.

Os candidatos à mobilização precoce são preferencialmente adultos (idade ≥ 18 anos) internados em UTI clínica ou cirúrgica por pelo menos 72 horas, em respiração espontânea ou que necessitem de 48 ou mais horas de ventilação mecânica (VM) invasiva ou não invasiva. Pacientes preferencialmente cooperativos e sem hipertensão intracraniana. Ainda, aqueles com estabilidade hemodinâmica (definida como PAS > 90 mmHg e < 170 mmHg) e estabilidade respiratórias (preferencialmente com saturação de oxigênio (SpO₂) $> 90\%$, sob fração inspirada de oxigênio $\leq 60\%$ e frequência respiratória < 25 irpm)⁴.

A terapia de reabilitação foi constituída em seis etapas, incluindo erguer a cabeça, transferências de supina para sentada, sentada à beira leito, sentada na poltrona, transferindo-se de sentado para em pé e deambulação no leito. Foi encontrado que a reabilitação precoce pode diminuir o tempo de VM, internação hospitalar e internação na UTI para pacientes que necessitam de ventilação mecânica prolongada por mais de 72 horas⁸.

A mobilização precoce reduz o tempo para desmame da ventilação mecânica (VM) e auxilia na recuperação funcional, sendo realizada através de atividades terapêuticas progressivas, tais como exercícios motores no leito, ortostatismo e deambulação. Retardar o início dos exercícios colabora para intensificar o déficit funcional do paciente, já que função física e o estado de saúde geral são aprimorados, mediante a realização de exercícios que podem prevenir perdas e debilidades funcionais^{9,10}.

Justificativa

Os efeitos deletérios do imobilismo, administração de sedativos, drogas vasoativas, levam a maior tempo de internação na UTI. Estudos são primordiais para os cuidados especiais e observação de critérios com fundamentos para a assistência ao paciente crítico reduzindo a incidência de complicações pulmonares e musculoesqueléticas. É relevante ter em mente os fatores limitantes e as barreiras impostas para que a mobilização seja aplicada com segurança.

Hipótese

Examinar a eficácia da mobilização precoce seja com exercícios ativos, ativo-assistidos, saída do leito para sedestação e deambulação, são indicativos observados em dados estatísticos, que podem revelar e demonstrar como o paciente estava na admissão e na alta, como foi este processo e seu grau de evolução, estagnação ou piora.

Objetivo

Comparar os efeitos funcionais da mobilização precoce no paciente neurocrítico entre a admissão e a alta da UTI.

Materiais e Método

Trata-se de estudo retrospectivo documental que foi realizado na UTI Neurocirúrgica do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, Brasil coletando dados dos prontuários no perí-

odo de janeiro a junho de 2022.

Foram incluídos todos os indivíduos internados nesta unidade, independentemente de sua patologia. Foram excluídos indivíduos que evoluíram a óbito durante a pesquisa, e aqueles que apresentaram dados incompletos nos prontuários clínicos eletrônicos e nas planilhas de dados do Google Drive® do Serviço de Fisioterapia da UTI.

Foram coletados dos prontuários clínicos eletrônicos via sistema MVPEP® dados como: sexo, idade, diagnóstico, comorbidades, clínico ou cirúrgico, taxa de utilização de VM, dias em VM, tempo de internação em dias na UTI, o escore Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) e os desfechos alta ou óbito. Os indicadores de funcionalidade dos atendimentos nos momentos admissão e alta dos pacientes internados no período foram coletados com base na escala de mobilidade em UTI (EMU) e os indicadores de mobilidade pela escala de maior nível de mobilidade da Johns Hopkins (JH-HLM), que foram coletados das planilhas de coleta de dados para geração de indicadores assistenciais do Google Drive® do Serviço de Fisioterapia da UTI.

A escala EMU possui uma pontuação variando entre 0 e 10, sendo que zero expressa baixa funcionalidade, definida como o paciente que realiza apenas exercícios passivos no leito, e 10, expressa alta funcionalidade, definida como o paciente que realiza deambulação independente, sem auxílio¹¹. A pontuação da escala EMU foi dividida em escores, sendo 0 – restrição total, 1-3 – grave redução da mobilidade, 4-6 – moderada redução da mobilidade, 7-9 – ligeira redução da mobilidade, 10 – mobilidade completa.

Já a escala JH-HLM serve como uma avaliação regular da mobilidade do paciente. Há uma diminuição da funcionalidade durante a hospitalização, e a medição do nível de mobilidade é importante para caracterizar o estado atual dos indivíduos, e rotineiramente elaborar estratégias para melhorar esses níveis¹². Segundo Kappel *et al.* (2018)¹³ essa escala avalia o quadro atual do paciente, e não o que ele é capaz de fazer, o registro é baseado na observação e deve refletir o mais alto nível de mobilidade que o paciente realizou desde o último registro. O JH-HLM é uma escala de oito pontos que captura marcos da mobilidade, onde um ponto para o paciente que está apenas em repouso no leito até oito pontos para o paciente que caminha por mais de 75 metros.

O SAPS 3 é um escore clínico composto de 20 diferentes itens avaliados na admissão do paciente a UTI, que representam o grau de comprometimento da doença e avaliação do estado de saúde prévio à admissão hospitalar, indicadora da condição pré mórbida. Para cada uma das variáveis analisadas confere-se um peso, conforme a gravidade do distúrbio fisiológico. O menor valor atribuído pelo escore é 16 e o maior é 217 pontos. As variáveis que compõem o escore são: temperatura, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca e respiratória, oxigenação, pH arterial, sódio, potássio, creatinina, bilirrubina, hematócrito, leucócitos, plaquetas e escala de coma de Glasgow¹⁴.

O protocolo de mobilização precoce utilizado na UTI neurocirúrgica possui três fases de reabilitação: Fase I – posicionamento funcional, mobilização passiva de membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII) e sedestação passiva beira leito; Fase II – exercícios ativo-assistidos e ativos de MMSS e MMII no leito, sedestação passiva fora do leito, ortostatismo passivo e ortostatismo ativo-assistido; Fase III – ortostatismo ativo, deambulação com assistência e deambulação ativa¹⁵.

O estudo seguiu de acordo com a Resolução 466/2012 que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. A pesquisa apresenta riscos mínimos inerentes a manutenção de sigilo e confidencialidade durante o uso de dados de acordo com a Resolução CNS n.º 466/2012, itens II.22 e IV.3.b.

O trabalho seguiu os princípios éticos estabelecidos na resolução n.º 466/2012 do conselho nacional de saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e aprovado pelo parecer 5.557.881. O presente trabalho solicitou dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido ao comitê de ética por se tratar de um estudo documental, para análise de dados secundários de prontuários.

Foi realizada estatística descritiva e os dados apresentados em percentuais e números absolutos, médias e desvios-padrão, medianas, mínimo e máximo. A normalidade de distribuição dos dados foi analisada pelo teste Kolmogorov Smirnov. Estatística inferencial foi aplicada com o teste *t* pareado ou teste de Wilcoxon para comparar a funcionalidade entre os momentos admissão e alta. As análises estatísticas foram realizadas no programa GraphPad InStat® e foram considerados significativos valores de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Foram admitidos 244 pacientes na UTI neurocirúrgica no período do estudo com idade média de $57,1 \pm 16,7$ anos, 56% do sexo masculino (Tabela 1).

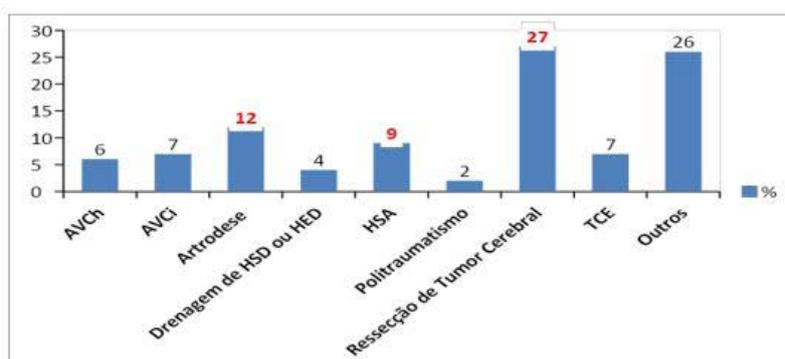
Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados na UTI neurocirúrgica.

Variável	% (n)	Média ± desvio-padrão
Sexo (M/F)	M – 56 (115) F – 44 (90)	–
Idade (anos)	–	57,1±16,7
SAPS III	–	47,9±17,8

M: masculino. F: feminino. SAPS III: Simplified Acute Physiology Score.

Em relação aos diagnósticos de admissão verificou-se a ressecção de tumor cerebral 27% (n=54), seguido das artrodeses de coluna vertebral 12% (n=25) e da hemorragia subaracnóideia 9% (n=19), como os mais prevalentes (Figura 1).

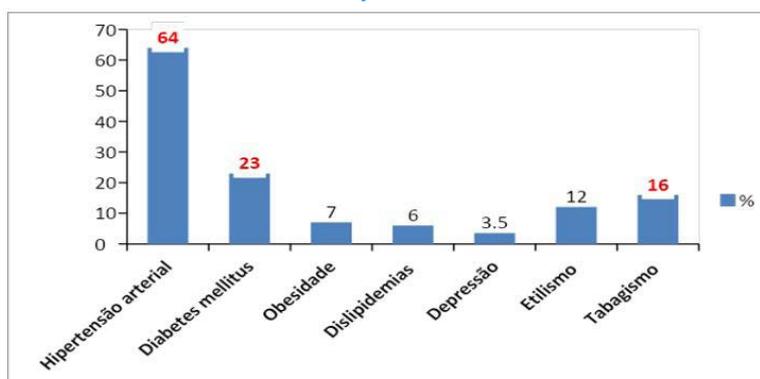
Figura 1 - Diagnósticos médicos de admissão dos pacientes internados na UTI neurocirúrgica.



Abreviaturas: AVCh: acidente vascular cerebral hemorrágico; AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico; HSD: hematoma subdural; HED: hematoma extradural; HSA: hemorragia subaracnóideia; TCE: traumatismo cranioencefálico.

Dos 205 pacientes analisados, 68% (n=140) relataram alguma comorbidade, verificaram-se a hipertensão arterial 64% (n=90), seguida do diabetes mellitus 23% (n=32) e do tabagismo 16% (n=22), como as mais prevalentes (Figura 2).

Figura 2 - Taxas de comorbidades dos pacientes internados na UTI neurocirúrgica.



Entre os desfechos clínicos analisados, verificou-se taxa de VM de 21%, tempo mediano de permanência em VM de 4,5 dias e de internação na UTI de 5 dias, 82% de extubações com sucesso e 84% de altas da unidade (Tabela 2).

Tabela 2 - Desfechos clínicos dos pacientes internados na UTI neurocirúrgica.

Desfecho	%(n)	Média±desvio-padrão	Mediana [mínimo–máximo]
Taxa de VM	22 (45)	–	–
Tempo de VM (dias)	–	4,7±3,7	4,5 [1–21]
Extubações com sucesso	82 (37)	–	–
Internação na UTI (dias)	–	7,6±6,9	5 [1–37]
Taxa de altas da UTI	84 (205)	–	–

VM: ventilação mecânica.

Na comparação da funcionalidade dos pacientes verificou-se incremento extremamente significativo ($p < 0,0001$) entre a admissão e a alta da UTI (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação dos desfechos funcionais entre admissão e alta dos pacientes internados na UTI neurocirúrgica.

Escala funcional	Admissão	Alta	p-valor*
Escala de Mobilidade em UTI	1 [0 – 10]	5 [2 – 10]	<0,0001
Escala Johns-Hoppinks	2 [0 – 8]	5 [1 – 8]	<0,0001

*** Teste de Wilcoxon.**

Na comparação dos níveis de mobilidade dos pacientes, estratificados pela escala EMU, verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em todos os níveis entre a admissão e a alta (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação dos níveis de mobilidade funcional entre a admissão e a alta dos pacientes internados na UTI neurocirúrgica.

Score da EMU	Admissão % (n)	Alta % (n)	p-valor*
0: restrição total	40% (82)	4% (9)	<0,0001
1-3: grave redução da mobilidade	51,5% (106)	24% (49)	0,0001
4-6: moderada redução	6% (12)	28% (57)	<0,0001
7-9: ligeira redução	2% (4)	33% (68)	<0,0001
10: mobilidade completa	0,5% (1)	11% (22)	<0,0001

*Teste exato de Fisher.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a partir de dados coletados em uma UTI neurocirúrgica, verificou-se prevalência do sexo masculino, média de idade de 57 anos, o diagnóstico e a comorbidade mais prevalentes foram à ressecção de tumor cerebral e a hipertensão arterial respectivamente. Entre os desfechos clínicos analisados observou-se taxa de utilização de VM de 21%, tempo médio de permanência em VM de quatro dias, 82% de extubações com sucesso, tempo médio de internação na UTI de sete dias e 84% de altas da UTI. Observou-se melhora significativa na funcionalidade dos pacientes na comparação entre a admissão e a alta da UTI.

Diante dos resultados apresentados foi constatado que o sexo prevalente foi o masculino (56%). Ramos *et al.* (2021)¹⁵, analisaram a associação entre funcionalidade e tempo de permanência de pacientes críticos em UTI e verificaram prevalência do sexo masculino (53%). Carvalho *et al.* (2022)¹⁶, analisaram os desfechos clínicos de pacientes críticos com e sem pneumonia associada à ventilação (PAV), e também demonstraram prevalência do gênero masculino (71%). Sousa *et al.* (2021)¹⁷, em um estudo sobre desmame da VM em pacientes neurológicos, também verificaram prevalência do sexo masculino (67%). Os estudos¹⁵⁻¹⁷ citados corroboram o presente estudo quanto a prevalência de gênero, o que pode ser justificado pelo fato dos homens se preocuparem menos com a saúde do que as mulheres.

Em contrapartida, Nespolo e Ferreira (2022)¹⁸, em um estudo sobre desfechos funcionais de pacientes com hemorragia subaracnóidea (HSA) aneurismática em UTI, verificaram prevalência do sexo feminino (72%), o que pode ser explicado pela maior propensão do desenvolvimento de aneurismas em mulheres, de meia idade, com comorbidades associadas.

No estudo do Nespolo e Ferreira (2022)¹⁸, a média de idade foi de 55,1±13,7 anos. Carvalho *et al.*¹⁶ dividiram os pacientes em dois grupos diferentes em relação a VM, a média de idade do grupo PAV foi de 51,9±19,7 anos e a do grupo controle foi de 58,2±16,2 anos. Já no estudo do Ramos *et al.*¹⁵, a idade média foi de 52,7±17,1 anos. Camargo *et al.*¹⁹, avaliaram a mobilidade funcional de pacientes críticos na UTI, e os pacientes apresentaram idade média foi de 54,5±22,5 anos. Todos os estudos citados corroboram o estudo atual no que tange à idade dos pacientes internados na UTI, demonstrando prevalência de faixa etária entre 30 a 70 anos.

A ressecção de tumor cerebral foi o diagnóstico mais prevalente nesta pesquisa. Ramos *et al.* (2021)¹⁵, encontraram entre as especialidades médicas que causaram internações na UTI, pneumologia com 36 casos, neurologia com 34 casos, gastroenterologia com 33 casos entre outros, achados diferentes do estudo atual, o que pode ser explicado porque as UTI são diferentes,

enquanto no presente estudo os dados foram levantados de uma UTI neurocirúrgica, no estudo de Ramos *et al.* (2021)¹⁵ tratou-se de uma UTI geral. Na comparação com estudo de Ferreira *et al.* (2021)²⁰, também realizado na UTI neurocirúrgica, os principais diagnósticos foram ressecção de tumor cerebral no grupo VM prolongada e TCE no grupo sem VM prolongada, demonstrando similaridade com o presente estudo. Ainda comparando com outros estudos, Sousa *et al.* (2021)¹⁷ verificaram que no grupo sucesso do desmame ventilatório a patologia mais prevalente foi o TCE e no grupo falha do desmame, a ressecção de tumor cerebral, o que corrobora os diagnósticos encontrados no presente estudo.

Nos resultados do presente estudo constatou-se que a comorbidade mais prevalente foi hipertensão arterial, seguida da diabetes mellitus e do tabagismo. Ferreira *et al.* (2021)²⁰ observaram prevalência para hipertensão arterial, seguida de tabagismo e etilismo, dados que corroboram os achados do presente estudo e demonstram o aumento preocupante de doenças crônicas e de hábitos de vida não saudáveis entre a população fisicamente ativa, que podem impactar no desenvolvimento de doenças neurológicas graves.

Entre os desfechos clínicos analisados no presente estudo, verificou-se que a taxa de utilização de VM foi de 21%, com tempo de permanência em VM de $4,7 \pm 3,7$ dias e 82% de extubações com sucesso. Carvalho *et al.* (2022)¹⁶ encontraram tempo de permanência em VM de 13,5 dias e sucesso nas extubações de 14% no grupo PAV contra oito dias de VM e 38% de sucesso na extubações no grupo controle, dados contraditórios aos desta pesquisa sobre os desfechos tempo de permanência em VM e taxa de sucesso de extubações, o que pode ser explicado, pois os autores dividiram os pacientes em dois grupos, com e sem PAV, diferente do estudo atual.

Outro desfecho clínico analisado foi o tempo de internação na UTI, com mediana de cinco dias no presente estudo. Nespolo e Ferreira (2022)¹⁸ verificaram mediana de oito dias de internação na UTI no grupo sobreviventes e seis dias no grupo não sobrevivente. Carvalho *et al.* (2022)¹⁶, encontraram mediana de tempo de internação de 17,5 dias no grupo PAV e oito dias no grupo controle. Sousa *et al.* (2021)¹⁷ demonstraram que o grupo sucesso do desmame permaneceu mediana de nove dias de internação na UTI versus 12,5 dias no grupo falha do desmame. Ferreira *et al.* (2021)²⁰ verificaram mediana de tempo de internação na UTI de oito dias no grupo sem VM prolongada versus 17,5 dias no grupo com VM prolongada. As evidências atuais disponíveis na literatura^{16-18,20} são contraditórias aos resultados do presente estudo no quesito tempo de internação na UTI, fato que pode ser explicado pelo desenho metodológico dos estudos.

Em relação ao desfecho da internação na UTI, o presente estudo observou elevada prevalência de altas (84%). Nespolo e Ferreira (2022)¹⁸ encontraram prevalência de 62% de altas da UTI, Carvalho *et al.* ¹⁶ demonstraram 21% de altas no grupo PAV e 39% no grupo controle, Ferreira *et al.* (2021)²⁰ verificaram 85% de altas nos grupos com e sem VM prolongada e Sousa *et al.* (2021)¹⁷ encontraram 90% de altas no grupo sucesso e 67,5% no grupo falha do desmame. Os achados dos estudos citados são contraditórios aos do presente estudo sobre a prevalência de altas da UTI.

Em relação à funcionalidade dos pacientes, avaliada pela escala EMU, verificou-se aumento extremamente significativo ($p < 0,0001$), na alta da UTI em comparação à admissão. O estudo de Nespolo e Ferreira (2022)¹⁸ demonstrou que os pacientes com HSA aneurismáticas sobreviventes apresentaram aumento significativo na funcionalidade entre a admissão e a alta, também utilizando a escala EMU. Camargo *et al.* (2020)¹⁹ também verificaram aumento da fun-

cionalidade, analisada pela escala EMU, em um grupo de pacientes críticos no momento da alta em comparação com a admissão na UTI. Os estudos citados corroboram os achados do presente estudo sobre a evolução favorável da funcionalidade entre os períodos da admissão e da alta da UTI.

Ainda em relação à independência funcional, Ramos *et al.* (2021)¹⁵ encontraram associação inversa entre funcionalidade e tempo de internação na UTI em pacientes neurológicos e pneumopatas, demonstrando que quanto maior o tempo de internação, menor a funcionalidade na alta nesses pacientes. Esta evidência pode explicar os resultados encontrados nesta pesquisa, que incluiu apenas pacientes neurológicos, pois se verificou período relativamente baixo de internação na UTI e evolução satisfatória da funcionalidade.

O JH-HLM demonstrou ser uma métrica viável para registrar o status da mobilidade do paciente e demonstrou excelente confiabilidade entre examinadores (coeficiente de correlação intraclasse [ICC] 0,99; intervalo de confiança de 95% [IC] = 0,98, 0,99) entre pacientes neurológicos não críticos²¹. Promover a deambulação para atingir pontos na faixa superior da escala (JH-HLM 7-8) é uma estratégia importante para melhorar o estado funcional e da mobilidade durante a hospitalização com objetivo de reduzir as taxas de readmissão²¹.

Hoyer *et al.* (2016)²² relatam que a JH-HLM é uma escala com grande confiabilidade principalmente por se tratar de um instrumento que pode ser usado de maneira interdisciplinar, facilitando essa troca de informações principalmente entre fisioterapeutas e enfermeiros. No estudo de Hiser *et al.* (2021)¹² foi analisada a confiabilidade da JH-HLM entre avaliadores na UTI, e apresentou como resultado uma confiabilidade de 95%, afirmando sobre a facilidade de aplicação, coerência entre os avaliadores e a segurança da escala quanto a avaliação da mobilidade.

Recente revisão de literatura relatou que a mobilização precoce pode diminuir o tempo de internação na UTI, no hospital e reduzir os custos da internação, porém, ainda não está claro se esses benefícios se aplicam a pacientes neurocríticos em UTI, pois estes pacientes podem apresentar instabilidade hemodinâmica, hemiplegia aguda, alteração da consciência, déficits visuais e/ou isquemia cerebral, que pode exacerbar em posição supina ou ativa e complicam a mobilização²³. As evidências atuais sobre mobilização precoce em pacientes neurocríticos são inconclusivas, dessa forma, ensaios clínicos randomizados são recomendados para verificar os efeitos destas intervenções sobre esse perfil de pacientes.

Como limitações pode-se citar o desenho retrospectivo do estudo, a falta de dados completos nos prontuários pode afetar os resultados; a falta de análise do uso de drogas como sedativos, analgésicos, drogas vasoativas e bloqueadores neuromusculares, suas dosagens e tempo de uso, pois essas drogas também afetam desfechos clínicos como a duração da VM e tempo de internação na UTI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve melhora significativa da funcionalidade da admissão até a alta neste grupo de pacientes internados na UTI neurocirúrgica. Entre os desfechos clínicos analisados, houve prevalência de ressecções de tumores cerebrais, pacientes hipertensos, baixa taxa de utilização de VM, por curto período de permanência, alta taxa de extubações com sucesso e de altas da UTI.

REFERÊNCIAS

1. Martins ÍLS, Candeias DKL, Petzinger KNB, Matos LRRS. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes neurológicos em um HU. *Rev Neurocienc* 2019; 27:1-17.
2. Arruda PL, Xavier RO, Lira GG, Arruda RG, Melo RA, Fernandes FECV. Clinical evolution and survival of neurocritical patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53: e03505. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018016903505>.
3. Borges AR, Santos JS. A intervenção da fisioterapia na mobilização precoce em adultos dentro de uma unidade de terapia intensiva - UTI. *Scientia Generalis*, v. 1, n.2, p. 11 -22. 2020
4. Aquim, E, Bernardo W, Buzzini R. Diretrizes Brasileiras de mobilização precoce em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(4):434-43.
5. Sarti T, Vecina M, Ferreira P. Mobilização precoce em paciente crítico. *J Health Sci Inst*. 2016;34(3):177-82.
6. Junior LHB, Oliveira VP, Neto RCP. Desospitalização na unidade de terapia intensiva ao domicílio: O protagonismo do fisioterapeuta em todo o processo. *Assobrafir secad artmed*. 2022;12(1):131-133.
7. Thielo LF, Quintana LD, Rabuske M. Protocolo fisioterapêutico com base na escala Perme Intensive Care Unit Mobility Score para doentes críticos. *ASSOBRAFIR Ciênc*. 2020;11: e42249. <https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2020.0009>
8. Medeiros LF, Rocha RM, Farias DH, Calles ACN, Exel AL. Mobilização precoce em pacientes adultos críticos: Uma revisão integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*. 2020;6(1):75-88.
9. Mussalem MA, Couto AC, Marinho L, Influência da mobilização precoce na força muscular periférica em pacientes na Unidade Coronariana. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2014;5(1):77-88.
10. Cruz A, Azevedo JC. Efeitos da mobilização precoce no tempo de ventilação mecânica. *Revista Aquila*. 2019;20(9):17-21.
11. Kawaguchi Y, Nawa R, Figueiredo T *et al*. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2016;42(6):429-34.
12. Hiser S, Chung CR, Toonstra A. *et al*. Inter-rater reliability of the Johns Hopkins Highest Level of Mobility Scale (JH-HLM) in the intensive care unit. *Braz J Phys Ther*. 25; 2021:352-5.
13. Kappel SE, Larsen-Engelkes TJ, Barnett RT, Alexander JW, Klinkhammer NL, Jones MJ, Baustian TL, Ye P. Creating a culture of mobility: using real-time assessment to drive outcomes. *Am J Nurs*. 2018;118(12):44-50. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000549690.33457.bb.
14. Silva-Junior M *et al*. Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;60(1):20-31.
15. Ramos SM, Vaceli JVS, Cavenaghi OM, Mello JRC, Brito MVC, Fernandes MJ, Ferreira LL. Associação entre funcionalidade e tempo de permanência de pacientes críticos em UTI. *Fisioter Bras*. 2021;22(2):120-31. DOI: 10.33233/fb.V22i2.3896.

16. Carvalho GVN, Fernandes MJ, Mello JRC, Cavenaghi OM, Ferreira LL. Desfechos clínicos de pacientes críticos com e sem pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev Ciência & Saúde Online*, 2022;7(1):1-5.
17. Sousa ACM, Sanchez LCA, Ferreira LL. Desfechos clínicos de pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva em uma UTI neurocirúrgica. *ASSOBRAFIR Ciênc.*, 2021;12: 12e42286.
18. Nespolo APR, Ferreira LL. Desfechos clínicos e funcionais de pacientes com hemorragia subaracnóidea aneurismática em UTI. *Rev. Bras. Neurol.* 2022;58(2):5-10.
19. Camargo, JBG, Cavenaghi, OM, Mello, JRC, Brito, MVC, Ferreira LL. Mobilidade funcional de pacientes críticos em terapia intensiva: um estudo piloto. *Rev. Aten. Saúde.* 2020;18(63):14-20.
20. Ferreira LL, Sousa ACM, Sanchez LCA. Desfechos clínicos de pacientes neurológicos com e sem ventilação mecânica prolongada. *Rev. Pesq. Fisioter.* 2021;11(4):671-8. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i4.4025>.
21. Hoyer EH *et al.* Toward a common language for measuring patient mobility in the hospital: reliability and construct validity of interprofessional mobility measures. *Phys Ther.* 2018;98(2):133-42. DOI: 10.1093/ptj/pzx110
22. Hoyer EH *et al.* Promoting mobility and reducing length of stay in hospitalized general medicine patients: a quality-improvement project. *J Hosp Med.* 2016;11(5):341-7. DOI: 10.1002/jhm.2546.
23. Kumar MA, Romero FG, Dharaneeswaran K. Early mobilization in neurocritical care patients. *Curr Opin Crit Care.* 2020;26(2):147-54. doi: 10.1097/MCC.0000000000000709.



Planejamento na prática gerencial do enfermeiro em unidade hospitalar: revisão integrativa da literatura

Anaorinda Gabriela Silveira Freitas

Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem. Centro Universitário União Dinâmica das Cataratas - UDC

Wesley Martins

Doutor em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, USP. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas - UDC

Luciana Aparecida Fabríz

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, USP. Pós-doutoranda pela Universidade de São Paulo, USP. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário União Dinâmica das Cataratas - UDC

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.167.2

RESUMO

Introdução: O planejamento em saúde consiste em um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, que possibilita aos gestores estabelecerem uma relação com usuários / cidadãos no contexto em que estão inseridos. **Objetivo:** Conhecer a produção científica sobre as circunstâncias em que o enfermeiro utiliza o planejamento na prática gerencial em unidade hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura, seguindo as etapas: 1. identificação da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; 4) análise das informações; 5) interpretação dos dados; 6) apresentação da revisão, tendo como pergunta “Qual a produção científica sobre as circunstâncias em que os enfermeiros utilizam o planejamento na prática gerencial em ambiente hospitalar?” e realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde; CINAHL e Medline, nos idiomas inglês, espanhol e português, disponíveis em bases de dados com acesso gratuito e publicados nos últimos 10 anos. **Resultado:** o enfermeiro utiliza o planejamento na prática gerencial em ambiente hospitalar, nas circunstâncias: gestão de materiais; mensuração da força de trabalho de enfermagem; implantação de um serviço para atendimento de pacientes COVID-19; gerenciamento de casos para cuidados agudos e no planejamento de alta hospitalar. **Conclusão:** as pesquisas apontam que o planejamento contribui para a organização dos serviços de enfermagem para o cuidado aos usuários dos serviços de saúde.

Palavras-chave: gestão. planejamento. enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: Health planning consists of a set of theoretical and practical knowledge, which enables managers to establish a relationship with users / citizens in the context in which they are inserted. **Objective:** To know the scientific production on the circumstances in which the nurse uses planning in the management practice in a hospital unit. **Methodology:** This is an Integrative Literature Review, following the steps: 1. Identification of the guiding question; 2) establishment of criteria for inclusion and exclusion of studies; 3) definition of the information to be extracted from the selected articles; 4) analysis of information; 5) data interpretation; 6) presentation of the review, with the question “What is the scientific production on the circumstances in which nurses use planning in management practice in a hospital environment?” and carried out in the Virtual Health Library databases; CINAHL and Medline, in English, Spanish and Portuguese, available in databases with free access and published in the last 10 years. **Result:** the nurse uses planning in the management practice in a hospital environment, in the circumstances: material management; measuring the nursing workforce; implementation of a service to care for COVID-19 patients; case management for acute care and hospital discharge planning. **Conclusion:** research indicates that planning contributes to the organization of nursing services for the care of users of health services.

Keywords: management. planning. nurses.

INTRODUÇÃO

De acordo com Tanaka (2020), a gestão de serviços de saúde estabelece um exercício administrativo que tem como objetivo aprimorar o desempenho da instituição de modo adquirir melhor eficácia.

Planejar pode ser conceituado como a forma com que se delinea, conduz e se realiza as ações necessárias para influenciar determinada realidade (TEIXEIRA, 2010). Para o planejamento, o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem direcionar a operação dos serviços na direção dos objetivos definidos. (TANAKA, 2020).

O planejamento em saúde pode ser conceituado com um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, que possibilita aos gestores estabelecerem uma relação com os usuários / cidadãos e com o contexto em que estão inseridos, assim, com informações relevantes é possível programar as estratégias e as ações necessárias para alcançar os objetivos e metas desejados e preestabelecidos para os serviços de saúde (CIAMPIONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016).

No Brasil, são conhecidas quatro vertentes conceituais relacionadas ao planejamento em saúde, as quais podem ser criticamente analisadas do ponto de vista político e do processo de programação e gestão do trabalho na área de saúde. Em cada uma delas podemos encontrar elementos que podem ser úteis no processo de construção de uma metodologia para o planejamento das ações de saúde, quer se trate da elaboração do Plano em nível nacional, ou do seu posterior desdobramento em processos de planejamento estadual, regional, municipal e local (TEIXEIRA, 2010).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), surgiu em 1970, tendo como precursores: Carlos Matus e Mário Testa. O PES mostrou-se adequado à área da saúde, pois surgiu em decorrência de uma rejeição da ideia de racionalidade econômica para resolver problemas políticos e sociais (SANTANA; THARA, 2008).

O PES considera o pluralismo dos sujeitos sociais envolvidos em uma realidade complexa e mutável, bem como os conflitos decorrentes das disputas de poder. Reconhecendo que não existe uma realidade estática única, caminha para uma teoria da explicação socialmente determinada na visão da superação da causalidade múltipla (SANTANA; THARA, 2008).

No PES, diferentemente do planejamento normativo, o tema do planejamento passa a fazer parte da realidade junto com outros atores. É uma abordagem voltada para a resolução de problemas, entendendo um problema como “o que é descoberto que incomoda o ator social e o leva a buscar uma solução adequada, ou seja, o que o ator descobre na realidade e confronta o que considera inadequado padrão ou intolerância e incentivá-los a enfrentá-lo com o objetivo de promover a mudança” (SANTANA; THARA, 2008).

Na enfermagem, o planejamento é a atribuição preliminar das ações burocráticas, por intermédio do qual o enfermeiro desenvolve, delineamentos, propósitos e prevalências, com a finalidade aperfeiçoar o serviço de enfermagem e oportunizar assistência de qualidade. (SIMÕES, 2007)

O planejamento e a preparação das intervenções, como um conhecimento gerencial, são uma das ferramentas técnicas da metodologia de trabalho que ampara a tomada de decisão e

representa a estruturação de táticas que tencionam alcançar um propósito determinado (SOARES, 2016).

A Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, prevê o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem (COFEN, 1986).

Para tornar o gerenciamento de enfermagem sistematizado, o enfermeiro utiliza-se de ferramentas, as quais também podem ser denominadas de instrumentos ou artefatos e servem para nortear ou apoiar o trabalho gerencial nos serviços de saúde (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

No trabalho em saúde, os planos de ação são essenciais para que o enfermeiro exerça efetivamente suas atividades gerenciais, impactando positivamente na qualidade da assistência prestada aos usuários (BENETI, *et al.*, 2011).

A complexidade dos serviços de saúde e a prática gerencial de enfermagem, requerem dos enfermeiros ferramentas adequadas que possam facilitar e aperfeiçoar o trabalho nas unidades hospitalares. Nessa perspectiva, o enfermeiro deve ter conhecimento das ferramentas gerenciais, pois a função da enfermagem é assistir indivíduos, famílias e comunidades saudáveis ou doentes com atividades que promovam, mantenham e restauram a saúde, pois é necessário planejar a prática (SANTANA; THARA, 2008).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo conhecer a produção científica sobre as circunstâncias em que o enfermeiro utiliza o planejamento na prática gerencial em unidade hospitalar.

MÉTODO

Este estudo seguiu as seis etapas indicadas por Ganong (1987) para a Revisão Integrativa da literatura a saber: 1) a primeira etapa consistiu na identificação da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3) definiu-se as informações a serem extraídas dos artigos selecionados; 4) realizou-se a análise das informações; 5) Os dados encontrados foram interpretados; 6) por fim, na última etapa, foi apresentada a revisão.

A questão norteadora foi elaborada, considerando os acrônios População, Conceito e Contexto - PCC, estabelecido pelo *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual for Scoping Reviews* (PETERS *et al.*, 2020), como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação da elaboração da questão norteadora.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Enfermeiros
C	Conceito	Planejamento
C	Contexto	Prática gerencial no ambiente hospitalar

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A estratégia do PCC resultou na seguinte questão norteadora: “Qual a produção científica sobre as circunstâncias em que os enfermeiros utilizam o planejamento na prática gerencial em ambiente hospitalar?”.

Para a seleção dos artigos foram considerados como critérios de inclusão artigos originais e completos, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis em bases de dados com acesso gratuito e publicados nos últimos 10 anos. Foram excluídos da pesquisa os artigos duplicados, não condizentes com a temática, estudos de revisão e editoriais.

A pesquisa ocorreu nos meses de julho a agosto de 2022, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde; CINAHL e Medline. Para a identificação dos descritores e sinônimos foram consultados o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), nos idiomas inglês, espanhol e português e o Medical Subject Headings (MeSH) para determinar descritores em inglês, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Definição dos descritores/ palavras chave, de acordo com os termos da pergunta de pesquisa.

Termos da Pergunta de Pesquisa	Descritores / Palavras chaves / MeSH
Enfermeiros	Português:Enfermeiros Inglês: Nurses, Male Espanhol:Enfermeros
Planejamento	Português:Planejamento Inglês:Planning Espanhol:Planificación
Prática gerencial no ambiente hospitalar	Português:Administração HospitalarInglês:Hospital Administration Espanhol:Administración Hospitalaria

Para as estratégias de buscas, foram realizadas combinações com os vocabulários dos descritores / palavras chaves e Mesh, encontrados e os operadores booleanos AND para a ligação entre os termos e OR para os sinônimos.

Após o levantamento do quantitativo total de artigos, foram excluídos os dados duplicados e em seguida realizou-se a primeira seleção pela leitura de Título e Resumo. Posteriormente foi realizada a leitura crítica dos artigos, com a leitura de dois revisores independentes.

A partir do levantamento dos estudos e após análise crítica, os estudos foram tabulados em um banco de dados, utilizando o software Microsoft Office Excel, 2010. Posteriormente os dados foram organizados contendo as seguintes informações: título; ano e país; método e número de participantes; intervenções e resultados.

Os dados obtidos foram agrupados em categorias. Em seguida os resultados foram interpretados com base na literatura nacional e internacional.

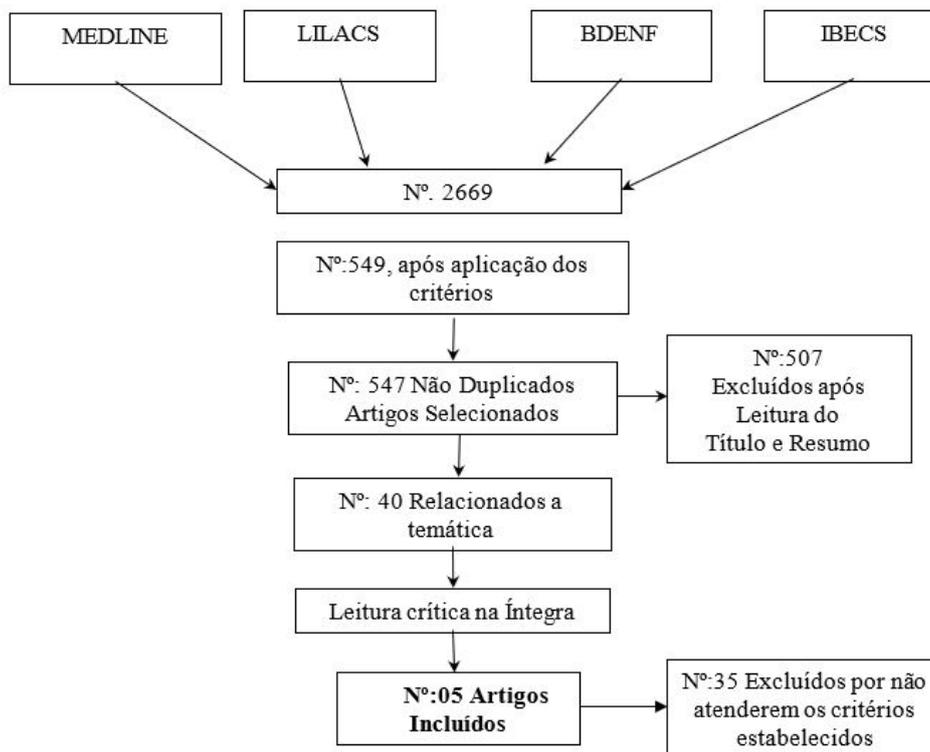
Por se tratar de uma revisão de estudos publicados, não se fez necessário a submissão em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Além disso, foram citados todos os autores dos artigos que compuseram a Revisão Integrativa e incluídas todas as respectivas referências bibliográficas de forma a garantir a propriedade intelectual dos mesmos.

RESULTADOS

Inicialmente foram encontrados 2.669 artigos, nas bases de dados, após a aplicação dos primeiros critérios de inclusão, restaram 549, destes 02 foram excluídos por estarem duplicados, resultando em 547. Após leitura de título e resumos, foram elegidos 40 artigos para a leitura na íntegra, por atenderem os requisitos previamente estabelecidos, em seguida foi realizada leitura

criterosa na íntegra, resultando em 06 artigos selecionados para a revisão integrativa, conforme apresentado na Figura.

Figura 1 - Fluxograma dos artigos selecionados a partir da revisão integrativa



Fonte: Elaborada pela autora, 2022

Após a seleção dos artigos, os dados foram organizados, considerando o ano de publicação, título do estudo, periódico, autores e base de dados, conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Apresentação dos artigos selecionados, 2022.

Ano	Título do estudo	Periódico	Autores	Base de Dados
2015	A1: O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino	Revista da escola de enfermagem da USP	BOGO, P.C. et. al.	MEDLINE
2022	A2:Applying the workload indicators of stafng needs method in nursing health workforce planning: evidences from four hospitals in Vietnam	Human Resources for Health	NGUYEN T.T.H. et. al.	MEDLINE
2020	A3: Analysis of the process of implementing the patient care service with Covid-19: systematic reporting of experience	Jornal Brasileiro Online de Enfermagem	BRANCO O;TA-VARES M.M.	LILACS, BDENF
2018	A4: Experiences of Nurse Case Managers Within A Central Discharge Planning Role of collaboration between Physicians, Patients and Other Healthcare Professionals: A Socio-cultural Qualitative Study.	JCN Clinical nursing	THOMA J.E.; MARION A.W.	MEDLINE
2019	A5:Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar / Participation of nurses in hospital discharge planning	Rev. enferm. UFPE on line	LOPES V.J. et al.	LILACS, BDENF

Os resultados dos artigos selecionados, foram sintetizados no Quadro 4, contendo as informações referentes ao Desenho do Estudo; Objetivos; Resultados/Conclusões/Desfechos.

Quadro 4 - Síntese dos artigos selecionados para o estudo, 2022.

Estudo	Desenho do Estudo	Objetivo	Resultados/Conclusões e Desfecho
A1	Abordagem qualitativa, descritivo, realizado em hospitais de ensino do Paraná, entre junho e agosto de 2013, por meio de e entrevistas semiestruturadas com oito enfermeiras que trabalhavam na gestão de materiais; utilizou-se análise de conteúdo.	Apresentar a integração do enfermeiro na gestão de materiais de seis hospitais de ensino do Paraná – Brasil, e descrever as atividades desempenhadas pelos enfermeiros dentro deste processo.	Os enfermeiros ao realizarem essas atividades, além de favorecer o desenvolvimento da gestão participativa, contribui para a organização, planejamento e padronização do suprimento hospitalar processo, dando maior credibilidade ao trabalho com os profissionais que utilizam os materiais, e aos fornecedores.
A2	Utilizou-se a combinação de métodos quantitativos e qualitativos, para a aplicação do WISN (workload indicators of staffing need da Organização Mundial da Saúde) em 22 departamentos clínicos de 4 hospitais no Vietnã, entre 2015 e 2018. Realizou-se 22 discussões em grupo com enfermeiros. Coletou-se dados em registros pessoais do hospital e foram analisados de acordo com as instruções do WISN.	Avaliar e calcular as atuais cargas de trabalho e necessidades de pessoal de enfermeiros em 4 hospitais selecionados no Vietnã, usando indicadores de carga de trabalho de necessidades de pessoal.	O estudo contribuiu no planejamento da força de trabalho. Identificou-se que dos 22 departamentos, houve carência de 1 a 2 enfermeiros em 10 departamentos, com índices de WISN variando entre 0,88 e 0,95. Apenas 01 faculdades clínicas do Hospital Can Tho careciam de 05 enfermeiros, enfrentando uma alta carga de trabalho com um índice WISN de 0,78. O tempo administrativo representou de 20 a 40% do tempo total de trabalho de uma enfermeira. Em comparação, os enfermeiros do Hospital Can Tho passaram algum tempo na administração a partir dos 24 anos. 5–41,7% do seu tempo de trabalho, enquanto os enfermeiros do Hospital Thanh Hoa gastaram 21–33%.
A3	Estudo qualitativo, a partir da sistematização da experiência de implantação do serviço, foram construídas narrativas sobre as vivências de um gestor de enfermagem quanto à necessidade de revisão de processos e protocolos para atender a essa clientela, visando às adaptações necessárias para garantir o atendimento aos usuários suspeitos ou confirmados e suas complicações, bem como a segurança dos profissionais de saúde envolvidos no processo de atendimento direto e indireto.	Analisar o processo de planejamento e implantação de um serviço de atendimento ao paciente com COVID-19 em um hospital universitário, através da experiência da gestão diária.	A análise das narrativas leva à organização de dados nas seguintes categorias: necessidade de segurança profissional, formação, empatia e gestão participativa. Conclui-se que o processo de planejamento e implantação de um serviço de atenção ao paciente exposto à COVID-19, exige trabalho multidisciplinar metuculoso, revisão de protocolos assistenciais - integrando diferentes atores profissionais - desde segurança para as equipes, trabalho articulado entre comissões de infecção hospitalar, educação permanente, gestão, entre outros.
A4	Estudo de caso qualitativo em um hospital universitário alemão de gerentes de caso de enfermagem (N = 8). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando a técnica do incidente crítico e rigorosamente analisadas pelas lentes da teoria sociocultural.	Adquirir conhecimento das experiências dos gerentes de caso de enfermagem no contexto alemão de cuidados agudos de colaboração com pacientes e médicos em uma função de planejamento de alta.	O gerenciamento de casos de enfermagem, contribuiu para o planejamento da alta hospitalar segura e eficaz, interação entre os profissionais e encaminhamento adequado de pacientes complexos e redução de custos.

A5	Estudo quantitativo, descritivo e exploratório com 21 enfermeiros em um hospital oncológico. Realizou-se avaliação por meio de dois formulários, na análise dos dados, as estatísticas descritivas.	Avaliar a participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar.	Identificou-se que todos os enfermeiros (21=100%) concordaram que, se o paciente não for incluído no planejamento de alta, poderá desenvolver complicações em seu tratamento. Verificou-se uma proporção de cinco (23,8%) sujeitos que concordaram e dois (9,5%) assinalaram indiferente e que possuem dificuldades na participação no planejamento de alta. Observou-se, entre as justificativas dessa não participação, que predominaram a falha de comunicação entre as equipes multidisciplinares e o inadequado dimensionamento de enfermeiros pela demanda de pacientes a serem orientados.
----	---	--	---

DISCUSSÃO

A análise criteriosa dos artigos emergiu em cinco categorias que explicam as circunstâncias em que o enfermeiro utiliza o planejamento na prática gerencial em ambiente hospitalar, sendo estas: na gestão de materiais; para mensuração da força de trabalho de enfermagem; implantação de um serviço para atendimento de pacientes COVID-19; no gerenciamento de casos para cuidados agudos e no planejamento de alta hospitalar.

Na gestão de materiais, o planejamento realizado pelo enfermeiro, mostrou-se relevante para o provimento de materiais que são utilizados pela enfermagem e outros profissionais na assistência ao paciente (BOGO, *et al.*, 2015).

O gerenciamento de materiais realizado pelos enfermeiros é de extrema importância, pois a não participação desse profissional no processo de escolha e gestão de materiais e equipamentos, pode ocasionar em erros na quantidade ou baixa qualidade de material, ou a falta de manutenção preventiva, impactando de forma negativa, nos resultados da assistência. (GARCIA, *et al.*, 2012).

O presente estudo evidenciou que o uso do aplicativo WISN permitiu que os gestores de saúde investigassem as cargas de trabalho dos enfermeiros, realizando a estimativa das necessidades de cada colaborador, realizando assim uma participação efetiva no processo de planejamento da força de trabalho. Os autores também apontaram a importância da pesquisa desenvolvida, para a formulação de políticas e novas diretrizes para padrões de pessoal nos serviços de saúde, apesar dos obstáculos atuais enfrentados quanto aos recursos limitados e a regulamentação vigente inapropriada. (NGUYEN T.T.H. *et al.*, 2022).

No Brasil, algumas pesquisadoras construíram e validaram instrumentos que possibilitam mensurar a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, por meio de Sistemas de Classificação de Pacientes - SCP, como por exemplo o instrumento validado por Peroca e Gaidzinski, 2002, voltado para pacientes adultos e o Sistema de classificação de pacientes pediátricos de DINI e Guirardello, 2014, esses recursos possibilitam o planejamento do quantitativo de profissionais e das ações a serem desenvolvidas.

Os resultados da pesquisa também apontam o protagonismo do enfermeiro no contexto da pandemia da COVID-19, utilizando o planejamento como uma ferramenta eficiente para contribuir na implantação de novos serviços de saúde (BRANCO; TAVARES, 2020).

Neste sentido, um estudo realizado em um hospital da região Sul brasileira, apontou o papel crucial de enfermeiros no planejamento e na estruturação do atendimento aos pacientes com COVID-19, contemplando conhecimento e habilidades, tais como comunicação; tomada de decisão; liderança; administração e gerenciamento; assistência à saúde; educação permanente. O enfermeiro, neste cenário, teve uma participação ativa e proativa durante a organização da unidade. (TRECCOSSI, *et al.*, 2020)

A gestão de casos foi identificada como uma estratégia de planejamento, que contribuiu para que houvesse um maior nível de segurança e eficácia nas altas hospitalares e também para maior qualidade na comunicação da equipe. (THOMA J.E.; MARION A.W, 2018).

Sob esse prisma, um estudo sobre o trabalho de enfermeiros como gerentes de casos para as três condições crônicas mais comuns no Reino Unido mostrou fortes evidências da eficácia terapêutica de enfermeiros como gerentes de casos clínicos por causa de sua capacidade de resposta ao tratamento e compreensão das condições dos pacientes. Além disso, os enfermeiros disponibilizaram uma independência maior para atender os pacientes, o que deixou claro a eficácia do enfermeiro como gestor, pois eles examinavam, avaliavam e tomavam decisões de quais as melhores formas de tratamento. (TOSO, *et al.*, 2015)

A presente pesquisa também possibilitou compreender a complexidade da participação do enfermeiro na alta hospitalar, a suas dificuldades e como o planejamento pode contribuir para a diminuição de reinternação e agravamento dos pacientes. (LOPES V.J. *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva um estudo com abordagem qualitativa, composto por questões fundamentadas nos pilares do Care Transition Intervention e os principais componentes do modelo de Transição do Cuidado Ideal, desenvolvido em hospital de um município do interior de São Paulo, com 15 técnicos de enfermagem, evidenciou que o planejamento de alta é considerado um recurso importante para que transição do cuidado do hospital para casa, assim como, considerado pilar da transição do cuidado ideal, juntamente com os componentes: plano de alta; comunicação e informação abrangente sobre a doença e os cuidados, educação do paciente, promoção da autonomia, plano avançado de cuidado (VALENTE *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas apontam que o planejamento contribui para a organização dos serviços de enfermagem para o cuidado aos usuários dos serviços de saúde.

Os estudos demonstraram que o enfermeiro que atua em ambiente hospitalar utilizou o planejamento em circunstâncias específicas, como gestão de materiais; para mensuração da força de trabalho de enfermagem; implantação de um serviço para atendimento de pacientes COVID-19; no gerenciamento de casos para cuidados agudos e no planejamento de alta hospitalar.

Os resultados evidenciaram a escassez de estudos referentes ao planejamento realizado pelo enfermeiro, sendo, portanto, relevante a proposição de novos estudos, com o propósito de fortalecer as pesquisas relacionadas à temática.

REFERÊNCIAS

BRASIL, LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, 1986.

TEIXEIRA F.C. Enfoques Teórico- Metodológicos do Planejamento Em Saúde. In: TEIXEIRA F.C. (Organizadores). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências, Salvador: EDUFBA, 2010.

CIAMPONE, M.H.T.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. Planejamento e o processo decisório como instrumento gerencial. In: KURCGANT, P. *et al.* Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PETERS M, *et al.*, Scoping Reviews. In: JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. v. 10, n. 1, p.1-11, 1987.

SANTANA, R.M.; TAHARA, A.T.S. Planejamento em Enfermagem: aplicação do processo de enfermagem na prática administrativa Ilhéus: Editus, 2008.

SIMÕES.A.L. A; PRESOTT.G. V; IWATTO.H.H; APOLINARIO.L.A. Planejamento: ferramenta do enfermeiro para a otimização dos serviços de enfermagem. Rev Min. de Enferm,11(4): 402-406.2007.

SOARES, M.I. *et al.* Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. REBEN, v.69, n. 4, p.676 – 83, 2016.

TANAKA, O.Y.O. Enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, SP, v.46, n.5, p. 1274-1278, 2012.

BOGO, P.C. *et al.* O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. Revista da escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, SP, 49(4):632-639 .2015.

NGUYEN T.T.H. *et al.* Applying the workload indicators of stafng needs method in nursing health workforce planning: evidences from four hospitals in Vietnam.Human Resources for Health. Vietnã .19 (Suplemento 1): 124.2022.

BRANCO O; TAVARES M.M.Analysis of the process of implementing the patient care service with Covid-19 : systematic reporting of experience.Jornal Brasileiro Online de Enfermagem.Universidade Federal Fluminense .2020

THOMA J.E.; MARION A.W. Experiences of Nurse Case Managers Within A Central Discharge Planning Role of collaboration between Physicians, Patients and Other Healthcare Professionals: A Sociocultural Qualitative Study.JCN Clinical nursing. Alemanha.: 10.1111/jocn.14166.2018.

LOPES V.J. *et al.* Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar / Participation of nurses in hospital discharge planning.Rev. enferm. UFPE online. Recife.13(4):1142-50.2019.

BENETTI.E.R. *et al.* Percepções acerca do planejamento em enfermagem como ferramenta de gestão. Revista contexto e saude. RS.v. 10 n. p. 1177-1180.2011

PERROCA. M. G; GAIDZINSKI. R. R. Instrumento de classificação de pacientes perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores -correlação. Rev. Esc Enferm USP; SP;36(3): 245-52.2002.

TOSO.B.R.G. O; FILLIPON.J; GIOVANELLA L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. Rev Bras Enferm;69(1):169-77,2016.

VALENTE.S.H.et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. Acta Paul Enferm.;35:eAPE02687. 2022.

GARCIA.S.D. *et al.* Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília,65(2): 339-46.2012.

TRECOSSI. S. P., C; *et al.* Protagonismo da enfermagem na organização de uma unidade para assistência à pacientes com Coronavírus. J. nurs. health. 10(n.esp.): e20104039,2020.



O serviço social no âmbito hospitalar: as contribuições para efetivação de direitos dos usuários atendidos no Hospital Regional de Tamboril - Ceará

Naiure Dávila dos Santos Sousa Soares

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.3](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.3)

RESUMO

O atual estudo aborda como tema o serviço social no âmbito hospitalar: as contribuições para efetivação de direitos dos usuários atendidos no Hospital Regional de Tamboril -Ceará. Definiu-se como objetivo geral compreender como o assistente social contribui para efetivação e garantia dos direitos dos usuários atendidos no Hospital Regional de Tamboril (HRT). Para o desenvolvimento destes objetivos realizou-se pesquisa será realizado com o método descritivo-exploratório de natureza qualitativa e caráter empírico e teórico, pois a mesma considerou os sujeitos envolvidos no desenvolvimento e nos permitiu assim uma maior apreensão da realidade das profissionais no seu campo de atuação e os seus principais desafios e possibilidade de atuação na saúde. Com esse estudo o que se observou foi uma persistente uma ordem conservadora dos demais profissionais que dialogam com o serviço social, os quais não reconhecem o papel do serviço social na área hospitalar, repassando ao setor muitas atribuições e demandas que não são de sua competência, Destacamos que esse trabalho é de fundamental importância para o Serviço Social do Hospital, pois possibilitara esclarecer o verdadeiro papel do Serviço Social na Saúde, bem como deixar claro para os outros profissionais a importância das competências e atribuições dessas profissionais na saúde. Desta forma convidamos a todos para uma leitura prazerosa e cheia de novos conhecimentos a serem estudados tanto por profissionais, professores e alunos que tenha interesse em estudar essa temática.

Palavras-chave: serviço social. saúde. garantia de direitos.

ABSTRACT

The current study addresses as a theme the social service in the hospital environment: contributions to the realization of the rights of users assisted at the Regional Hospital of Tamboril -Ceará. It was defined as a general objective to understand how the social worker contributes to the realization and guarantee of the rights of the users attended at the Hospital Regional de Tamboril (HRT). For the development of these objectives, a research will be carried out with the descriptive-exploratory method of a qualitative nature and empirical and theoretical character, since it considered the subjects involved in the development and thus allowed us a greater apprehension of the reality of the professionals in their field of work. performance and its main challenges and possibility of acting in health. With this study, what was observed was a persistent conservative order of the other professionals who dialogue with the social service, who do not recognize the role of social service in the hospital area, passing on to the sector many attributions and demands that are not within its competence, We emphasize that this work is of fundamental importance for the Social Service of the Hospital, as it will make it possible to clarify the true role of Social Service in Health, as well as to make clear to other professionals the importance of the competences and attributions of these professionals in health. In this way, we invite everyone to a pleasant reading and full of new knowledge to be studied by professionals, teachers and students who are interested in studying this topic.

Keywords: social work. health. guarantee of rights.

INTRODUÇÃO

Na trajetória da política de saúde no Brasil houve foi estabelecida uma relação indissociável entre a atividade econômica, política e social, e movimento integrado dos trabalhadores na luta pela efetivação de políticas públicas. Segundo Polignano (2012), o estado brasileiro não tinha os problemas de saúde da população na centralidade do debate político e econômico.

Com o crescimento industrial brasileiro, a intensificação do fluxo migrantes do meio rural para o urbano, na busca por emprego repercutiu no desenvolvimento acelerado dos centros urbanos, que trouxe consigo dentre outras expressões sociais, a manifestação de várias enfermidades e doenças epidêmicas em decorrência das péssimas condições sanitárias da população em geral.

Tão logo, se tornaram necessários a prevenção das enfermidades e o controle das doenças que ganharam assim centralidade no debate social, político e econômico. A sociedade passou a reivindicar uma ação do Estado nos problemas de saúde. Através da pressão popular e do contexto político-econômico o Estado brasileiro passa a intervir em uma perspectiva higienista, com ações descontínuas, pontuais e de cunho moralizante para responder aos problemas de saúde.

Quando estado brasileiro passou a sistematizar a política de saúde a resposta de assistência predominante até a década de 1970 esteve em conexão íntima com a previdência social. Apesar de as demandas por saúde serem imensas, todas as pessoas que trabalhavam e tinham vínculo com a previdência social estavam seguradas.

A população era atendida em suas necessidades de saúde pela rede de previdência social, sendo notável a predominância desta em relação ao setor saúde. A saúde era direcionada pelo modelo médico-assistencial privatista, ou seja, a ênfase era direcionada para a assistência médica. Neste sentido, o restante da população, o grupo que não contribuía com a previdência social, se via em dois lados: os que podiam pagar pela saúde através do atendimento em clínicas privadas, e os que não detinham esse poder aquisitivo, lhes restando apenas à atenção à saúde ofertada pelos serviços filantrópicos, como as Santas Casas.

Conforme Escorel (2013) e Brasil (2007), a política de saúde neste período era centrada na medicina curativa e assistência individual, deixando de lado ações de promoção e prevenção da saúde de abordagens coletivas. Além disso, a prática médica tinha perfil capitalista, pois era orientada pela lucratividade das ações desenvolvidas no setor da saúde, especialmente durante o regime militar.

Os caminhos da saúde no Brasil começaram a ganhar novos rumos no período pós-ditadura militar, em meados da década de 1980 quando direitos sociais estavam sendo conquistados e a responsabilidade estatal ampliada, pois o Estado aderiu à atribuição de ser o principal provedor de tais direitos. Estamos falando da reconstrução democrática e do resgate dos percalços – políticos, sociais, econômicos, humanos, culturais – deixados pelo regime militar. Foi um contexto de debates políticos críticos e intensos no campo da saúde e de lutas por transformações objetivas no sistema de saúde brasileiro. A questão das políticas sociais e dos direitos sociais estava fervilhando na sociedade. Neste cenário, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, em 1986, foi um elemento-chave no caminho trilhado pelo SUS até sua constituição.

A VIII CNS representou um momento ímpar na história da política de saúde brasileira, considerando que produziu um projeto democrático de reforma sanitária, com vistas à unificação do sistema de saúde brasileiro, com acesso universal, atenção integral, atendimento equânime, organizado por meio da descentralização, regionalização e hierarquização, cuja base seria a participação da comunidade.

Dito de outra forma, as propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, concretizado no texto da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado pela Lei nº 8080/90 que tem como princípios e diretrizes: a universalização, a equidade, a integralidade, descentralização, a regionalização, a hierarquização, a participação da comunidade, entre outros, com a sua criação deu a população brasileira o direito ao atendimento aos serviços de saúde gratuitos e de qualidade.

Por meio do SUS, a saúde deixa de ser um elemento de privilégio, apenas dos que contribuam com a previdência social, e passa a ser direito de todos os indivíduos, no mesmo movimento em que o Estado se modifica de um agente que intermedia o seguro social, para o ente responsável pela garantia do direito a saúde a todo o povo brasileiro. Ainda assim, a consolidação dos princípios do SUS continua sendo posta à prova por diversas barreiras tanto na forma de acesso às ações de saúde e a precarização do atendimento aos usuários dessa política, como também, as precárias condições de trabalho dos profissionais da área, dentre outras.

Referente à inserção dos assistentes sociais na área da saúde, deu-se na década de 1960, período histórico onde, também ocorria a unificação dos Institutos de Aposentadorias de Previdência Social- IAPS, com a posterior criação do Instituto Nacional de Previdência Social- INPS, que veio a se transformar no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS. Foi nesse contexto que o serviço social brasileiro consolidou sua atuação na área da saúde, prestando assistência a população através das Santas Casas de Misericórdia.

Para melhor entendemos como aconteceu à inserção do serviço social na saúde é preciso entender dois marcos históricos vindos do acareamento de dois grandes projetos: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista.

Segundo Bravo (1999) Matos (2000): Esses dois grandes projetos societários têm repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. Na saúde, destacam-se o projeto de reforma sanitária construído na década de 1980 e inscrito na constituição Brasileira de 1988, e o projeto privatista de saúde articulado ao mercado hegemônico na segunda metade da década de 1990. O projeto de reforma sanitária, constituído na década de 1980, teve como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS), foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular (p. 197-199).

Dessa forma podemos entender que o processo de inserção do profissional na saúde se deu a partir de processos diversos na dinâmica do processo de trabalho coletivo no campo da política de saúde, e está relacionado às condições históricas a partir das quais se desenvolve a política de saúde, à dinâmica do trabalho coletivo, sendo constituído um complexo teórico, prático, político e cultural e diante da atual conjuntura da sociedade capitalista.

A resolução 383/1999 do CFESS define o Assistente Social como profissional de saúde, que atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas. O assistente social no âmbito da saúde se inclui no como um participante essencial da equipe multiprofissional exercendo o papel fundamental de analisar, investigar e perceber mudanças estruturais do processo capitalista e as

expressões da questão social e suas particularidades.

Nesta perspectiva, são diversas as questões as inquietações e desafios postos aos profissionais e estudantes de serviço social no âmbito da atuação junto a política pública de saúde. Para tanto esse estudo visa contribuir para ampliar o entendimento sobre papel do assistente social na garantia e efetivação dos direitos dos usuários junto à política de saúde, bem como, identificar quais as possibilidades, limites e desafios à atuação do profissional do assistente social no âmbito hospitalar com vista à garantia de direitos.

Definiu-se como objetivo geral compreender como o assistente social contribui para efetivação e garantia dos direitos dos usuários atendidos no Hospital Regional de Tamboril (HRT). Quanto aos objetivos específicos temos: apresentar como o Serviço Social do HRT significa efetivação e garantia de direito dos usuários; apresentar os fluxos para viabilização dos direitos dos usuários atendidos pelo serviço social do HRT; identificar as possibilidades e desafios à atuação profissional no âmbito hospitalar. Diante dos objetivos traçados estabelecemos as seguintes perguntas de partida: De que maneira o profissional de Serviço Social contribui para efetivação dos direitos dos usuários ao acesso à política de saúde, no âmbito hospitalar? O que o serviço social entende por direito dos usuários? Quais as possibilidades e dificuldades enfrentadas pelo Assistente Social para exercer suas atribuições no âmbito hospitalar no sentido de viabilizar direitos?

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: PERCURSO HISTÓRICO, AVANÇOS E LIMITES

A política de saúde pública: reconstrução histórica e perspectivas atuais

Para melhor compreensão do desenvolvimento e construção da Política de Saúde Brasileira, é importante realizar um resgate histórico do contexto político e econômico pelo qual passou o Brasil até a Política de Saúde ganhar as formas que possui atualmente.

Polignano (2012) afirma que a crise de 1930 parou temporariamente o setor agrário-exportador reorganizando o estado, para novos caminhos na vida dos brasileiros. A referida década passou por uma significativa mudança no cenário econômico-social onde a política do café com leite entrou em crise devido a problemas econômicos e políticos que estava acontecendo no país gerando assim a diminuição do poder e influência das oligarquias agrárias.

Nesse contexto político Getúlio Vargas assume o poder após um golpe de Estado que pôs fim à República Velha e culminou na implantação da chamada República Nova. A implantação do Estado Novo em 1937 representou um acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial. Segundo Bravo (2009, p. 90).

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 30 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas as reivindicações dos trabalhadores. (BRAVO, 2009, p. 90)

A revolução de 30, que ficou conhecida como golpe de 1930 onde foi um espelho da crise que já acontecia mundialmente desde 1929, essa crise afetou de maneira significativa a economia brasileira e com a falta de progresso do mercado mundial, a nossa economia se viu vulnerável politicamente e economicamente e desta forma o empresário que não fosse vinculado

à maior fonte de renda que era o café não fazia parte do então núcleo duro do poder político, valeu-se da fragilidade política do então regime para alterar a correlação de forças existente, culminando no movimento revolucionário de 1930, período denominado de Era Vargas (BEHRING; BOSCHETTI, 2006; PAIXÃO, 2011).

A Era Vargas dentre outras características o governo de Vargas caracterizava-se por ser populista ele procurava manter autodomínio sobre todos os setores da sociedade para assim conseguir conter tensões entre os diversos setores da sociedade, por meio da concessão dos direitos é importante salientar que juntamente com essa conquista de direitos sociais e proteção também ocorria praticas autoritárias de controle social que estavam sempre prontas para serem colocadas em pratica caso surgisse alguma ameaça ao governo.

A política WelfareState, no sentido internacional a política incorporou a estratégia global anti-crise do capital após 1929, desse modo as políticas e programas sociais se espalharam e passam a fazer parte das medidas anticíclicas do período. Uma solução que os países europeus acharam para solucionar a crise que estavam passando foi investir no estado de bem-estar social na conjunção que havia uma provocação das expressões sociais e do grande crescimento dos movimentos operário no mundo capitalista. Assim, no estado de bem-estar social onde estava sendo investido teve um crescente aumento da proteção social, o crescimento das políticas universais e um aumento na garantia de direitos de cidadania assegurado pelo estado, contudo, o Brasil não participou de estado bem-estar social como os países europeus, o que mais se assemelhava a esse movimento foi à experiência com a constituição promulgada de 1988, que foi conhecida como a constituição cidadã que assegurava uma sociedade igualitária e democrática.

Com intenso crescimento urbano e a urbanização das cidades a classe trabalhada não tinha estruturas suficientes para moradia o que levou essa população a viver de modo precário, sem higiene, saúde e habitação, a partir desse momento a saúde passou a ser um interesse do estado e virar uma questão política para assim garantir que a mão de obra tenha força para garantir cada vez mais o crescimento do capitalismo.

Ainda em 1930 aconteceu a introdução das políticas sociais no Brasil, onde por meio da regulamentação do trabalho gerou vários benefícios trabalhistas e ao mesmo tempo aconteciam as reivindicações do movimento operário que era conduzido de forma autoritária. Esses regulamentos antecederam a criação do ministério público do trabalho e em 1932 passou ser usada a carteira de trabalho brasileira que virou um símbolo de cidadania brasileira, a carteira de trabalho era considerado um passaporte para a cidadania e é a partir desses movimentos que a política pública de saúde se desenvolve, o modelo de assistência à saúde que existia até então era fundamentada nas Caixas de Aposentadorias e Pensões –CAP's, que foram criadas em 1923, pelo decreto de lei nº 4.682 de 24 de janeiro, conhecido como Lei Eloy Chaves. As primeiras pessoas tinham acesso as CAP's que eram privados e de responsabilidades das empresas foram empregadas de empresas ferroviárias, um dos benefícios oferecidos era o aposento por invalidez a aposentadoria ordinária, a pensão por morte, a assistência médica- curativa, o fornecimento de medicamentos, dentre outros (FINKELMAN, 2002; BRAVO, 2006).

A saúde pública nesse momento estava ligada diretamente a inserção do trabalhador ao mercado de trabalho, restando assim uma grande parte da população que não tinha acesso ao trabalho e dependendo exclusivamente da filantropia e entidades beneficentes, o estado só passava intervir em casos de epidemias e emergências. Por parte da classe trabalhadora havia uma

grande necessidade de proteção social mais ainda não havia uma compreensão que os riscos deveriam ser resolvidos através de uma intervenção estatal.

Com o crescimento do retomo industrial o estado respondeu as reivindicações dos trabalhadores criou o salário mínimo que limitava o gasto dos trabalhadores para sobrevivência e juntando com a inflação que na época era muito alta piorou as condições de vida desses trabalhadores levando assim a altas demandas por assistências médicas. Os institutos de assistência previdenciária (IAP's) que inicialmente não fornecia esse tipo de serviço começaram a mudar sua estrutura e fornecer serviços médicos, com esse crescimento também ocorria aumentava a preocupação com as condições das forças de trabalho e condições de produção, para ajudar nessa demanda algumas empresas criaram ambulatórios de caráter terapêutico e em alguns até em nível de recuperação.

Em 1945 com a queda de Getúlio Vargas e o fim da segunda guerra, começo um período de liberalização do regime político vigente onde teve o aumento do salário e começaram os acordos para um novo pacto social, Com o novo presidente General Eurico Dutra foi criado o plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia), Dutra apresentava que a saúde era prioridade em seu governo mais na pratica a saúde que ainda não estava ligada com uma questão social nunca esteve entres as opções prioritárias do então presidente.

Em 1950 Vargas volta ao poder com uma grande margem de votos, a população nessa época agia com interesse de classes e no clima de pressão que existia na época a assistência medica se espalhou por todos os institutos de aposentadorias e pensões que buscava principalmente a igualdades dos direitos dos trabalhadores e isso começou a ser possível através do I congresso nacional de previdência social onde através do mesmo foi aprovado o seguro contra acidentes no trabalho, nessa época também foi criado o ministério do trabalho onde o mesmo possuía uma estrutura extremamente frágil som poucos recursos.

No ano de 1956, Juscelino Kubitscheck assumiu a presidência do país e abriu as portas da economia para o capital estrangeiro e gerou opressão por partes dos empresários no que diz respeito à eficiência das indústrias. Nessa época aconteceu o congresso de hospitais que instituiu os serviços médicos próprios das empresas para atender essas demandas a partir disso encontrava-se uma nova configuração de prestação privada dos serviços de saúde através da emergência da medicina de grupo, que se constituíram em um dos lastros para a implantação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde na atualidade.

O fim do governo de Juscelino ficou marca pelo grande aumento da inflação, do movimento estudantil e movimento sindicalista, o mesmo foi substituído por Jânio Quadros que buscava uma forma que se aliar internacionalmente para conseguir superar a crise que o país passava naquele momento e além de colocar-se em uma posição "neutra" frente à política mundial no que se relacionava às questões entre os países capitalistas e socialistas.

Após sete meses de governo Jânio Quadros renunciou e quem assumiu a presidência foi seu vice João Belchior Marques Goulart mais conhecido como Jango, que sofreu bastante para conseguir assumir o cargo já que o mesmo tinha ligações com a esquerda e assim gerava desconfiança para com os conservadores.

No âmbito na saúde em 1963 foi realizado o III Conferencia Nacional de Saúde que tinha como dever prestar informações sobre as políticas de saúde. Nessa conferência a saúde, a do

desenvolvimento econômico, baseada que estava na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas, e foi nessa época que se registrou a maior participação do ministério da saúde no orçamento global da união apenas que expectativa era que a diminuição.

No ano 1964 ocorreu o golpe militar onde tirou Jango do poder e as forças armadas assumiram, nesse contexto surgiu o movimento sanitário nas reuniões de faculdades como decorrência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício. Assim, a Universidade passou a ser o espaço seguro onde era possível a contestação às práticas do regime atual.

Na saúde a política de planejamento fortificava a privação dos serviços médicos, por meio da venda de serviços pela previdência com forma de unidades de serviços. Em 1974 foi criado o ministério de previdência e assistência social solidificando ainda mais o poder do modelo clínico assistencial e curativista e assim foi justificado que foi tomada essa medida pela importância política e financeira do INPS tinha no cenário da época.

No mesmo contexto foi criado, pela Lei nº 6168 de 09.12.74, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FADS, que representou importante estratégia de ação do Estado na área social, ao apoiar financeiramente o desenvolvimento de programas e projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, além de projetos de caráter social para pessoas físicas junto ao setor privado.

Segundo o conselho nacional de saúde (2020) em 1975 aconteceu a V Conferência Nacional de Saúde, onde resultou na criação da Lei 6.229 de 17 de julho, que gerou o sistema nacional de saúde que legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor, por meio dessa lei foi desenvolvido o papel de várias instituições ficando assim definido que à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto aos cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O autor Matos (2020), fala que em 1985 Tancredo Neves ganha as eleições porém o mesmo faleceu antes mesmo de receber o título e assim o cargo passando a ser do seu vice José Ribamar Sarney e surge a 'nova república', esse novo período tentava amenizar a crise que o País já vinha passando há anos e foram apresentados diversos planos econômicos que na verdade não mudava em nada o cenário econômico e social da nação só favorecia os mais ricos e causando assim danos na vasta população brasileira.

Processo da reforma sanitária motivava a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ainda nesse contexto, em 1986 o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde e diferente das conferências que já tinha ocorridos essa serviu para discutir questões de caráter essencialmente técnico inovou no que toca à escolha da temática - Direito à Saúde. Sistema de Saúde e Financiamento -, à participação da sociedade civil e ao processo preparatório que envolveu profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos. As discussões que houve nessa conferência colocava as políticas públicas como questões a serem debatidas com o coletivo marcando contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu um Programa para a Reforma Sanitária.

A Conferência também refletiu um avanço técnico e um pacto político, ao propor a cria-

ção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado, entretanto, cabem entender que o Estado se antecipou a implementação do SUS, criando por decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo. Além disso, a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes. Mesmo com muitos avanços, muitas questões ficaram indefinidas como o financiamento do setor de saúde, as políticas de medicamentos e as ações no âmbito da saúde do trabalhador. É importante salientar que o modelo assistencial de centrado na assistência médica individual continua intocável e sempre focado na figura do médico.

Em agosto de 1992 aconteceu a IX conferência nacional de saúde, foi considerado como o maior evento de mobilização, pois contou com a participação de mais de 05 mil pessoas. Os principais temas discutidos foram a sociedade, governo, saúde, seguridade social, implementação do SUS e controle social. Essa conferência ocorreu tomada pela comoção social que se espalhava pelo País a partir de provas de corrupção nos quais o presidente da época estava envolvido. No final da década de 80 e anos 90 ocorre o embate de duas correntes sobre o estado: a corrente neoliberal que advoga o estado mínimo e a mercado com o principal meio de ordem econômica e o outro a concepção da necessidade da presença de um estado democrático forte, demandados pelas políticas de ajustes estruturais e pela desigualdade social.

A predominância do modelo neoliberal coloca como indicio a exclusão social, essa exclusão é distinta e da abolição dos direitos políticos e não impossibilita apenas o exercício das potencialidades da condição humana e ainda reduz o humano a uma espécie de animal a ser estudado e cuja sua única ação é sua preservação biológica.

A virada dos séculos nos trás grandes mudanças no âmbito da saúde e nos coloca de frente a transformações dos perfis epidemiológicos exprimem pelo aumento da expectativa de vida, que significa um maior contingente de pessoas no grupo da terceira idade e que por isto requerem assistência especializada, e esse processo de modificação epidemiológica mostra que acumula as doenças degenerativas às doenças infectocontagiosas. Esse conjunto incentiva a aplicação de intervenções em saúde caras, complexas e, frequentemente, desnecessárias, é acompanhado da crescente medicalização e da distribuição desigual dos profissionais de saúde no território brasileiro.

Atuação dos/as Assistentes Sociais no âmbito hospitalar

A atuação do assistente social desde a década de 40 após o seu surgimento nesse espaço ocupacional tem sido bastante requisitada, a partir daí a profissão vem se consolidando e avançando constantemente nesse meio, através da conquista de novas responsabilidades profissionais e de novos espaços ocupacionais, onde se exigem a expansão qualitativa e quantitativa de 36 conhecimentos no campo teórico e pratico.

Trata-se, então, de apreender, compreender e interpretar que a ação dos assistentes sociais se materializa em meio às relações sociais contraditórias de interesses e necessidades distintas, nas quais, atualmente, o universal é substituído pelo focalizado, a gratuidade é vista como ônus da máquina estatal provocando atraso no desenvolvimento e no crescimento econômico. Deve-se considerar que as desigualdades sociais expressadas nas

iniquidades econômicas, sociais, políticas e culturais da classe trabalhadora e subalterna, são as bases para se pensar e propor as intervenções (SILVA, 2006, p. 116).

O assistente social no âmbito hospitalar atua no sentido de enfrentar as expressões da questão social em defesa da cidadania e do direito a saúde, articulando políticas sociais, promovendo ações juntos aos usuários, acompanhantes, familiares e responsáveis com vista à promoção da intersetorialidade como condição necessária para melhoria do processo saúde e doença. Para tanto, o assistente social para efetivar e garantir de direitos no espaço hospitalar existe a necessidade de aprender teórico, ética e tecnicamente as relações sociais, econômicas, políticas e culturais que circundam seu campo de atuação profissional.

Assim conforme Iamamoto (2009, p. 25), “é reconhecido o trabalho do serviço social como uma especialização do trabalho, parte das relações sociais que fundam a sociedade capitalista. Estas são, também, geradoras da questão social em suas dimensões objetivas e subjetivas”. Complementarmente, Martinelli (2011) afirma que o Serviço Social é uma profissão, cuja identidade é marcadamente histórica e que seu fundamento é a própria realidade social e sua matéria prima de trabalho são as múltiplas expressões da questão social, conferindo ao profissional uma forma peculiar de inserção na divisão social e técnica de trabalho.

Sendo posta ao serviço social a função de mediação entre as solicitações institucionais e as necessidades dos usuários do serviço de saúde, sobretudo daqueles usuários em condições precárias de vida com repercussão no processo saúde e doença. Convém mencionar que mesmo diante das tensões estabelecidas, o compromisso ético-político do assistente social é em dos interesses dos usuários e da saúde como direitos de todos, previsto pela CF como direito fundamental.

É de grande relevância que o profissional de serviço social consiga compreender quais as necessidades de saúde dos usuários, considerando o estabelecimento do processo de saúde doença como produto de realidade contraditória permeada por desigualdades sociais, as quais podem repercutir na situação de saúde, potencializando manifestações de dor e sofrimento físico ou psíquico e social. Nesse sentido, Iamamoto (1999) apresenta a reflexão sobre o processo de trabalho do Assistente Social:

O objeto de trabalho do Assistente Social é a questão social. É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, à luta pela terra, etc. Essas expressões da questão social são a matéria prima ou o objeto de trabalho profissional. (IAMAMOTO, 1999, p. 62).

Entende-se, portanto, que o Assistente Social que contribui para a reprodução das relações sociais no contexto da sociedade do capital, tendo em vista que seu campo de atuação se configura nas diversas políticas públicas que atendem aos mais variados segmentos, com vista as contribuir para efetivação dos direitos. Para responder as necessidades de saúde dos usuários há uma requisição de que o assistente social deve compreender as sobreposições das expressões da questão social e busque resposta fazendo uso das dimensões investigativa e interventiva do fazer profissional, assim à atuação do serviço social solicita uma qualificação permanente no agir profissional.

A atuação profissional do assistente social é a expressão de um movimento que articula saberes e luta por espaços no mercado de trabalho, competências e atribuições privativas que têm reconhecimento legal nos seus estatutos normativos e reguladores, projeto ético-político

que confere direção social ao trabalho profissional (RAICHELIS, 2010). Nesse contexto podemos entender a importância do profissional na atuação no ambiente hospitalar, pois seu fazer profissional possibilita o desenvolvimento de ações e estratégias que viabilizam a garantia de direitos e podem contribuir para transformações das condições de saúde e vida dos usuários ao levar em consideração os determinantes e condicionantes de saúde, compreendendo deste modo, os usuários de maneira integral. Conforme Fraga (2010), o serviço social é uma profissão investigativa e interventiva.

Sendo assim, as análises, os estudos e as pesquisas desenvolvidas pelos assistentes sociais precisam ser realizadas a partir de situações concretas e possuir utilidade social, não interessando o conhecimento realizado apenas com finalidade descritiva e contemplativa. No ambiente hospitalar onde as demandas se apresentam de maneira inesperada o serviço social é diariamente desafiado a atender situações distintas de risco à vida e à saúde e conflitos decorrentes, assim como, agir no sentido de orientar, garantir e não violar seus direitos sociais dos usuários.

A saúde é considerada um campo desafiador para os Assistentes Sociais, nesse sentido, estes profissionais passam por dificuldades para efetivar suas ações, convenientes de empecilhos como a desarticulação dos profissionais de saúde dificultando o trabalho em equipe, uma vez que, nesse espaço ocupacional a integralidade das ações é de fundamental importância para viabilizar os serviços que usuário necessita. Assim, como também, a falta de conhecimento das atribuições e competências profissionais por parte da instituição como um todo, que reconhece o assistente social como um profissional complementar que resolve apenas conflitos, ou melhor, tudo aquilo que não se consegue resolver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou analisar o serviço social no âmbito hospitalar: as contribuições para efetivação de direitos dos usuários atendidos no hospital regional de tamboril -Ceará. Através da realização desta pesquisa, foi possível entender a realidade da atuação do serviço social no âmbito hospitalar profissional reconhecendo suas dificuldades, potencialidades e, principalmente, a grande importância no espaço sócio ocupacional. Notório, também, foi perceber a importância da atuação interdisciplinar, bem como do trabalho em conjunto, que intensifica e fortifica o fazer profissional de maneira humanizado. O assistente social que atua no espaço hospitalar diante das expressões da questão social deve executar uma prática crítica, buscando possibilidades para atender as demandas e identificar meios para uma atuação mais qualificada e comprometida com a realidade social. Mesmo diante da atuação crítica da categoria profissional, o que se observou com esta pesquisa foi uma persistente uma ordem conservadora dos demais profissionais que dialogam com o serviço social, os quais não reconhecem o papel do serviço social na área hospitalar, repassando ao setor muitas atribuições e demandas que não são de sua competência.

REFERÊNCIAS

A eleição de Tancredo Neves e o fim da ditadura militar. Disponível em: . Acesso em: 28 nov. 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil SERVIÇO SOCIAL: Direitos sociais e competências profissionais. - Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.760p.(Publicação: Conselho Federal de Serviço Social-CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. v.1). CONH, Amélia, Elias, Paulo. Eduardo. M. Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços. -5. Edição. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.

Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Extraído de: [[http:// www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html](http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html)], acesso em [23 de janeiro de 2007

BRAVO, Maria Inês Sousa.; MATOS, M.C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S.(Org.). Esse artigo é uma visão revista e ampliada do texto publicado na revista *Universidade & Sociedade*, n.22, de 2000, uma publicação do Andes, sob o título — A reforma sanitária e contra-reforma na saúde e recuperar também conteúdos do artigo —A saúde na década de 90—projetos em disputa, de Maria Inês Bravo, publicado em 1999, na revista *superando desafios*, publicação do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) e da dissertação de Mestrado — O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90; sua relação com o projeto ético-político profissional e com projeto da reforma sanitária, Maurilio Matos, defendida na UFRJ,2000.

BRAVO, Maria Inês Sousa.; MATOS, M.C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S.(Org.). *Política social e democracia*. São Paula: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. —Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde”. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. CFESS, Brasília, 2010.

SCOREL, Sarah. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1938-1940, 2013.

FRAGA, Cristina Kologeski. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. *Serviço Social & Sociedade*, p. 40-64, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela *et al.* Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS , p. 341-376, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Serviço Social & Sociedade*, p. 497-508, 2011.

MATOS, Klaus Udo Froese; SEGATO, Vitória Pedruzzi. Ensino religioso confessional no estado laico: primeiros comentários sobre a Ação Direta de Inconstitucionalidade Nº 4. 439. *Intl. J. Dig. Law*, 2020.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento*. 10. ed. São Paulo: Hucitec. 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. Disponível em: <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto2-4.pdf>. Acesso em: 01/07/2018.

MONTANO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. *Revista Serviço Social*. São Paulo, n.110, p. 270-287, abr./jun. 2012.

PAIM, J.S.O que é o SUS/ Jairnilson Silva Paim-Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.148p.(Coleção Temas em Saúde).

Polignano, VM. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão 49 [Internet]. Marcus Vinícius Polignano;. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226

Raichelis, Raquel. Gênese do Serviço Social no Brasil, Rio de Janeiro, Agenda: CEFSS/2006

SANTOS, Filho, Serafim Barbosa. BARROS, Maria Elisabeth B. de (Orgs.). Trabalhadores da saúde muito prazer: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí. 2009.

Serviço Social e a prática democrática na saúde. Disponível em:http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf.

SILVA, Pamela Migliorini Claudino da; BERTANI, Iris Fenner. As Estratégias de implantação do Sistema Único de Saúde como espaço sócio político de atuação do assistente social. Semina. Ciências sociais e humanas, v. 27, n. 2, p. 107-124, 2006.



A importância da atuação do psicólogo junto a equipe multiprofissional no contexto hospitalar

Wellington Flávio Cardoso dos Santos

Psicólogo formado pela Faculdade de Colinas do Tocantins- FIESC/UNIESP (2018). Psicólogo Social-Secretária Municipal de Itacajá-TO, Psicólogo Clínico na Viva Clínica de Itacajá-TO, Pós graduando em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Faculdade Única de Ipatinga.

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.4](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.4)

RESUMO

O presente estudo é um estudo de pesquisa bibliográfica, sob o tema “A importância da atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional no contexto hospitalar” a pesquisa busca refletir e analisar através de teóricos que falam sobre o tema, buscando compreender as nuances dessa relação intrínseca, entre profissionais de saúde, paciente e família, e a importância da atuação do psicólogo neste contexto. Vale ressaltar que o paciente hospitalizado traz consigo além dos problemas físicos, condições psicológicas que podem ser predominante para sua recuperação, o psicólogo tem o papel de resgatar a essência do paciente hospitalizado, buscando estratégias de humanização. Portanto, é de extrema importância a presença do psicólogo no contexto hospitalar, promovendo saúde e humanização, mediando conflitos, e contribuindo com a equipe multiprofissional, pacientes e familiares.

Palavras-chave: psicologia hospitalar. equipe multiprofissional. paciente. família.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema a importância da atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional. Sabemos que existe muita dúvida ou até questionamentos sobre a prática do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar, às vezes essa dúvida surge até mesmo dos profissionais de saúde, que não tem conhecimento da prática desse profissional. No entanto o psicólogo faz parte da equipe multidisciplinar, contribuindo de forma significativa e eficaz com seu saber.

O ambiente hospitalar requer um olhar humanizado com o paciente que muitas vezes se encontra fragilizado, devido longos períodos de hospitalização, dessa forma, é necessário dar voz a esse paciente, que apresenta conflitos e sofrimentos, oferecer acolhimento, buscando compreender todas suas demandas e necessidades, intervindo na hora certa, realizando interconsulta com outros profissionais de saúde, acolhendo também a família, que muitas vezes necessita mais de acompanhamento que o próprio paciente hospitalizado.

Neste contexto, o objetivo principal deste trabalho é refletir e analisar a importância da atuação do psicólogo no hospital e suas contribuições para a equipe multiprofissional. Foi utilizado como recurso metodológico a pesquisa bibliográfica, de trabalhos e artigos científicos publicados.

DESENVOLVIMENTO

Antes de dar início a discussão acerca da importância do psicólogo no hospital bem como no que se refere à equipe multiprofissional, é interessante elucidar a diferença de Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde, De acordo com Castro e Bornholdt (2004), a prática profissional da Psicologia da Saúde está voltada para a assistência primária, secundária e terciária. Ela tem a finalidade de envolver fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam a saúde e a doença, atuando com profissionais sanitários, realizando pesquisa e promovendo a intervenção clínica, sua prática pode ser vista como a aplicação da Psicologia Clínica no âmbito médico.

Na Espanha, essa área é definida como uma disciplina ou especialização da psicologia, aplicando seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e de doença, podendo atuar nos hospitais, centros de saúde comunitários, organizações não governamentais e nas próprias casas dos indivíduos.

Ela se baseia no modelo biopsicossocial e faz uso de conhecimentos das Ciências Biomédicas, da psicologia clínica e da psicologia social comunitária (CASTRO; BORNHOLDT, 2004). Spink (2007) considera a Psicologia da Saúde como um novo campo de saber, sendo uma área de especialização da psicologia social.

A Psicologia da Saúde busca compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e seus comportamentos associados. Os psicólogos da saúde realizam intervenções com o objetivo de prevenir doenças e auxiliar no manejo ou no enfrentamento das mesmas, além de desenvolver pesquisas (ALMEIDA, e MALAGRIS, 2011; MIYAZAKI, DOMINGOS, CABALLO e VALERIO, 2011).

Segundo (SARAFINO, 2004). A maioria dos psicólogos da saúde trabalha em hospitais, clínicas e departamentos acadêmicos de faculdades e universidades. Na atuação clínica, podem fornecer atendimento para pacientes com dificuldades de ajustamento à condição de doente. Pode-se também ensinar aos pacientes métodos psicológicos para ajudá-los a manejar ou gerir os problemas de saúde, como aprender a controlar as condições de dor.

De acordo com Teixeira (2004), os campos de atuação clínica do psicólogo da saúde podem incluir prestação de cuidados de saúde na atenção básica e de média complexidade, unidades de internação hospitalar (alta complexidade), serviços de saúde mental, unidades de dor, oncologia, consultas de supressão do tabagismo, serviços de reabilitação, entre outros. Em uma unidade hospitalar, o psicólogo da saúde pode prestar assistência no ambulatório clínico, nas unidades de emergência ou pronto-socorro, unidades de internação ou enfermarias e nas unidades e centros de terapia intensiva - UTI e CTI (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011).

A Psicologia Hospitalar, por sua vez, possui sua prática voltada para a assistência secundária e terciária. A Psicologia Hospitalar não possui um setting terapêutico definido, pois leva em consideração os procedimentos que as equipes hospitalares prestam ao paciente que, muitas vezes, são realizados no momento em que o psicólogo está em atendimento, sendo de extrema relevância que o psicólogo hospitalar reflita e se habitue aos limites de sua atuação para não passar a ser mais um elemento invasivo ao paciente. O seu objetivo na instituição hospitalar é minimizar o sofrimento que a hospitalização provoca nos indivíduos, afastando-se de uma psicoterapia clássica, calcada no setting terapêutico, pois a realidade ali presente não condiz (ANGERICAMON, 2003). Diante do exposto, o psicólogo hospitalar possui uma atuação diferente de uma atuação clínica, mesmo que no decorrer das intervenções são aplicadas técnicas da psicologia clínica tradicional, deve-se considerar a particularidade de cada paciente hospitalizado, o mesmo pode até recusar o atendimento, a autonomia do paciente deve ser privilegiada.

De acordo com a Associação Americana de Psicologia (APA, 2010) o hospital é um dos possíveis locais de trabalho do psicólogo da saúde. No Brasil, o termo Psicologia Hospitalar é utilizado para nomear o trabalho de psicólogos que atuam em hospitais, sendo uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (2010). Contudo, a psicologia hospitalar

é um ramo da psicologia da saúde, a psicologia hospitalar possui uma atuação mais delimitada, visto que é um termo denominado no Brasil e inexistente em outros países. “Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” – aquele que se “dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um ‘real’, de natureza patológica, denominado doença...” (SIMONETTI, 2004)

O paciente hospitalizado traz consigo não apenas o adoecimento físico, mas condições psicológicas, que no decorrer do processo de hospitalização pode ser predominante para a sua melhora. De acordo com Mota *et al.* (2006), o ambiente hospitalar traz insegurança e ansiedade. Geralmente é um lugar de sofrimento, dor, de angustia, espera tristeza e desesperança. Os pacientes perdem a autonomia, muito menos sabem das políticas de saúde desenvolvidas. Cabe ao profissional de psicologia apresentar discussões reais de humanização no ambiente hospitalar. Ampliar sua compreensão, entender a ligação das pessoas à sua volta, captar seus desejos vontades e sentimentos.

O psicólogo hospitalar desenvolve a partir do encontro com o paciente, o resgate da essência da sua vida que foi suspensa pela doença e conseqüentemente a internação. Com base numa visão humanística com atenção aos pacientes e familiares, a psicologia hospitalar ver o ser humano em sua essência e integridade. Sabendo que mudanças, tendem a trazer conseqüências para o aspecto emocional, é de fundamental importância a presença a atuação do psicólogo nesse contexto. (MOTA *et al.*, 2006).

Ferreira e Raminelli (2012) ressaltam que a capacidade de ouvir o sofrimento ocasionado pelo adoecimento do paciente e a possibilidade de morte durante a hospitalização, contribui para que o paciente possa dar vazão às suas queixas e possibilita que elas sejam trazidas livremente durante os atendimentos. Nessa ínterim, ao ser compreendido, o paciente terminal pode sentir-se amparado, seguro, assistido e aceito, capaz de enfrentar a sua finitude e melhorar a qualidade de vida, mesmo após um diagnóstico ameaçador (MENDES *et al.*, 2009). Possibilitando assim, que o próprio paciente compreenda o seu processo de finitude, morte, lidando de maneira humanizada, enfatizando a subjetividade, o contexto histórico desse indivíduo. Suas crenças, valores e sua família.

A intervenção em centros de saúde e hospitais deve abranger a tríade paciente - familiares - profissionais de saúde. A família, angustiada e sofrida, também precisa da atenção do psicólogo e deve ser envolvida no trabalho com o paciente por ser uma das raras motivações que este tem para enfrentar o sofrimento. O psicólogo deve facilitar criar e garantir a comunicação efetiva e afetiva entre paciente/família e equipe. (ANGERAMI-CAMON, TRUCHARTE, KNIJNIK, e SEBASTIANI, 2006; ISMAEL, 2005; ROMANO, 1999).

O psicólogo tem o papel de mediador dessa tríade, paciente, família e equipe, buscando intervir de maneira a minimizar conflitos, sofrimentos, e promover educação em saúde.

A equipe de saúde vivencia no seu cotidiano o significado de viver e morrer, além de sentimentos ambivalentes de onipotência e impotência, a cobrança da expectativa de todos os envolvidos e a percepção da própria finitude. O psicólogo deve atuar como facilitador do fluxo dessas emoções e reflexões, detectar os focos de stress e sinalizar as defesas exacerbadas (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Assim como os pacientes hospitalizados, se sentem muitas vezes inúteis, pela perda da

autonomia e privacidade, os profissionais de saúde também carregam consigo frustrações pela perda de um paciente, pelo cansaço físico e emocional, o psicólogo hospitalar deve apresentar suporte a equipe, se necessário realizar encaminhamentos para atendimento psicoterápico.

Os estudos identificados destacam a importância da inclusão do psicólogo nas equipes multidisciplinares que atuam junto ao paciente em estado terminal. Nesse sentido, Domingues *et al.* (2013) afirmam que a atuação da Psicologia Hospitalar dentro da equipe multidisciplinar é imprescindível e perpassa um processo integrado de compreensão dos pacientes em fase terminal e/ou cuidados paliativos. Os autores também chamam a atenção para a diversidade de possibilidades de intervenções realizadas pelo psicólogo hospitalar que podem variar, desde o recebimento da demanda até o acolhimento ao óbito. Vale ressaltar que o trabalho desse profissional é cercado de sensibilidade para lidar com o fim da vida, questão geralmente desconsiderada por outros profissionais. Intervenções como o incentivo ao luto antecipatório são consideradas por Mendes *et al.* (2009) importantes para a aceitação da terminalidade.

O Psicólogo Hospitalar deve dar voz ao paciente e ter uma escuta qualificada criando uma relação de vínculos, evidenciando sua subjetividade, Segundo Hermes e Lamarca (2013), tanto a escuta, quanto o acolhimento, são indispensáveis durante o atendimento psicológico, uma vez que possibilitam compreender a demanda apresentada e criar um vínculo com o paciente. A escuta psicológica na instituição hospitalar também é destacada por Arrais e Mourão (2013) como um diferencial que possibilita aos pacientes envolvidos no processo de terminalidade falar sobre a questão da morte e ainda assimilar o momento a ser vivenciado e enfim aceitarem a terminalidade.

Atuação junto à equipe de saúde a contribuição da psicologia para clarear determinadas manifestações de somatização é decisiva para assegurar seu lugar na equipe de saúde do hospital (ANGERAMI-CAMON, 2003). Nas equipes multidisciplinares das unidades hospitalares, o psicólogo hospitalar é uma figura importante (CAMPOS, 1995), pois as mesmas são constituídas de informações, conhecimentos e técnicas de áreas em um contexto que às vezes não interliga as disciplinas entre si. Nesse sentido, o papel do psicólogo ao agregar-se a uma equipe de saúde é beneficiar o funcionamento interdisciplinar e também facilitar um diálogo entre a equipe (ALMEIDA, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, diante do presente estudo é possível evidenciar a importância do papel do psicólogo hospitalar junto à equipe multiprofissional, o psicólogo hospitalar tem a missão de auxiliar o paciente no processo de adoecimento, objetivando minimizar sofrimentos provocados pela hospitalização.

Possibilitando um ambiente acolhedor em que o paciente possa externar seus conflitos, suas dores, sofrimentos, ansiedades, estresses entre outros sentimentos vividos nesse processo de hospitalização, Promovendo bem estar à família e ao paciente, e ao mesmo tempo auxiliando outros profissionais de saúde no seu fazer profissional. Buscando proporcionar uma comunicação interpessoal entre a tríade, paciente, profissionais de saúde e família. Vale ressaltar ainda que a inserção do psicólogo em uma equipe de saúde visa juntamente somar o saber e o fazer aos demais cuidados, para que se possa promover um amplo suporte ao paciente numa esfera biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, (2000). (apud Oliveira, V, S, E. 2011 texto digital). A Psicologia (no contexto) Hospitalar segundo o Conselho Federal de Psicologia e a literatura atual. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/revise> . Acesso 25 de set. de 2020.
- ALMEIDA, R, A, Malagris L. E. N (2011) texto digital. Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300754&lng=pt&tlng=pt Acesso 15 de set. de 2020.
- ANGERAMI-CAMON, (2003) (apud Oliveira, V, S, E. 2011 texto digital). A Psicologia (no contexto) Hospitalar segundo o Conselho Federal de Psicologia e a literatura atual. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/revise> . Acesso 25 de set. de 2020.
- ANGERAMICAMON, (2003) (apud. Oliveira, V, S, E. 2011 texto digital). A Psicologia (no contexto) Hospitalar segundo o Conselho Federal de Psicologia e a literatura atual. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/revise> . Acesso 25 de set. de 2020.
- Angerami-Camon, V. A (2002) (apud Almeida e Malagris 2015 Texto digital). Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300754&lng=pt&tlng=pt Acesso 25 de set. de 2020.
- ANGERAMI-CAMON, V. A., Trucharte, F. A *et al.* (2006) (apud Almeida e Malagris 2015 Texto digital). Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300754&lng=pt&tlng=pt Acesso 25 de set. de 2020.
- ARRAIS e Mourão (2013) (apud Carvalho e Martins 2015, Texto digital). A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v18n2/v18n2a09.pdf>. Acesso 21 de set. de 2020.
- CAMPOS, (1995) (apud Oliveira, V, S, E. 2011) texto digital). A Psicologia (no contexto) Hospitalar segundo o Conselho Federal de Psicologia e a literatura atual. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/revise> . Acesso 25 de set. de 2020.
- CASTRO e Bornholdt (2004) (apud. Oliveira, V, S, E. 2011 texto digital). A Psicologia (no contexto) Hospitalar segundo o Conselho Federal de Psicologia e a literatura atual. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/revise> . Acesso 25 de set. de 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. (2010). Resolução CFP 013/2007, texto digital. Consolidação das resoluções do título profissional de especialista em psicologia. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf. Acesso 20 de set. de 2020.
- DOMINGUES *et al.* (2013) (apud Carvalho e Martins 2015, Texto digital). A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v18n2/v18n2a09.pdf>. Acesso 21 de set. de 2020.
- FERREIRA, V. S., e Raminelli, O. (2012) (apud Carvalho e Martins 2015, Texto digital). A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. Disponível em: <http://>

pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v18n2/v18n2a09.pdf. Acesso 21 de set. de 2020.

HERMES e Lamarca (2013) (apud Carvalho e Martins 2015, Texto digital). A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v18n2/v18n2a09.pdf>. Acesso 21 de set. de 2020.

MENDES *et al.* (2009) (apud Carvalho e Martins 2015, Texto digital). A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v18n2/v18n2a09.pdf>. Acesso 21 de set. de 2020.

MIYAZAKI, M. C. O. S., Domingos, N. M., *et al.* (Apud. Almeida e Malagris 2015) Texto digital. Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300754&lng=pt&tlng=pt Acesso 25 de set. de 2020.

MOTA E Tal, (2006). (apud Lima e Silva *et al.*, 2019, texto digital). Olhar humanizado na pratica do psicólogo no ambiente hospitalar. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/download/7936/5771>. Acesso 20 de set. de 2020.

SARAFINO (2004) (apud. Almeida e Malagris 2015) texto digital). Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300754&lng=pt&tlng=pt Acesso 15 de set. de 2020.

SIMONETTI, A.(2004) (apud Mosimann e Lustosa, 2011, Texto digital). A Psicologia hospitalar e o hospital. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012. Acesso 20 de set. de 2020.

SPINK (2007) (apud. Oliveira, V, S, E. 2011 texto digital). A Psicologia (no contexto) Hospitalar segundo o Conselho Federal de Psicologia e a literatura atual. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/revise> . Acesso 25 de set. de 2020.

TEIXEIRA (2004) (apud. Almeida e Malagris 2015 texto digital). Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300754&lng=pt&tlng=pt Acesso 15 de set. de 2020.



A estratégia motivacional e a prevenção da Síndrome de Burnout na rotina da empresa

Elisandra Regina Santos

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.5](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.5)

RESUMO

O presente estudo busca abordar dentro da rotina organizacional a importância do material humano para o mundo corporativo e de se trabalhar a estratégia motivacional para valorização dos colaboradores. Neste sentido tem por objetivo discutir a utilização de estratégias motivacionais para a prevenção de intercorrência da Síndrome de Burnout nos trabalhadores contemporâneos. Em razão deste panorama este estudo pretende analisar a questão da motivação em ambientes organizacionais, e demonstrar que a motivação é sim ferramenta de fundamental importância para sobrevivência na atual conjuntura, e que ações com bases em estratégias motivacionais trazem grandes benefícios às empresas e empregados, principalmente para a prevenção da Síndrome de Burnout, que se trata de um processo de esgotamento acentuado, combinado ou não com depressão e perda de interesse pela atividade laboral, e decorre muito em profissões em que se tem um contato mais acirrado e direto com pessoas. Em muitos casos o trabalhador é vítima de assédio moral, e suporta isto para o medo de perder o emprego, o que pode interferir na vida do trabalhador de modo direto, ocasionando graves danos à saúde física e mental. Essas repercussões podem ser do campo psicopatológico, do campo psicossomático e da questão de desenvolvimento de comportamentos. Assim, se faz de extrema importância que a empresa esteja atenta quanto a isto, realizando ações preventivas uma vez que o setor de recursos humanos tem o papel fundamental na prevenção desses casos. Este trabalho utiliza como base metodológica a revisão literária, por meio de busca de aporte teórico nas bibliotecas virtuais para dar o devido fundamento a esta pesquisa.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. material humano. estratégia motivacional. rotina organizacional.

ABSTRACT

This study seeks to address within the organizational routine the importance of human material for the corporate world and to work on a motivational strategy for valuing employees. In this sense, it aims to discuss the use of motivational strategies for the prevention of interoccurrence of the Burnout Syndrome in contemporary workers. Due to this panorama, this article intends to analyze the issue of motivation in organizational environments, and to demonstrate that motivation is indeed a tool of fundamental importance for survival in the current situation, and that actions based on motivational strategies bring great benefits to companies and employees, mainly for the prevention of Burnout Syndrome, which is a process of severe exhaustion, combined or not with depression and loss of interest in the work activity, and takes place a lot in professions where there is a more intense and direct contact with people. In many cases, the worker is the victim of moral harassment, and suffers this for fear of losing his job, which can directly interfere with the worker's life, causing serious damage to physical and mental health. These repercussions can be from the psychopathological field, the psychosomatic field and the issue of behavior development. Thus, it is extremely important for the company to be aware of this, carrying out preventive actions, since the human resources sector plays a fundamental role in preventing these cases. This work uses the literary review as a methodological basis, through the search for theoretical support in virtual libraries to give the proper foundation to this research.

Keywords: Burnout Syndrome. human material. motivational strategy. organizational routine.

INTRODUÇÃO

Hoje apesar de toda tecnologia disponível no mercado, o ser humano ainda é indispensável para realização de várias tarefas e, diferentemente das máquinas que produzem de acordo com sua programação, o fator humano é quem faz a diferença no mundo globalizado e competitivo, por isso há a necessidade de achar um ponto de equilíbrio entre empresas e profissionais para que estes deem o melhor de si.

Então, saber o que afeta este profissional para que sua produção seja excelente, boa ou baixa é de vital importância. Em meio a este cenário surge à busca para resposta de questionamentos de qual seria a motivação para que determinado funcionário trabalhe de forma satisfatória, neste contexto a questão parece simples, mas o ser humano tem aspirações diferentes entre si, e muitas vezes diferentes daquelas propostas pela empresa.

O presente estudo busca abordar a Síndrome de Burnout, que é considerado um distúrbio psíquico de caráter depressivo, onde o paciente apresenta esgotamento físico e mental intenso, estando este quadro patológico intrinsecamente relacionado à vida profissional.

Desta forma, trazer uma solução generalizada seria um erro, o que se pode é identificar determinado erro ocorrido dentro da empresa e distinguir caminhos para uma plausível solução. A problemática levantada é: estratégia motivacional consegue melhorar a intercorrência da síndrome de burnout?

Perante este desafio o que se quer é auxiliar as empresas a aproximar em seu espaço, o que a impede de chegar a resultados aspirados, além de buscar respostas para essas questões, tentar entender por que e como elas ocorrem, e por que apesar de tanta tecnologia e de tantos avanços na área tecnológica não se consegue tirar o melhor proveito disto.

ARCABOUÇO TEÓRICO

Material humano nas organizações

Atualmente em plena era de transformações, onde durante muito tempo acreditou-se e predominou a concepção de que o ser humano era motivado apenas pelo aspecto econômico, observa-se teoria esta que decaiu nos dias atuais. A motivação passa por abertura muitas vezes olvidada pelas empresas, está sim focando muitas vezes apenas nos fatores econômicos e objetivos, deixa de investir em seu pessoal, não entendendo que um está ligado ao outro, pois funcionários motivados produzem mais e melhor, aumentado, assim, a lucratividade.

Perante isto suprimir obstáculos e velhos tabus como a do *“homo economicus”* disseminadas pela teoria clássica da administração, transforma-se em um amplo desafio para o administrador moderno, pois estes precisam desvendar quais são as pretensões de seus colaboradores e também harmonizar as necessidades da organização, impulsionando os indivíduos a darem o seu melhor para o bem comum, este provavelmente é o maior desafio da administração moderna.

De acordo com Maximiano (2014) pode-se dizer que:

Motivação para o trabalho é um estado psicológico de disposição, interesse ou vontade de realizar um a tarefa ou meta. Dizer que uma pessoa está motivada para o trabalho significa dizer que essa pessoa apresenta disposição favorável ou positiva para realizar o trabalho (MAXIMIANO, 2014, p. 269).

O que se pode observar neste conceito, é que motivação pressupõe uma disposição, uma força interna, em busca de um resultado.

Com sua base material na revolução informacional (também chamada de terceira revolução tecnológica), o processo de globalização trouxe profundas alterações no âmbito da produção, nas relações de trabalho, no comércio nacional e internacional, nas finanças, na esfera política e em inúmeros aspectos da vida social (LOJKINE, 2010).

As novas tecnologias de computação e de telecomunicação permitem que os produtos sejam resultado de operações efetivadas em diferentes países e mesmo continentes, vinculadas em tempo real. Tal possibilidade incrementou a capacidade de expansão das empresas multinacionais, dando-lhes agilidade a fim de localizar suas operações nos pontos mais vantajosos sob os aspectos de custo e de mercado.

Por conseguinte, a revolução tecnológica nas telecomunicações e nas operações ultrarrápidas de informação e cálculo potenciou o setor de finanças mais do que qualquer outro. A esse fenômeno agrega-se o acúmulo de somas colossais derivadas da poupança e colocadas à disposição de fundos de pensão, de fundos mútuos de investimento e de companhias de seguro.

O processo de globalização e a revolução tecnológica provocaram alterações de grande envergadura nas condições em que atuam as organizações empresariais.

Fatores da motivação humana

A propagação da discussão sobre a motivação, talvez porque essa seja uma das grandes dificuldades das empresas que estão no mercado, manter seu grupo motivado e focado no objetivo da organização, mas não se trata de uma questão simples de se resolver, às aspirações humanas parecem não cessar e o que hoje os motiva amanhã já não é importante.

A princípio o homem era motivado pela simples questão da sobrevivência, onde em tempos primitivos reinava a lei da selva e o mais forte sobrevivia. Com a evolução do homem e da sociedade agregaram-se cada vez mais valores as estas necessidades, tornando-as mais complexas, talvez tal lei ainda seja válida para dias atuais, mas a simples necessidade de sobrevivência já não é mais o único fator motivacional, e se torna agora uma questão prioritária para as organizações.

Segundo Herzberg (2015, p. 145):

“Nos anos 90, as melhores empresas começaram a perceber que as mudanças em sistemas tecnológicos resultam em ganhos de produtividade só quando estão conjugadas a mudanças no modo de administrar o comportamento organizacional”.

Isto mostra que apenas o uso de avançadas técnicas tecnológicas não é capaz de aumentar significativamente uma produção, sem que haja uma mudança no comportamento da organização, ou seja, conjugar tecnologia com motivação.

De acordo com Davis e Newstrong, (2015) seguindo a teoria de Maslow: considera que as necessidades fisiológicas, ou seja, as básicas como fome, sede, sexo, devem ser satisfeitas

antes de se passar para as necessidades de segurança que seria uma casa, um emprego, amigos, estima entre outras formas mais elaboradas, assim, sucessivamente até a autorrealização.

Nesta concepção o ser humano apresenta cinco planos básicos para sua vida, sobrevivência, proteção, relacionamento, autoestima e autorrealização. No campo da psicologia a motivação é aquilo que move o indivíduo assim descrito por

Influenciado por Maslow, o também psicólogo Frederick Herzberg (ROBBINS, 2015, p.134) desenvolveu a Teoria de Dois Fatores, conhecida também como teoria da Higiene-Motivação. Nestes trabalhos, voltados diretamente para as organizações, Herzberg acreditava que as relações entre pessoas e trabalho são básicas, e que o oposto de satisfação é a não-satisfação e o de insatisfeito seria não-insatisfeito, com isso ele tenta provar que um empregador que procura eliminar fatores de insatisfação no trabalho pode conseguir um equilíbrio interno, mas não a motivação de seus empregados.

Desta forma, a motivação é uma ferramenta poderosa para realização de dos objetivos fundamentais dentro de uma empresa e por isto é uma qualidade essencial que deve ser aprendida e praticada. Por esta razão, deve-se focar em desenvolver estratégias motivacionais, tanto em nossas atividades pessoais como em nossa carreira profissional.

O mundo da administração passou recentemente por mudanças constantes e hoje se sabe muito mais sobre como organizações complexas podem ser gerenciadas com eficácia. Neste contexto, a motivação é provavelmente parte integrante deste processo; é uma condição essencial e necessária para alcançar os objetivos de trabalho e organizacionais. Portanto, muitos cientistas e pesquisadores enfatizaram a importância de reconhecer esse fenômeno por anos. (DAVIS E NEWSTRONG, 2015)

Vale ressaltar que o novo desenvolvimento da gestão e planejamento organizacional tem se mostrado importante do ponto de vista da motivação e eficiência organizacional. Muito mais foi aprendido nas áreas de gestão e organização do que no conhecimento básico de motivação. Isso não é surpreendente porque a motivação vem sendo estudada há décadas e o comportamento das pessoas nas organizações não tem apresentado muitas mudanças. (DAVIS E NEWSTRONG, 2015)

Lawler (2014) considera a motivação um fator crítico na estrutura organizacional; portanto, é necessário considerar quais arranjos organizacionais e práticas de gestão são aceitáveis, a fim de evitar sua influência no comportamento individual e organizacional. Para ele, é preciso entender a teoria da motivação para pensar analiticamente sobre todos os padrões de comportamento nas organizações.

Nesse contexto, é importante esclarecer que a tarefa da gestão não é motivar as pessoas que trabalham na organização. Embora isso seja impossível, visto que a motivação é um processo interno; íntimo de cada pessoa. No entanto, a organização pode e deve criar um ambiente motivador onde as pessoas devem se esforçar para satisfazer suas necessidades. (DAVIS E NEWSTRONG, 2015)

Segundo Lawler (2014), a ilusão que envolve a discussão sobre a motivação espalhou rapidamente devido à confusão entre o fator necessidade e o fator satisfação. Essa tendência falha de perceber o assunto levou a conclusões incorretas sobre a motivação e o comportamento

humano.

Portanto, se fatores de satisfação tais como questões básicas do tipo alimentação, segurança são vistos como necessidades, é muito mais fácil reconhecer a origem das necessidades do ambiente. Se esses fatores forem erroneamente identificados como motivadores, também é fácil acreditar que os motivadores possam vir de forma equivocada. Uma consequência natural dessas crenças é, portanto, a falsa suposição de que uma pessoa pode motivar outra.

A síndrome de Burnout e o estresse ocupacional

O termo Burnout é oriundo da língua inglesa e pode significar queimar-se ou destruir-se, e este nome foi dado a esta doença, porque nela o paciente é consumido ou destruído pelo próprio trabalho. Isto ocorre em razão de uma forte reação tensional tanto psicológica quanto emocional, que acarreta um intenso desgaste físico provocados por acontecimentos ou sentimentos desenvolvidos no ambiente profissional. (SALUME, 2017)

O Burnout é a Síndrome de Esgotamento Profissional, e pode ser definida como problemas pertinentes à organização de seu modo de vida. Esta doença ataca especialmente pessoas que trabalham em funções com maior contato com pessoas tais como: equipes de saúde, serviços prisionais, assistentes sociais, funcionários públicos, professores, etc. (MOURA, 2020).

Em meados da década de 90 a síndrome de Burnout foi considerada uma doença ocupacional através da legislação trabalhista brasileira, com base no Decreto no 3.048, de 1996, que regula a Previdência Social e caracteriza a síndrome como agente patogênico que acarretam doenças ocupacionais, conforme previsto no artigo 20 da Lei no 8.213/91. (MOURA, 2020)

Há autores que sustentam haver uma diferença entre o estresse ocupacional e a síndrome de Burnout, entretanto ambas se referem a uma intensa exaustão emocional, sendo desta forma manifestações de tensão no trabalho ocasionadas por diversos fatores. De acordo com a medicina, o estresse é uma reação fisiológica de desgaste de adaptação do organismo ocorrida em seu ambiente de trabalho. (SALUME, 2017)

Apesar de natural a vida humana, a tolerância ao estresse deve ser trabalhada constantemente para não ocasionar outros problemas, tal como a Síndrome de Burnout. O estresse ocupacional é desta forma decorrente do desgaste do organismo humano e/ou diminuição da capacidade laboral, que por si só, não é capaz de ocasionar uma enfermidade orgânica ou causar uma disfunção expressiva na vida do indivíduo. (SALUME, 2017)

Embora exista uma semelhança muito grande entre o estresse e a Síndrome de Burnout, nota-se pontos que diferenciam um do outro, por exemplo, no estresse a pessoa adota uma postura de sobrecarga de compromisso, e começa a manifestar crises de pânico, com as emoções acentuadas minando assim com a sua energia, já no Burnout o profissional apresenta um descompromisso emocional, um distanciamento das pessoas, uma forte falta de empatia com clientes/pacientes/usuários, além de manifestar uma paranoia ou mania de perseguição que são retornos crônicos ao estresse laboral. (SALUME, 2017)

Acerca dos sintomas, a Síndrome de Burnout se manifesta por nervosismo, sofrimentos psicológicos e problemas físicos, como dor de barriga, cansaço excessivo e tonturas, além disto o paciente apresenta estresse e a falta de vontade de sair da cama e até mesmo de casa, sendo

estas manifestações constantes, indicam o início da doença. (BASTOS, 2014)

Também entre os sintomas da Síndrome de Burnout pode-se destacar o cansaço excessivo, físico e mental, dores de cabeça frequentes, alterações no apetite podendo ser falta deste ou excesso, insônia, dificuldades de concentração, sentimentos recorrentes de fracasso e insegurança e uma extrema negatividade.

Além disto o paciente apresenta sensação de derrota e desesperança, sensação de incapacidade e de incompetência, alterações repentinas de humor, necessidade de isolamento, fadiga, pressão alta, dores musculares, apresenta distúrbios gastrointestinais, alteração da frequência cardíaca. Sendo que em regra tais sintomas podem surgir de maneira mais leve e ir agravando com o tempo. Isto leva as pessoas a acreditarem que é uma doença ou um sintoma passageiro. (SALUME, 2017)

O diagnóstico da síndrome de burnout é feito por um especialista após a uma análise minuciosa do paciente, sendo que o psiquiatra e o psicólogo são os profissionais de saúde capacitados para identificar o problema e determinar a melhor conduta de tratamento, ressaltando que este é um grande problema, o paciente não aderir o tratamento ou mesmo não procuram, dependendo do caso ajuda médica porque não sabem ou não conseguem reconhecer os sintomas, e muitas vezes negligenciam a situação, sem saber que algo mais grave pode acontecer. (MOURA, 2020).

Destaca-se que amigos próximos e familiares podem ser bons pontos de partida para ajudar a pessoa a identificar os sinais de que precisa de ajuda. Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pode oferecer tratamento integral e gratuito, do diagnóstico ao tratamento medicamentoso, os locais mais adequados são os centros de apoio psicossocial, um dos serviços que compõem a RAPS. (BASTOS, 2014)

O tratamento da Síndrome de Burnout se dá através da psicoterapia, e em alguns casos pode exigir a utilização de medicamentos como antidepressivos e também de ansiolíticos. O tratamento dura em regra de um a três meses, entretanto, este prazo é muito peculiar e varia de acordo com cada caso, podendo se estender por mais tempo. É imprescindível uma mudança efetiva nas condições de trabalho e, principalmente nos hábitos e estilos de vida. (CORADI, 2015)

Deve-se adotar a prática das atividades físicas regulares e exercícios de relaxamento na busca de se minimizar o estresse e controlar os sintomas da doença. Após o diagnóstico médico, em grande parte das vezes é orientado ao paciente se desligar por um tempo do trabalho, como por exemplo tirar férias, para ficar longe do ambiente estressor e neste período desenvolver práticas que tragam tranquilidade e prazer, como lazer com amigos íntimos, familiares, etc. (BASTOS, 2014)

Os sinais de que o paciente com síndrome de burnout piorou ocorrem quando o paciente não faz o tratamento adequado, com isso, os sintomas pioram e começa a surgir uma perda completa da motivação relacionados a outros sintomas. Em casos muito graves, o paciente pode requerer até mesmo a hospitalização a fim de que se faça uma avaliação detalhada e possivelmente outras intervenções médicas. (BASTOS, 2014)

Por fim, a melhor maneira de prevenir a síndrome de burnout é por meio de estratégias

que reduzem o estresse e a pressão no trabalho. O comportamento saudável previne o desenvolvimento da doença e ajuda a tratar os sinais e sintomas precocemente. As condutas para prevenir o burnout são: Estabeleça pequenas metas em seu trabalho e vida pessoal. Participe de atividades recreativas com amigos e familiares. Faça atividades que o tirem da rotina. Evite o contato com pessoas “negativas”, principalmente aquelas que reclamam do trabalho ou de outras pessoas. Converse com alguém em quem você confia. O que você sente. Faça atividade física regularmente. Evite consumir bebidas alcoólicas, tabaco ou outras drogas, pois isso só piorará sua confusão mental. Não se trate ou tome medicamentos sem receita médica.

METODOLOGIA

O estudo tem como objetivo verificar a importância das estratégias motivacionais para a prevenção da síndrome de Burnout. Desta forma foram utilizadas as bases de dados Pubmed e SciELO, buscando-se os seguintes descritores: Síndrome de Burnout, material humano, estratégia motivacional, rotina organizacional.

Utilizou-se como critérios de inclusão artigos publicados nos seguintes idiomas: português que se tratasse de publicações feitas a partir do ano de 2012, que abarcassem o tema delimitado. Já como critério de exclusão utilizou-se artigos publicados fora deste lapso temporal, e publicações que não tratassem do tema escolhido.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na análise dos resultados encontrados na pesquisa feita para desenvolver este artigo encontrou-se os resultados que confirmam a grande incidência da Síndrome de Burnout dentro da realidade organizacional contemporânea. Esta incidência está cada vez mais comum. O âmbito trabalhista pode acarretar várias complicações aos colaboradores que a sofrem, os sintomas são diversificados, e podem variar conforme a intensidade e duração das causas que originaram a doença.

Além de afetar a saúde do trabalhador que sofre tal ato, situações de desmotivação, assédio moral, sobrecarga de trabalho, desvalorização, faz com que a dignidade do colaborador seja prejudicada, podendo afetar assim, qualquer relação extra laboral.

Se ignorar os problemas relacionados aos colaboradores é uma grande e visível ameaça às relações profissionais, e acaba por ser uma das maiores formas de violência nas relações organizacionais. É importante ressaltar que os colaboradores adoecem muito rápido e a passos frequentes, e em quadros em que já estão doentes, muitas vezes são considerados como funcionários ruins em razão da baixa produtividade, ou mesmo dificuldade de concentração, o que leva a uma perda de qualificação profissional, dispensas e até mesmo o desemprego resultante de uma situação ocorrida dentro do ambiente organizacional.

A consequência econômica é bem preocupante, não sendo limitado à vida do colaborador, porém tem reflexos na produtividade, no qual atinge também a classe social de uma maneira geral, a Previdência Social fica sobrecarregada visto que, de alguns tempos para cá, o índice de colaboradores com Síndrome de Burnout, requerem afastamento e gozam dos benefícios previdenciários.

Geralmente ninguém, nem os próprios colaboradores sabem que estão doentes, pois muitas das vezes o isolamento é a medida aderida pela por eles, anulando-se no meio social. Tal dano é sentido tanto de forma física como também de forma psicológica. A síndrome de burnout pode provocar o estresse grave, perda de autoestima, irritabilidade, ansiedade, depressão, apatia, perturbações de memória, perturbações de sono, problemas digestivos, uso excessivo de álcool, drogas, consumo de grande quantidade de medicamentos ou até mesmo a condução ao suicídio.

Por fim, resta salientar que os motivos básicos que levam a pessoa com Síndrome de Burnout a sentir vontade de se retirar de seu ambiente de trabalho e mesmo do convívio social, tem como principais características a depressão, o desanimo, o cansaço extremo, sentimento de incapacidade, fracasso, gerando assim, o isolamento social. Tudo ao seu redor passa a ser visto como grande ameaça e tortura, pois acreditam que são incapazes, fracos, covardes irresponsáveis a execução de suas tarefas em suas funções de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Restou demonstrado neste estudo que a Síndrome de Burnout está cada vez mais comum nos ambientes organizacionais, e deve ser levado em consideração pelas empresas, com a finalidade de que possam fazer suas adaptações em sua forma de tratamento, desta forma, propõem-se através deste estudo a busca e implementação de estratégias motivacionais para melhorar a relação entre gestores e colaboradores.

O ambiente de trabalho, a sobrecarga de serviço, a desvalorização, o assédio moral, são os principais responsáveis pelo surgimento da Síndrome de Burnout e os danos causados ao colaborador, pois são situações que se originam dentro do ambiente de trabalho, no interior das empresas e, portanto, no campo de responsabilidade dos gestores.

Grande parte das vezes o colaborador só reconhece e compreende que está doente, já quando sua saúde psicoemocional e até física está bem comprometida.

Tratando um pouco sobre as metas, o trabalho atendeu ao objetivo que se propôs e respondeu a sua problemática, trabalhou com homogeneidade temática, seus objetivos específicos, geral e em questões norteadoras foram atendidos.

Ademais é necessário instar, que ficou evidentemente demonstrado que qualquer colaborador pode sofrer danos emocionais psicológicos tão subjetivos que podem até mesmo não ser reconhecidos de imediato, o que causa danos não somente àquele que está doente, mas também a todos do ambiente de trabalho propriamente dito, visto que acaba por se criar um ambiente anormal, onde os demais colaboradores vão perdendo o ânimo para trabalhar.

A motivação passa por caminhos muitas vezes esquecidos pelas organizações que por mero descaso ou negligência esquece de investir em seu potencial humano deixando escapar talentos ou suprimindo outros, mas verificamos que muitas empresas já estão mudando talvez percebendo o erro que estavam cometendo buscam novos caminhos e soluções, contudo verifica-se que ainda há muitas barreiras a serem quebradas por partes de empresas e profissionais.

Por fim, um clima de satisfação é responsabilidade do gestor e do colaborador, ressaltando que os gestores têm uma responsabilidade maior, pois está nas mãos deles a interação dentro dessa cadeia. Uma liderança eficaz hoje é a que trabalha para o desenvolvimento de seu grupo, com o papel de facilitador implantando um espírito de ajuda mútua dando a seus liderados desafios a altura de suas motivações, é preciso fazer com que cada indivíduo se sinta engajado na missão da empresa e que saiba da importância de seu trabalho para o desenvolvimento da organização.

Esta é uma realidade de mercado, e a busca por novas técnicas de gestão de pessoas deve ser uma constante para empresas, pois não só a tecnologia avança rápido, mas também o potencial do ser humano e aqueles que souberem aproveitar todo esse desenvolvimento unindo tecnologia e desenvolvimento humano sairá na frente.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt *et al.* Conceito e Perspectivas de Estudo das Organizações in: Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil, cap.2, Porto Alegre: Artmed, 2014.

CORADI, Carlos Daniel. O Comportamento Humano em Administração de Empresas. São Paulo: Pioneira, 2015.

DAVIS, Keith e NEWSTROM, John W. Comportamento Humano no Trabalho: Uma Abordagem Psicológica. São Paulo: Pioneira, 2015.

LAWLER, Edward E. Motivação nas organizações de trabalho. In BERGAMINI, Cecília W. e CODA, Roberto. Psicodinâmica da vida organizacional: Motivação e Liderança. 22ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.

HERZBERG, Frederick. Novamente: como se faz para motivar funcionários? In BERGAMINI, Cecília W. e CODA, Roberto. Psicodinâmica da vida organizacional: Motivação e Liderança. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

ROBBINS, Stephen. Comportamento Organizacional. 22 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2015.

MAXIMIANO, Antonio. Introdução à Administração, 16 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MOURA, Eduardo C. Pesquisa: Burnout durante a pandemia. Rev. PEBMED, 2020. Disponível em: <https://pebmed.com.br/como-evitar-ter-o-burnout-atuando-na-linha-de-frente-da-pandemia-de-covid-19-podcast/>. Acesso em: 10 maio 2022.

ROBBINS, Stephen. Comportamento Organizacional. 21 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2015.

SALUME, Flaviane Vasconcelos. Stress e Síndrome de Burnout no trabalho. Trabalho apresentado na Universidade Vale do Rio Doce -UNIVALE, na faculdade de Ciências Humanas e Sociais, no curso de Psicologia, orientado por Omar Ferreira, 2017.

SCHERMERHORN JÚNIOR, John R., HUNT, James G. e OSBORN, Richard. N. Fundamentos de comportamento organizacional. 12ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2019.



**A relevância do processo de ações
compromissadas na Terapia de
Aceitação e Compromisso**

**The relevance in the process of
commitment actions in the Acceptance
and Commitment Therapy**

Isadora Maria Bertan

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.6](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.6)

RESUMO

A Terapia de Aceitação e Compromisso tem como premissa proporcionar a flexibilidade psicológica no sujeito a partir da análise de eventos encobertos, observando os comportamentos humanos. Dentro da ACT encontramos o hexágono da flexibilidade, que propõe seis processos necessários para o desenvolvimento dessas habilidades comportamentais, e entre eles, se encontram as ações compromissadas, responsáveis pelo engajamento do sujeito acerca da realização de valores, a fim de propiciar dia a dia opções de comportamento flexíveis e pautadas em compromissos que são valiosos para o sujeito. Posto isso, o presente estudo pretende discutir acerca da importância das ações compromissadas dentro do hexaflex e ao longo da psicoterapia, além de perceber a relevância do processo na evolução do tratamento psicoterapêutico do sujeito. Ao longo da análise, pode-se perceber a importância da compreensão da ação compromissada como um evento que não é necessariamente consistente, e que apesar de ser projetado no futuro, acontece no aqui e no agora, e por isso, deve ser pautado nessa aceitação.

Palavras-chave: ações. compromisso. terapia.

ABSTRACT

Acceptance and Commitment Therapy is premised on providing psychological flexibility in the subject based on the analysis of covert events, observing human behavior. Within the ACT we find the hexagon of flexibility, which proposes six processes necessary for the development of these behavioral skills, and among them are the committed actions, responsible for the subject's engagement about the realization of values, in order to provide day-to-day flexible behavior options based on commitments that are valuable to the subject. That said, this study intends to discuss the importance of committed actions within the hexaflex and throughout psychotherapy, in addition to perceiving the relevance of the process in the evolution of the subject's psychotherapeutic treatment. Throughout the analysis, one can perceive the importance of understanding the committed action as an event that is not necessarily consistent, and that despite being projected into the future, it happens in the here and now, and therefore, it must be based on this acceptance.

Keywords: actions. commitment. therapy.

RESUMEN

La Terapia de Aceptación y Compromiso tiene como premisa brindar flexibilidad psicológica en el sujeto a partir del análisis de eventos encubiertos, observando el comportamiento humano. Dentro de la ACT encontramos el hexágono de la flexibilidad, que propone seis procesos necesarios para el desarrollo de estas habilidades conductuales, y entre ellos se encuentran las acciones comprometidas, responsables del compromiso del sujeto sobre la realización de los valores, con el fin de facilitar el día a día. opciones flexibles de comportamiento del día basadas en compromisos que son valiosos para el sujeto. Dicho esto, este estudio pretende discutir la importancia de las acciones comprometidas dentro del hexaflex ya lo largo de la psicoterapia, además de percibir la relevancia del proceso en la evolución del tratamiento psicoterapêutico del sujeto. A lo largo del análisis, se puede percibir la importancia de entender la acción comprometida como un evento que no necesariamente es consistente, y que a pesar de ser proyectado hacia el futuro, sucede en el aquí y ahora, y por lo tanto, debe partir de esta aceptación.

Palabras clave: acciones. compromiso. terapia.

INTRODUÇÃO

A Terapia de Aceitação e Compromisso foi criada por Steven Hayes em 1987, e é considerada uma Terapia Comportamental Contextual de terceira geração, baseada na Teoria das Molduras Relacionais, que propõe uma análise da linguagem humana. O principal objetivo dessa psicoterapia comportamental é proporcionar flexibilidade psicológica, que significa aceitar os eventos encobertos e direcionar as ações do indivíduo a serviço de uma vida mais significativa (SABAN, 2015). Ela é baseada em princípios comportamentais – de uma forma profunda, ou seja, ela correlaciona as raízes do behaviorismo, da análise do comportamento e da filosofia contextual funcional, tendo como um objetivo final o desenvolvimento de padrões comportamento que sejam efetivos para o sujeito, de uma forma em que o mesmo considere e tome ações que façam com que a sua vida seja valorosa. Não menos importante, a sigla ACT – que inglês significa agir, é sempre pronunciada como uma palavra, a fim de lembrar a necessidade de encorajamento e envolvimento com a vida que a abordagem trás. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

O modelo proposto pela Terapia de Aceitação e Compromisso é baseado na exposição e não pretende eliminar nenhum evento encoberto, mas sim, propiciar que sejam vivenciados como o que de fato são. Essa ação tem como objetivo treinar a capacidade de vivenciar um evento privado negativo tão bem quanto se vivencia um positivo, a partir da mudança de contexto do sujeito, juntamente com o esclarecimento de valores e o planejamento e execução de comportamentos compromissados em direção a eles, a partir da flexibilidade psicológica do sujeito e dos processos clínicos presentes no hexágono da flexibilidade. (SABAN, 2015). No que tange a flexibilidade psicológica, ela é caracterizada segundo Guedes (2017) pelo discernimento da presença de contextos que são desconfortáveis e que habitam uma esfera privada do ser, tendo em vista a propensão à maleabilidade de acessá-las. Para que esse movimento seja possível, é necessário desprender padrões que caracterizem esquiva ou controle, e isso possibilitará a modificação dessas experiências.

É fato que o sofrimento psicológico agrega um valor básico na vida humana, podendo ser expresso por dependentes, deprimidos, estressados, autodestrutivos, excessivamente estressados etc. Além desse sofrimento em si, o indivíduo também tem uma capacidade de gerar sofrimento para além de si, infligindo essas sensações a outros seres humanos, seja na forma de discriminação, preconceito ou estigmas. É perceptível a dificuldade inerente que o ser humano tem de sentir compaixão por si próprio e pelo próximo. Não é raro que a partir dessa variedade de comportamentos e sintomas considerados anormais perante a etiologia e semiologia das doenças, os seres humanos recebam rótulos. Ainda assim, a psicoterapia tende a abordar assuntos que vão além dos rótulos que mascaram o real significado que o comportamento e o ambiente desempenham na saúde mental e física do sujeito. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

Dessa forma, a criação e eventual desempenho de estratégias que visem a mudança comportamental do sujeito, dando a possibilidade de experienciar verdadeiramente as sensações – sendo elas afáveis ou não, caracterizam um dos pilares da Terapia de Aceitação e Compromisso: as ações de compromisso. (GUEDES, 2017) Em relação ao hexágono da flexibilidade psicológica - proposto pela terapia de Aceitação e Compromisso, o mesmo se caracteriza como um modelo de funcionamento unificado onde são propostas seis características que são consideradas responsáveis pela adaptabilidade ou não humana. A aceitação, a desfusão e o self como contexto – considerados processos de *mindfulness* e aceitação, e o momento presente, os

valores e as ações de compromisso – considerados processo de compromisso e ativação comportamental. É válido ressaltar que todos esses processos influenciam uns aos outros. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

Posto isso, esse estudo propõe-se a refletir acerca da reflexão que gira em torno do sofrimento como parte normal do estado humano, dando ênfase as ações de compromisso proposta pelo hexágono da flexibilidade, perpassando pela compreensão da existência de eventos aversivos internos, e considerando a importância da flexibilidade e disponibilidade psicológica do indivíduo de reaver padrões de comportamento considerados por ele como intoleráveis ou prejudiciais em relação a uma vida mais ampla e que valha a pena ser vivida.

MÉTODOS

Levou-se em consideração a utilização da pesquisa descritiva para a realização do estudo, a partir da pesquisa bibliográfica dos criadores da Terapia de Aceitação e Compromisso – Heyes, Strosahl, Wilson e Saban, além de autores complementares, a fim de compreender aspectos teóricos e práticos que envolvem um dos seis escopos do hexágono da flexibilidade: as ações de compromisso, perpassando pela visão geral do termo, além das definições dos objetivos, processos e exposição prática a fim compreender as possibilidades de treinamento de habilidades e manejo de contingências clínicas possíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etimologia da palavra ação vem do latim *actios* - sendo caracterizada pelo movimento em que o indivíduo se porta, e a palavra compromisso vem do latim *compromittere* – sendo caracterizada pela promessa mútua em relação a um evento específico. Então, a união dos dois significados pode ser caracterizada pela constante manifestação de comportamentos que engajem um valor (AÇÃO, 2023; COMPROMISSO, 2023).

A fragmentação dessas palavras pode ser associada ao lado direito do hexaflex, sendo designado pela ênfase no desenvolvimento e aprimoramento em processos que visem a atenção e eventual modificação de comportamentos, e tem como uma das metas a ação de compromisso, que seria caracterizada pelo discernimento do ser em relação a compreensão de ações de cunho diretivo a fim de modificar a qualidade de vida. (SOUSA E FARIAS, 2014). Barbosa e Murta (2014) afirmam que ao pensar sobre a meta final da ACT – que seria caracterizada pelo entendimento do comportamento em função dos valores, pode-se compreender que o compromisso perante essa ação indicará o caminho que será percorrido.

O propósito da ação com compromisso está na ampla modificação dos contextos que mantém os problemas, deixando de lado a mudança do conteúdo em específico. Essa reflexão torna-se dialética no sentido de compreender o compromisso com a mudança e a aceitação das coisas como são. (CORDOVA E KOHLENBERG, 1994; *apud* SOUSA E FARIAS, 2014). Ou seja, assumir esse compromisso de ação significa estabelecer e concretizar metas em sentido a modificação, sempre levando em consideração os valores do indivíduo. Então, cabe ao mesmo a experiência de se expor às contingências após vivenciar os eventos privados – que podem ser agradáveis ou desagradáveis (COSTA E SOARES, 2015).

Pensando nisso, é possível associar a prática clínica à responsabilidade pelos próprios atos de maneira efetiva e presente, a partir da programação de metas objetivas a curto, médio e longo prazo, os quais caracterizam padrões comportamentais encontrados na ação comprometida. Além disso, é importante observar padrões que condizem com a impulsividade, evitação presente e inação, a fim de associá-los a falta de sentido e eventual inflexibilidade. (HAYES *et al.*, 2011 *apud* BARBOSA E MURTA, 2014).

É importante salientar que a aceitação e os valores caminham juntos, e durante esse processo, é natural que barreiras sejam criadas pela consequência do contato com eventos aversivos internos, visto que o indivíduo acessa questões passadas nas quais houve fracasso, e normalmente, tais eventos são associados a barreiras psicológicas ou externas, sendo caracterizadas principalmente pelo trauma, dor e vitimização. O trabalho com o perdão e a autoaceitação são essenciais para o comprometimento do aluno-terapeuta com ações de compromisso – que se dão na forma de uma construção diária, desassociando o controle total ou parcial de eventos encobertos (SABAN, 2015).

Para visualizar de modo prático, a Terapia de Aceitação e Compromisso utilizada metáforas que tem como objetivo fazer comparações por meio de figuras de linguagem, a fim de ilustrar e fixar de uma maneira diferente um determinado conteúdo. Pensando nisso, Saban (2015) compara a metáfora de *Joe-Bum* aos eventos privados desagradáveis na vida do ser, e estiga o leitor a refletir sobre a possibilidade de não mascarar tais sensações, a fim de abrir caminho a uma aceitação comprometida a respeito da existência deles, levando em consideração que não é necessário abraçá-los, mas sim, recebê-los. Esse pensamento pode ser associado ao cotidiano clínico-acadêmico, dando a possibilidade de trilhar uma vida onde haverá ações de compromisso, sempre levando em consideração a existência de tais eventos indesejáveis, e compreendendo que esse caminho é caracterizado pela persistência aos obstáculos – mesmo após tomar uma direção. Esse processo vai além do ambiente terapêutico, e o intuito final é de que haja uma independência acerca da transformação de comportamentos e a eventual garantia dos mesmos.

Já a metáfora da *Bolha no Caminho*, Hayes, Strosahl e Wilson (2021) refletem de maneira imaginativa a respeito das barreiras cotidianas presentes na vida sujeito, correlacionando esses empecilhos à sentimentos, lembranças, traumas, medos, emoções etc. que fazem parte da bagagem de eventos internos e intrínsecos. De certa forma, essa reflexão abre caminho para a possibilidade de aceitação em seguir em frente, mesmo que esse conglomerado de eventos aversivos se faça presente no interior do indivíduo. A disponibilidade de olhar para esses contextos cria uma realidade onde a empatia se faz presente em relação ao que pode afligir o ser.

A etimologia da palavra intrínseco vem do latim *intrinsicus*, e isso significa algo que está localizado no interior, e que é característico e próprio de alguém. Esse conceito pode ser relacionado aos eventos internos inerentes ao sujeito, e ao mesmo tempo, à disponibilidade de agir em prol da flexibilização psicológica de tais contextos únicos e individuais, a fim de desconstruí-los e reorganizá-los. Essa ação de organização de eventos internos, seguida de estratégias de engajamento individual a fim de conquistas situações específicas, pode ser diretamente relacionado com o conceito de ação comprometida. (INTRÍNSECO; 2023)

Em relação ao compromisso proposto, é importante refletir sobre o fato de essa ação não ser direcionada objetivamente para o futuro, mas sim, ser sobre um ato que é situado em

um determinado contexto que tem forças internas e externas. É fato que o compromisso está relacionado a expressão dos valores pessoais do sujeito, e por isso, tal ação é percebida em atos particulares em momentos particulares. Levando em consideração que as ações de compromisso são baseadas em valores, pode-se afirmar que elas são concebidas para incorporar valores particulares, sendo reforçadas intrinsecamente. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

Então, quando o sujeito decide manter um compromisso, ele inclina-se à exercer um comportamento constante e consistente onde os valores são levados em consideração a fim de expandir e ampliar o seu repertório de comportamentos e possibilidades. Apesar disso, é válido ressaltar que as ações de compromisso não podem ser vistas como promessas, ou seja, apesar de elas se estenderem até o futuro, de fato, elas acontecem no aqui e no agora, a partir de cada ação do sujeito para a realização de uma atribuição. Em suma, a ação de compromisso é uma escolha que o sujeito faz intencionalmente, de uma forma única e particular. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

No que tange os objetivos que fazem parte do processo das ações de compromisso - onde o processo se transforma nos objetivos, é importante refletir acerca do fato da felicidade resultante em atingir os pontos propostos, já que viver em prol dessa variável seria o mesmo que viver em um mundo o que é realmente importante e valioso está frequentemente ausente, e a única presença está proposta na esperança de que esse contexto irá chegar um dia. Pensando nisso, o que o sujeito mais almeja nunca está efetivamente presente, e embora essa privação possa resultar em ações direcionadas e motivação, há também a possibilidade de anular os sentimentos de vitalidade presentes no dia a dia. Posto isso, é válido manter-se atento a fim de usar os objetivos como um meio de se engajar no processo de mudança, sem deixar que essa variável se torne fusionada ou passível de esquiva. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

Desse modo, o treinamento de habilidades torna-se o braço direito da Terapia de Aceitação e Compromisso. Essa habilidade permite que o sujeito veja os problemas não como forças invisíveis, mas sim como déficits nas habilidades. Para integrar tais aptidões no cotidiano do sujeito, as tarefas de casa se tornam maneiras práticas de exercitar essa integração, já que esse componente é usado para ativar os obstáculos e barreiras do sujeito, para que ele aprenda as habilidades que são necessárias em cada contexto de uma maneira natural. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

Por fim, é importante perceber a capacidade que o sujeito constrói, dia após dia, ao lidar de maneira flexível dos pequenos e grandes atos de compromisso, seja aceitando emoções, lembranças ou pensamentos que são considerados dolorosos – e isso inclui também a dor de eventualmente não conseguir manter os compromissos e compreender que a evolução é inconsistente. Então, esses sinais de progresso ficarão visíveis quando houver uma expansão de comportamentos direcionados a ações compromissadas associado a flexibilidade de lidar com as implicações cotidianas. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da ação compromissada, pretende-se engajar os valores do indivíduo afim de transformá-los em ações práticas cotidianas, sempre visando a genuinidade para que não ocorra a perda do foco diante do objetivo proposto. Durante esse movimento, é papel do terapeuta respeitar a abertura do paciente para a mudança, que progredirá de maneira diretiva a manutenção dos valores por si só, sempre salientando a importância dessa ação para além da terapia. (SABAN, 2015)

Percebe-se que ao longo do desenvolvimento de planos de ação compromissada, é necessário encorajar o sujeito a somar pequenos resultados positivos em relação as ações realizadas, a fim de valorizar os pequenos passos que estão sendo dados de forma consciente – sendo que essa ação se torna mais relevante do que vibrar em atos heroicos e inconsistentes. É importante enfatizar que as ações do sujeito serão passos dados na direção que é considerada certa para ele. Com isso, o objetivo concentra-se em aumentar a probabilidade de construir, ampliar e modificar padrões de comportamento engajados nas ações de compromisso. (HAYES, STROSAHL E WILSON, 2021)

O sofrimento psicológico faz parte do ser humano, mas adotar uma postura receptiva em relação a essas emoções, sentimentos e pensamentos aversivos pode abrir caminhos para uma vida que vale a pena viver – uma vida de disponibilidade e flexibilidade. A partir da ampliação desse repertório de comportamentos, espera-se que o sujeito viva a vida para além do sofrimento, sem fugir ou se esquivar dele, mas sim, abrindo espaço para o acolhimento e empatia a partir dessas adversidades. Esse passo torna-se essencial para a criação de valores e, posteriormente, ações compromissadas, que visarão formas de materializar os desejos e vontades do indivíduo, levando em consideração a não linearidade da vida.

REFERÊNCIAS

AÇÃO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/acao/>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2023.

BARBOSA, Leonardo Martins; MURTA, Sheila Giardini. Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 16, n. 3, p. 34-49, 2014.

COMPROMISSO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/compromisso/>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2023.

COSTA, R. S.; SOARES, M. R. Z. Terapia de Aceitação e Compromisso: o sofrimento psicológico em um caso clínico. Londrina: Psicologia, Teoria e Prática. 2005.

GUEDES, P. A. Intervenção intensiva para o desenvolvimento de flexibilidade psicológica. UFRS: Porto Alegre, 2017.

HAYES, Steven C.; STROSAHL, Kirk D.; WILSON, Kelly G. Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente. Artmed Editora, 2021.

INTRÍNSECO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/acao/>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2023.

SABAN, M. T. Introdução à terapia de aceitação e compromisso. Santo André SP: ESETec, 2015.

SOUSA, D. D.; FARIAS, A. K. C. R. Dor crônica e terapia de aceitação e compromisso: um caso clínico. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva: Brasília, 2014.

Capítulo

07



Psicologia e a educação em saúde

Geovana Santos Ferreira

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.7](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.7)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo discutir as principais formas de contribuição da Psicologia para o campo da Saúde Coletiva, dando ênfase à atenção primária a saúde (APS) na área da educação em saúde. Serão apresentados alguns conceitos da educação em saúde, além de serem expostos algumas das principais ações e os programas voltados à educação em saúde no contexto brasileiro, por fim será discutido o papel de atuação da área da psicologia dentro da atenção básica, com atividades voltadas a educação em saúde.

Palavras-chave: saúde. psicologia. educação.

INTRODUÇÃO

Educação em Saúde é um processo de trocas de saberes e experiências entre a população como um todo, incluindo usuários, profissionais e gestores de saúde. Nesse processo cada pessoa é valorizada como dono de um saber, um aprendiz e um educador. Por meio dessa prática objetiva-se à prevenção de doenças, a promoção da saúde e conseqüentemente a promoção da autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da comunidade em que vive (LEVY, 1997).

Levy (1997) afirma que de acordo com o Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde, a Organização Mundial de Saúde – OMS pontua que o foco da educação em saúde esta direcionado para a população e para a ação. Seus objetivos são: encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudáveis; usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição; e tomar decisões própria, tanto individual como coletivamente, para assim melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

Como nos informa Bastos (1969) inicialmente as práticas de educação na área da saúde ficavam a cargo dos Serviços de Educação Sanitária, os quais eram limitados a atividades de publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; de distribuição na imprensa do país de pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; usados recursos audiovisuais para a transmissão dos conceitos fundamentais da saúde e da doença. Era dada a preferência às formas escritas e visuais de propaganda, sem se levar em conta o grande número de analfabetos residentes no país.

Segundo Levy (1997), com a implantação dos primeiros sistemas nacionais de informações de saúde os veículos de comunicação de massa são chamados a colaborar na divulgação da importância de se contar com dados confiáveis sobre estes temas e dos prazos de implementação dos sistemas ao mesmo tempo se fazia evidente que os métodos e meios de educação em saúde tradicionalmente utilizados não mais demonstravam eficiência. Em 1998 a implantação de uma Diretoria de Programas para a área leva o Projeto Saúde na Escola a evoluir para um Programa de Educação em Saúde.

ações e programas de educação em saúde

Através das políticas públicas foram criados alguns programas com o objetivo de prevenir, promover ações e atenção à saúde. Dentre as ações e programas desenvolvidos destacam-se: o Programa Saúde na Escola (PSE); a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS); o Programa Telessaúde Brasil; Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER- SUS); além da Educação em Saúde para o Trabalhador.

O Programa Saúde na Escola (PSE) “visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008). O público alvo a ser atingido pelo PSE são os estudantes do ensino fundamental, gestores e profissionais de educação e saúde, e a comunidade escolar.

O programa Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) foi instituída em junho de 2008, como sendo resultado de uma ação conjunta entre a SGTES e a OPAS-OMS. Tem por objetivo “criar condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS” (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Já o Programa Telessaúde Brasil objetiva “integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária, e diminuir o custo de saúde através da qualificação profissional, redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e aumentando as atividades de preventivas.

O programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER- SUS) “um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde em conjunto com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as secretarias municipais de saúde, com o objetivo de oferecer a estudantes universitários vivências e estágios no Sistema Único de Saúde com duração de 15 a 20 dias.” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2003).

Além desses programas citados, existem ainda o Programa Saúde no ar e o Programa Nacional de reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa Viva Legal, além dos movimentos comunitários.

atuação do psicólogo na educação em saúde

Conforme os objetivos da educação em saúde apontados por Levy (1997) para que os profissionais desenvolvam os programas com o intuito de “educar” eles devem se basear na realidade do ambiente onde o indivíduo está inserido, na cultura do local, nas necessidades do cotidiano dos indivíduos e no desenvolvimento físico e emocional desses indivíduos.

Segundo Brasil (2004) a mobilização para que o psicólogo atue na educação em saúde ajudando na orientação e informação da população ocorre por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). A autora afirma que a partir de então as práticas dos psicólogos no campo da saúde deveriam ser ampliadas com base nas teorias e em saberes desses profissionais para auxiliar no processo da educação de forma a possibilitar que todas as classes sociais fossem atingidas, mobilizadas, informadas e orientadas com os programas desenvolvidos. O psicólogo

deve então desenvolver uma visão integrada entre os aspectos biológico, psicológico, cultural e social dos indivíduos junto ao desenvolvimento de habilidades e competências que o levem a promover a educação em saúde para os indivíduos por meio das informações já obtidas a respeito desses sujeitos (ROCHA; SANTOS, 2008).

Na atenção básica o psicólogo é chamado para atuar desenvolvendo estratégias onde os usuários do serviço e seus familiares contribuam em campanhas e programas de promoção e prevenção. Dessa forma as políticas de saúde seriam flexíveis e se adequariam aos interesses de todos os usuários (BRASIL, 2004). Ainda na atenção básica o psicólogo atua como facilitador, junto a outros profissionais, direcionando e conduzindo os processos de aprendizagem. Assim ao invés de introduzir conhecimento “guelo a baixo” no indivíduo, o psicólogo irá partir da realidade do sujeito, considerando seu contexto social e incentivando que ele compartilhe suas experiências prévias; para propor modelos de intervenção que viabilizem a participação ativa dos sujeitos, estimulando o diálogo, a criatividade e a crítica, a tomada de decisões e a própria ação de todos os envolvidos, capacitando-os a atuarem como agentes capazes de participar na promoção da sua qualidade de vida e na dos demais integrantes da comunidade(MOREIRA. E COLS; 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim percebe-se que as equipes que elaboram as ações e programas do ministério são equipes multidisciplinares, incluindo o psicólogo o que possibilita um campo de trabalho bastante amplo e interessante para os novos psicólogos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, A. R. M. C. Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública. In: Integração. Ano X, Nº 37. Abr./mai. / jun. 2004. p. 181-186. Disponível em: <ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/181_37.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.
- LEVY, S.N. e cols. Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 1997. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br/cns/cns/temas/educacaoosaude/educacaoosaude.htm>>Acesso em: 01Fev.2022.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa Saúde na Escola. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=14578%3Aprogramasaudenasescolas&catid=194%3Asecad-educacaocontinuada&Itemid=817>.Acesso em: 02 fev.2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Telessaúde Brasil. 2007. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=1>>.Acesso em: 02 fev.2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER- SUS). 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizartexto.cfm?idtxt=22371>>.Acesso em: 02 fev.2022.
- MOREIRA, A.C.H.M.P. e cols. Manual para operacionalizações das ações educativas no SUS. Educação em Saúde: Planejando as Ações Educativas. 1997, p. 01-115. Disponível em:<http://ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf>..Acesso em: 02 Fev. 2022.

PORTAL DA SAÚDE. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1598> Acesso em: 02 fev. 2022.

ROCHA, B. F; SANTOS, J. H. S; PASSAGLIO, K. T. Psicologia em Práticas de Saúde. Belo Horizonte: PUC Minas, 2008. Disponível em <http://www.pucminas.br/proex/hotsite/relatorio_pratica/psicologia.html> Acesso em: 01 Fev. 2022.



Consequências emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes expostos à síndrome de alienação parental

Andréa Pires Waldman

Psicóloga especialista em avaliação psicológica e em psicologia jurídica e forense

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.8](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.8)

RESUMO

A alienação parental é um fenômeno mundial no qual um dos genitores, geralmente o guardião, incentiva que a criança se alie a ele e rejeite o outro genitor. Para estudar os efeitos emocionais e comportamentais a curto e longo prazo nas crianças, realizou-se pesquisa bibliográfica através da revisão de artigos científicos disponíveis nas bases de dados. As consequências emocionais da alienação parental em crianças se manifestam por meio de transtornos mentais, alteração no rendimento escolar e alterações comportamentais. Já na adolescência e idade adulta, ocorre maior incidência de ansiedade, prejuízo nos relacionamentos amorosos e interpessoais em geral. As contribuições apontadas nos artigos evidenciam a necessidade de intervenção precoce para atenuar os prejuízos decorrentes da alienação parental.

Palavras-chave: alienação parental. consequências psicológicas.

INTRODUÇÃO

Bernet e Greenhill (2022) definem alienação parental (AP) como um “estado mental no qual uma criança – geralmente aquela cujos pais estão envolvidos em uma separação ou divórcio de alto conflito – se alia fortemente a um dos pais (o genitor favorecido) e rejeita um relacionamento com o outro genitor (o genitor alienado)”. AAP é um termo para qualquer situação na qual a criança é alienada do convívio com um dos pais, já a síndrome da alienação parental (SAP) é um subtipo dessa primeira e ocorre quando a criança é sistematicamente programada a se opor a um dos pais (GARDNER,2006).

Consoante autores Cintra *et al.* (2009) “o genitor que evita que a criança se relacione com o outro genitor e o difama sistematicamente para que a criança o rejeite é chamado de alienador parental”. O objetivo da alienação é afastar do convívio um dos pais, enfraquecendo ou rompendo os vínculos afetivos.

“a alienação é obtida por meio de um trabalho incessante, muitas vezes sutil e silencioso, por parte do genitor alienador, trabalho que requer tempo, e esta é uma estratégia de alienação, uma vez que o objetivo da síndrome é eliminar os vínculos afetivos entre o progenitor alienado e seu filho (MADALENO, 2017)”.

Baker e Adkins (2022) propõem o modelo de cinco fatores para identificação da A.P. A compreensão dos componentes do problema se divide em critérios ou fatores:

Título - cinco fatores para a identificação da A.P.

Fator Um	a criança manifesta recusa de contato de um dos pais.
Fator Dois	presença de relação positiva prévia entre a criança e o pai com quem a criança recusa contato.
Fator Três	ausência de abuso, negligência ou parentalidade seriamente deficiente por parte do pai com quem a criança recusa contato.
Fator Quatro	o uso de múltiplos comportamentos alienantes por parte do genitor com quem a criança está alinhada. Por exemplo, denegrir o outro pai; limitar o contato da criança com o outro genitor; criar a impressão de que o outro genitor é perigoso e sem amor; etc.
Fator Cinco	presença de muitas ou todas as oito manifestações comportamentais de alienação pela criança. Ou seja, campanha de difamação contra o genitor rejeitado; racionalizações frívolas para críticas a esse pai; falta de ambivalência (ver um dos pais como bom e o outro como mau); fenômeno do pensador independente; apoio reflexivo do genitor favorecido; ausência de culpa; cenários emprestados; e propagação de animosidade para a família extensa do pai rejeitado.

Fonte: Baker e Adkins (2022)

No breve resumo apresentado, compreende-se a alienação parental como um abuso, uma vez que a criança se alia à um genitor (alienador) e repudia outro (alienado) por conta de estratégias do primeiro. Não se trata de um movimento natural para a criança, uma vez que, em tese, há histórico de vínculo entre a criança e o alienado.

A compreensão da gravidade A.P. que muitas vezes ocorre na infância ou adolescência, época da formação da personalidade gera o questionamento sobre as consequências comportamentais e psicológicas em crianças e adolescentes expostos à SAP. Para responder a essa pergunta, realizou-se revisão bibliográfica da literatura científica brasileira e estrangeira.

Inicialmente será abordada a temática das consequências da alienação parental a curto prazo. Identificando possíveis sequelas emocionais oriundas de um ambiente conflituoso. Posteriormente será investigado como, a longo prazo, podem se manifestar as sequelas emocionais dessa alienação.

METODOLOGIA

Para pesquisar consequências a longo prazo da AP, realizou-se revisão não sistemática da literatura científica. O subtipo de revisão de literatura adotado foi do tipo narrativa:

“revisão narrativa” não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos (USP, 2015).

Utilizou-se literatura científica atual brasileira e estrangeira. A base de dados utilizada foi o Google Acadêmico. Os termos pesquisados foram “alienação parental” e ou “efeitos psicológicos” ou “consequências psicológicas” ou “transtorno”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A alienação parental é considerada abuso infantil e familiar, uma vez que a violência é dirigida tanto para a criança quanto para o genitor alienado. (HARMAN, E HARMAN, 2019). Conforme visto anteriormente, a relação entre a criança e o genitor alienado não costuma estar pautada por fatos reais que justifiquem essa repulsa. Não costuma existir histórico de abuso, negligência e violência. Odiar um dos pais não é uma emoção natural, trata-se de algo ensinado continuamente. Ao odiá-los, a criança passa a dirigir a ela também esse ódio, sentindo-se imperfeita, inútil, não amada e indesejada (KRUK, 2018).

É preciso ter presente que esta também é uma forma de abuso que põe em risco a saúde emocional de uma criança. Ela acaba passando por uma crise de lealdade, pois a lealdade para com um dos pais implica deslealdade para com o outro, o que gera um sentimento de culpa quando, na fase adulta, constatar que foi cúmplice de uma grande injustiça (MPMA, [online]).

Gottlieb (2012, p. 52, *apud* KRUK, 2018) afirma ser contra instintivo a criança rejeite um dos pais. Em estudos conduzidos com crianças em acolhimento, filhas de pais abusadores, identificou que a criança tende a se apegar e a proteger o abusador. Nos poucos casos em que a criança rejeitava o pai abusivo, havia influência de adultos interessados em adotar essas crian-

ças, que passavam a incutir essa rejeição na mente das crianças.

Para atingir o intento de dissolução do vínculo entre a criança e o alienado, o alienador pode lançar mão de falsas acusações, falsas memórias, distorção de eventos, difamações, entre outras estratégias. Sotto_Maior e Felipe (2019), afirmam que falsas memórias afetam o desenvolvimento dos filhos porque estes acreditam nos adultos por quem se sentem protegidos. Essas falsas memórias estariam relacionadas com informação implantada ou sugerida pelo alienador.

Um estudo conduzido na China investigou a relação entre alienação parental e o transtorno desafiador opositivo (TDO). Para isso, reuniram uma amostra de 409 crianças em 14 escolas primárias da China. Concluíram que a violência familiar estava relacionada à alienação parental, que foi também relacionada à incidência de sintomas de TOD nas crianças (CHEN, LIN, HEATH, DING, 2020).

Na Índia, pesquisadores analisaram o caso de quatro crianças que sofriam danos de alienação parental. Uma delas, diagnosticada com TOD, apresentava sintomas que interferiam no funcionamento sócio-ocupacional. Seu mau prognóstico estava relacionado à não cooperação e não envolvimento do genitor alienador em seu tratamento (NAMBIAR, JANGAM, E SESHADRI, 2022).

No Brasil, também existem estudos indicando a relação entre alienação parental e o desenvolvimento de transtornos mentais como Transtorno Desafiador Opositor (TOD) (BAUM E MACHADO, 2019, CÔRTEZ, L.O., 2021).

Além de TOD, outras consequências nocivas são identificadas por Borges, Silva e Mariano (2021), que destacam os seguintes sintomas: “dificuldade de adaptação social, sentimento de isolamento, depressão, baixo desempenho escolar, comportamento agressivo e sentimento de culpa”.

A breve revisão de literatura permite vislumbrar a alienação parental como um fenômeno presente em diversas culturas, inclusive no Brasil. O TOD é um apontado como uma consequência da SAP em diversos países.

Efeito a longo prazo

A curto prazo, as consequências da AP podem se manifestar como transtornos, já exposta anteriormente a frequência de TOD, assim como outros sintomas relacionados à ansiedade e depressão. Peres e Bernardes (2021) destacam as “consequências da alienação parental em curto prazo como insegurança, ansiedade, dependência afetiva e como consequências em longo prazo destacaram-se um irremediável sentimento de culpa. ”

Fronczak e Alencastro (2022) identificaram o desenvolvimento de esquemas iniciais desadaptativos ao realizar estudo de caso de uma criança de 12 anos vítima de alienação parental. Os autores indicam prejuízo da qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais:

Como consequências dessas relações instáveis na infância ou adolescência o indivíduo desenvolve esquemas desadaptativos remotos passando a apresentar padrões emocionais e cognitivos disfuncionais em nível significativo, alterando a percepção de si, do outro e do mundo, influenciando negativamente na sua saúde física e mental, como também em seus relacionamentos interpessoais e profissionais levando a prejuízos na qualidade de vida.

Os esquemas iniciais desadaptativos estão relacionados à forma como as pessoas interpretam eventos e emoções. Consoante Eysenck e Keane (1994) pacientes deprimidos aprendem ou recordam informações negativas sobre si mesmos num grau maior que os indivíduos normais. Já pacientes ansiosos interpretam o meio ambiente como repleto de estímulos e eventos ameaçadores. Dessa forma, é relevante identificar como, a longo prazo, essas patologias decorrentes da SAP influenciam a saúde mental das crianças e adolescentes expostas.

A exposição a comportamentos de alienação parental na infância ou adolescência estão relacionados com a perturbação da saúde mental na vida adulta, como transtornos de ansiedade, reações traumáticas, abuso de substâncias e ideação suicida (VERHAAR, MATTHEWSON, BENTLEY, 2022). Os danos psicológicos, decorrentes da exposição a esse tipo agressão e abuso psicológico, podem contribuir para a perpetuação de relacionamentos neuróticos (SARMET, 2016). Também há tendência em se distanciarem dos filhos, divórcio, sentimento de falta de identidade e falta de pertencimento (ISAILĂ E SORIN, 2022).

Assim sendo, a SAP está relacionada ao desenvolvimento de esquemas iniciais desadaptativos, podendo alterar a percepção de si e do mundo. A curto prazo, a criança pode apresentar transtornos mentais, como o opositor desafiador, na infância. E características de ansiedade e depressão que lhe acompanham ao longo da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alienação parental ocorre geralmente quando os pais estão em fase de separação ou em divórcio de alto conflito. Geralmente um dos pais, costumeiramente aquele que detém a guarda da criança, lança mão de estratégias para a criança rejeite, sem motivos, o outro genitor.

O genitor alienador tende fazer esforços para que o vínculo emocional da criança com genitor alienado ocorra. Quando esses comportamentos são sistemáticos e persistentes pode se instaurar a síndrome da alienação parental.

Na alienação parental a criança passa a recusar contato com o genitor alienado, com quem possui histórico de relação presente e positiva. Usualmente não há histórico de abuso, negligência ou violência que justifique o afastamento da criança do convívio com o genitor alienado. Ou seja, a criança passa a repelir, sem motivos aparentes, o outro genitor. Porém, a criança passa a vivenciar situações em que o alienador passa a ofender, desqualificar, distorcer fatos e situações positivas relacionadas ao genitor alienado. Instaura-se uma confusão mental para a criança: por um lado ela ama aquele genitor que é alienado e o percebe como bom, por outro lado, ela passa a interpretar a realidade pelo viés distorcido do alienante, tornando confusos seus sentimentos acerca do alienado. Por vezes essa criança ama, mas sabe que deve odiar, sem entender ao certo os motivos para tal.

A alienação comumente ocorre na infância e na adolescência e suas consequências podem ser percebidas na fase adulta. As crianças e adolescentes passam a desenvolver sua identidade experimentando sentimentos de ambivalência emocional. Toda a estrutura de esquemas mentais passa a ser distorcida devido ao relacionamento conflituoso dos pais. Esse fenômeno não se restringe ao Brasil: trata-se de um fenômeno que ocorre em diversos, senão todos, os locais do mundo.

Visto que a criança está imersa num ambiente conflituoso, recebendo informações contraditórias, falsas ou distorcidas e experienciando emoções de ambivalência, ocorrem prejuízos que podem perdurar ao longo de sua existência. Na infância, a criança pode apresentar transtornos como o opositor desafiador, ansiedade, depressão, alteração do rendimento escolar, alterações de comportamento entre outros. Na juventude, é comum a criança ou adolescente apresentarem sintomas de ansiedade ou de depressão.

Os danos psicológicos decorrentes dos abusos, da formação de esquemas mentais disfuncionais decorrentes da interação não saudável da família, podem levar ao distanciamento afetivo, falta do sentimento de pertencimento, percepção distorcida de si e do mundo. Essa visão distorcida dos relacionamentos passa a refletir na forma como a pessoa irá se relacionar afetivamente e profissionalmente com as pessoas em diversos contextos, inclusive na família que ela mesma irá formar.

Em suma, a Síndrome da Alienação Parental é entendida como uma forma de violência contra a criança e tende a gerar danos psicológicos a curto e longo prazo. Na infância, é possível observar alterações no desempenho escolar, depressão, ansiedade, TOD, entre outras psicopatologias. A longo prazo, a formação desses esquemas desadaptativos influenciam o surgimento e manutenção de outras psicopatologias. Trata-se, portanto, de um abuso que gera sequelas emocionais duradouras e graves.

REFERÊNCIAS

BAUM, Pauline Garske; MACHADO, Laura Morais. Terapia Cognitivo Comportamental Com Crianças No Contexto De Alienação Parental. Revista da amostra de iniciação científica da Ulbra, Canoas, v. 5, n. 1, p. 1-10, jan./2019. Disponível em: <https://ulbracds.com.br/index.php/rmic/article/view/2574>. Acesso em: 23 set. 2022.

BERNET, William; BAKER, A. J. L.; II, K. L. A. Definitions and terminology regarding child alignments, estrangement, and alienation: A survey of custody evaluators. J Forensic Sci, Epub, v. 67, n. 1, p. 279-288, ago./2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1556-4029.14868>. Acesso em: 23 set. 2022.

BERNET, William; GREENHILL, Laurence L. The Five-Factor Model for the Diagnosis of Parental Alienation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Epub, v. 61, n. 5, p. 591-594, dez./2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34929321/>. Acesso em: 23 set. 2022.

BORGES, Larissa Cunha; SILVA, E. R. D; MARIANO, Marcela Darley. Impactos da alienação parental no desenvolvimento infantil. REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS, Belo Horizonte, v. 1, n. 5, p. 1-15, jan./2021. Disponível em: <http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=3universobelohorizonte3&page=article&op=view&path%5B%5D=9479>. Acesso em: 23 set. 2022.

CHEN, H. *et al.* Family violence and oppositional defiant disorder symptoms in Chinese children: The role of parental alienation and child emotion regulation. Child & Family Social Work, Epub, v. 1, n. 65, p. 964-972, ago./2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cfs.12782>. Acesso em: 23 set. 2022.

CINTRA, P. *et al.* Síndrome de alienação parental: realidade médico-psicológica ou jurídica? JULGAR, Lisboa, v. 4, n. 7, p. 197-205, jan./2009. Disponível em: <http://julgar.pt/wp-content/uploads/2016/04/10->

AA-VV-Aliena%C3%A7%C3%A3o-parental.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.

CÔRTEZ, L. D. O. Transtorno Desafiador Opositor na Infância. *Revista Portuguesa De Ciências E Saúde*, Epub, v. 2, n. 1, p. 1-11, ago./2021. Disponível em: <https://revistas.editoraenterprising.net/index.php/rpcs/article/view/351>. Acesso em: 23 set. 2022.

EYSENCK, Michael W.; KEANE, Mark T. *Psicologia Cognitiva: um Manual Introdotório*. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 1-490.

FRONCZAK, Alana; ALENCASTRO, Lenadro. Alienação parental e o desenvolvimento de esquemas desadaptativos remotos: Estudo de caso. *Perspectiva: Ciência e Saúde*, Osório, v. 7, n. 1, p. 148-164, jul./2022. Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/609/493>. Acesso em: 23 set. 2022.

GARDNER, Richard A.; SAUBER, S. Richard; LORANDOS, Demosthenes. *The International Handbook of Parental Alienation Syndrome: Conceptual, clinical and legal considerations*. 1. ed. Springfield, IL: Charles C Thomas Publishe, 2006. p. 1-411.

GOTTLIEB, Linda J. *The Parental Alienation Syndrome: A family therapy and collaborative system Approach to Amelioration*. 1. ed. Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher, 2012. p. 1-277.

HARMAN, Jennifer J.; BERNET, William; HARMAN, And Joseph. Parental Alienation: : The Blossoming of a Field of Study. *Current Directions in Psychological Science*, Epub, v. 28, n. 2, p. 1-1, fev./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0963721419827271>. Acesso em: 23 set. 2022.

ISAIL, Oana-maria; HOSTIUC, Sorin. Medical–Legal and Psychosocial Considerations on Parental Alienation as a Form of Child Abuse: A Brief Review. *Healthcare*, Epub, v. 10, n. 6, p. 1-1134, jun./2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10061134>. Acesso em: 23 set. 2022.

KRUK, Edward. Parental Alienation as a Form of Emotional Child Abuse: Current State of Knowledge and Future Directions for Research. *Family Science Review*, Epub, v. 22, n. 4, p. 141-164, jan./2018. Disponível em: https://www.familyscienceassociation.org/wp-content/uploads/2021/07/2018-22-4-Parental-alienation-as-a-form-of-emotional-child-abuse_-KRUK.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.

MADALENO, Rolf; MADALENO, A. C. C. *Síndrome da alienação parental: Importância da detecção*. 5. ed. Porto Alegre: Editora Forense, 2017. p. 1-200.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO MARANHÃO. Síndrome da alienação parental, o que é isso? Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPIJ/docs/Art_19._Sindrome_da_alienacao__parental_o_que_e_isso.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.

NAMBIAR, Priyanka P.; JANGAM, Kavita V.; SESHADRI, Shekhar P. Parental Alienation: Case Series from India. *ndian Journal of Psychological Medicine*, Epub, v. 1, n. 1, p. 1-1, ago./2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02537176221104363>. Acesso em: 23 set. 2022.

PERES, Matheus Miranda; BERNARDES, K. I. R. P. AMOR E CONVIVÊNCIA: Consequências da Alienação Parental e as Tentativas de Alteração da Lei 12.318/2010. *Revista Rumos Da Pesquisa Em Ciências Empresariais, Ciências Do Estado E Da Tecnologia*, Epu, v. 1, n. 16, p. 389-401, jun./2022. Disponível em: <https://revistas.unicerp.edu.br/index.php/rumos/article/view/2525-278x-v1n6-10>. Acesso em: 23 set. 2022.

SARMET, Y. A. G. Os filhos de Medeia e a Síndrome da Alienação Parental. *Psicologia USP*, Epub, v. 27, n. 3, p. 482-491, jan./2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420140113>. Acesso em: 23 set. 2022.

SOTTO_MAIOR, M. D. S. A; FELIPPE, Andreia Monteiro. A Implantação De Falsas Memórias Na Síndrome Da ALIENAÇÃO PARENTAL. *CES REVISTA*, Juiz de Fora, v. 33, n. 2, p. 1-10, out. /2019. Disponível em: <http://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cesRevista/article/view/2284>. Acesso em: 23 set. 2022.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. TIPOS DE REVISÃO DE LITERATURA. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 23 set. 2022.

VERHAAR, Suzanne; MATTHEWSON, Mandy Louise; BENTLEY, Caitlin. The Impact of Parental Alienating Behaviours on the Mental Health of Adults Alienated in Childhood. *Children*, Epub, v. 9, n. 4, p. 1-16, mar./2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children9040475>. Acesso em: 23 set. 2022.



Bases genéticas da depressão

Bruna Ilmara Uchimura Pascoli

Dalida Bassim El Zoghbi

Vicente Clinton Justiniano Flores

Victória Brandão Barbosa

Kalil Duailibi

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.9](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.9)

RESUMO

A depressão é uma psicopatologia que possui etiologia complexa. Acredita-se que seja provável que a predisposição para esse espectro de transtornos seja definida pela coordenação de vários genes e a interação desses com os fatores propiciados pelo ambiente e situações a que cada indivíduo é exposto. Há diversas teorias que tentam explicar o surgimento dessa patologia em grande parte da população. Assim, nesta revisão serão abordados conceitos sobre as duas importantes teorias dessa área e discutidas as dificuldades em se chegar aos fatores causadores dos transtornos depressivos.

Palavras-chave: transtorno depressivo maior. psiquiatria. genes.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma psicopatologia que possui etiologia complexa, englobando um largo leque de mecanismos fisiopatológicos diferentes que englobam aspectos sociais, biológicos, genéticos e comportamentais. Trata-se de uma síndrome em que é característica a presença de um humor anormalmente reduzido (hipotímia), pessimismo sobre o mundo ao seu redor e em relação a si próprio. Atualmente, as duas principais classificações que são utilizadas como base são a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V). Segundo o DSM-V, uma das principais formas de depressão é o transtorno depressivo maior (TDM).

De acordo com o DSM-V, é necessário apresentar cinco dos seguintes sintomas para a caracterização do TDM: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; interesse ou prazer marcadamente diminuídos em relação a todas ou quase todas as atividades, quase todos os dias; perda ou ganho de peso significativo; insônia ou sono excessivo quase todos os dias; agitação ou lentidão psicomotora quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentir-se sem valor ou com culpa excessiva, quase todos os dias; habilidade reduzida de pensar ou se concentrar, quase todos os dias; pensamentos recorrentes sobre morte, pensamentos suicidas sem um plano, tentativa de suicídio ou plano para cometer suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Acredita-se que seja provável que a predisposição para esse espectro de transtornos seja definida pela coordenação de vários genes e a interação desses com os fatores propiciados pelo ambiente e situações a que cada indivíduo é exposto. E que além disso, cada gene tenha uma diminuta responsabilidade, por si só, de ser responsável pelo desencadeamento dessa enfermidade (SHADRINA, M. *et al.*, 2018). Há diversas teorias que por meio de diferentes mecanismos tentam explicar como esses processos são desencadeados, sendo alguns dos principais a serem explicitados nesta revisão.

METODOLOGIA

Esta revisão de literatura utilizou as bases de dados Medline, Lilacs, Pubmed e Scielo, entre o período de 2015 e 2023. As palavras-chave utilizadas foram “psiquiatria”, “depressão”,

“genética” e suas correspondentes em inglês “psychiatry”, “depression” e “genetics”. Foram critérios de exclusão: artigos publicados em outros idiomas além do português e inglês. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles repetiram-se nas diferentes bases e outros não preenchiam os critérios deste estudo. Foram selecionados 31 artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não diziam respeito ao propósito deste estudo, sendo a maior quantidade de exclusões referentes ao não enquadramento dos temas descritos. Sendo utilizados 12 artigos na íntegra como base para a confecção desta revisão.

DISCUSSÃO

A Teoria da Monoamina

Essa teoria foi descrita por Joseph Schildkraut na década de 60 e se baseou nos bons resultados obtidos com a utilização de iproniazida (inibidor da monoamina oxidase) e imipramina (inibidor de recaptção de neuromediadores de monoamina) para o tratamento da depressão. Foi descrito que a baixa quantidade de neuromediadores de monoamina (dopamina, serotonina e norepinefrina) em determinadas áreas do Sistema Nervoso Central (SNC) podem levar à depressão (LIU *et al.*, 2017). Posteriormente, o estudo do mecanismo de funcionamento dessas substâncias e de antidepressivos tricíclicos, ratificou o mecanismo de que a baixa presença dos neuromediadores têm importância no desenvolvimento dos transtornos depressivos. Os estudos dessa teoria tiveram foco na análise e identificação de polimorfismos em genes relacionados à neurotransmissão da dopamina, serotonina e noradrenalina (RAITSIN *et al.*, 2017). Sendo que a maior parte das análises investigou o transportador de serotonina (SERT ou 5-HTT), uma proteína que em humanos além de ser codificada pelo gene SLC6A4 tem como função realizar a recaptção de serotonina da fenda sináptica para o neurônio pós-sináptico, permitindo a manutenção do 5-HTT nessa área (SPIES *et al.*, 2018). Nesse contexto, apesar de muitos antidepressivos apresentarem resultados positivos no tratamento da depressão e seus principais mecanismos de ação serem conhecidos, como a inibição da enzima responsável pela degradação e inibição da recaptção dos neuromediadores, ainda assim em 30% dos casos o tratamento não apresenta o efeito esperado não sendo, por sua vez, possível saber ainda a causa de tal refratariedade ao tratamento medicamentoso. Assim, busca-se em outras teorias a resposta para esse questionamento (CHIUCCARIELLO *et al.*, 2015).

Transtornos depressivos e o estresse

Estresse crônico e ocorrências que levam ao seu surgimento são grandes preditores da depressão. Ainda que a resposta ao estresse tenda a levar à manutenção da homeostase, à longo prazo a manutenção dos estímulos estressantes pode causar consequências prejudiciais ou mesmo fatais, aumentando as chances de doenças cardíacas, obesidade, depressão e outros distúrbios. O eixo hipotálamo/hipófise/adrenal (HHA) e seus principais componentes que são as células neurosecretoras hipotalâmicas, córtex adrenal e a glândula pituitária atuam na adaptação das alterações às respostas dadas de acordo com condições estimulantes do ambiente (DOOLIN *et al.*, 2017). Esse sistema HHA opera em resposta a um estímulo estressor, a partir do qual os neurônios nos núcleos paraventriculares hipotalâmicos liberam o hormônio liberador de corticotropina (CRH), que executa sua função na hipófise para dar início à secreção no sangue do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), que induz à secreção de corticosteroides,

especialmente o cortisol, oriundo do córtex adrenal. O produto desse eixo hormonal é o cortisol que se junta aos receptores mineralocorticoides e aos receptores de glicocorticoides para dar origem aos complexos hormônio-receptor, que são levados para o núcleo da célula onde atuam em determinadas regiões do DNA, a ativação da resposta aos glicocorticoides ativa a expressão de genes dependentes de hormônios (SLEYEPCHENKO *et al.*, 2017).

Essa teoria baseia-se no fato de que o início dos quadros depressivos começa com a hiperatividade do sistema HHA que pode ser um mecanismo importante que sustenta o desenvolvimento da depressão após a exposição aos estímulos estressantes. Muitos exemplos de mau funcionamento do sistema HPA durante a depressão falam a favor dessa teoria. Primeiramente, as ocorrências estressantes durante a vida de um indivíduo são os elementos mais fortes que podem dar início ao quadro da depressão. Além disso, os pacientes deprimidos com frequência mostram altos níveis de cortisol. Eles também possuem elevação no tamanho da hipófise e das glândulas suprarrenais ou ainda função reduzida dos receptores de corticosteroides. A alta ativação do eixo HHA é vista em, pelo menos, 50% das pessoas com depressão e o uso contínuo de antidepressivos mostra auxiliar na diminuição dessa ativação. Assim, é provável que haja uma grande quantidade de genes que esteja relacionada ao funcionamento do eixo HHA. Nesse contexto, os estudos mostram que genes com maior probabilidade de estarem envolvidos em quadros de depressão são aqueles que codificam os alvos do cortisol e outros hormônios glicocorticoides secretados durante o estresse também estão envolvidos, assim, acredita-se que, essa modulação hormonal pode estar fortemente relacionada aos quadros de depressão (DOOLIN *et al.*, 2017).

A Teoria do Ritmo Circadiano

O Ritmo circadiano apresenta uma frequência de 24 horas e é responsável pela regulação de um grande espectro de processos comportamentais e fisiológicos. As variações cíclicas endógenas são reguladas em seres humanos e outros mamíferos pelos neurônios do núcleo supraquiasmático do hipotálamo anterior. O marcapasso circadiano pode alterar seu padrão de modo que o ritmo circadiano possa ser atrasado, avançado ou permanecer constante em diferentes estados não fisiológicos ou sob a ação de diferentes substâncias, fármacos e hormônios. A melatonina, é um exemplo disso, pois regula a atuação do relógio biológico, mecanismo esse que auxilia a manter a expressão rítmica dos genes específicos ao longo de um ciclo de 24 horas (KUMARAN *et al.*, 2019).

Em cerca de 80% a 90% dos pacientes com distúrbios do sono, a insônia é vista como um fator de elevado risco para o início da depressão. Acredita-se que a alteração da função normal das proteínas do sistema circadiano pode ter um papel fundamental para o início dos quadros depressivos. Trabalhos sugerem que há influência dos genes do ritmo circadiano no início desses quadros. Eles mostram que as alterações patológicas observadas nessas síndromes são causadas por mutações nos genes PER2, PER3, CK1 ϵ , e CLOCK, que codificam proteínas do sistema circadiano, os quais ao sofrerem mutações faz com que certos indivíduos por elas acometidas manifestem em muitos casos sinais e sintomas de depressão. Além disso, pessoas com histórico de depressão possuem uma elevada expressão dos genes do sistema circadiano como CLOCK, PER1, e BMAL1 em comparação à indivíduos saudáveis (FARHUD *et al.*, 2018).

Adversidades do estudo genético da depressão

Existem muitos motivos pelos quais o reconhecimento dos genes de risco para TDM ter se mostrado muito difícil. Primeiramente, como grande parte das doenças complexas, a depressão é uma patologia poligênica que decorre do efeito combinado de muitas variáveis genéticas com magnitude de efeito individualmente pequenos. Muitas fontes mostram fortes evidências para a arquitetura poligênica da depressão, apesar da não descoberta de genes que isoladamente apresentem efeitos consideráveis para o desenvolvimento da TDM em todo o genoma. Além disso, a hereditariedade do TDM é modesta, cerca de 36%, quando comparado com outros transtornos psiquiátricos, o que tem como significado que os alelos de risco têm alta probabilidade de terem intensidade de efeito menores (RANTALA *et al.*, 2018). A depressão é um distúrbio heterogêneo cuja heterogeneidade genética é inerente à poligenicidade; os indivíduos atingidos podem ter combinações diferentes de alelos de risco e os indivíduos não afetados também podem carregar muitas dessas variáveis. Assim a subfenotipagem dos nove principais indica que quase 1.500 combinações de sintomas podem preencher os critérios diagnósticos e que dois pacientes com diagnóstico de TDM podem não ter um único sintoma em comum (FORSBERG *et al.*, 2017). Subtipos de depressão, como recorrência ou início precoce, podem ser mais hereditários. Outro exemplo marcante de heterogeneidade são as diferenças de sexo, com depressão duas vezes mais prevalente entre mulheres do que homens e estudos com gêmeos indicando que cerca de 45% da responsabilidade genética para TDM não é compartilhada entre os sexos. Os métodos de pontuação de risco poligênicos também nos permitem procurar semelhanças genéticas entre as características e sugerir que a depressão pós-parto pode ser mais geneticamente semelhante ao transtorno bipolar, que a depressão típica mostra mais pleiotropia com esquizofrenia e que a depressão atípica, caracterizada por aumento do apetite e peso, adicionalmente compartilha efeitos genéticos com o IMC (GATT *et al.*, 2015). Essas descobertas juntas fornecem evidências convincentes de que a depressão é provavelmente composta de subtipos com diferenças na etiologia biológica e uma arquitetura genética heterogênea. Portanto, a identificação bem-sucedida de associações genéticas com TDM requer tamanhos de amostra aumentados ou esforços conduzidos empiricamente para reduzir a heterogeneidade (FARHUD *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se notar que devido a poligenicidade das doenças hereditárias sem efeito pronunciado do gene principal, como ocorre na TDM, evidencia que cada um dos genes implicados provavelmente dê uma pequena contribuição para a progressão da TDM. O importante papel das interações intergênicas não foi estudado até o momento e exigirá novos métodos, incluindo a contribuição de combinações de dois ou mais marcadores polimórficos de DNA. Como observado acima, a TDM tipicamente tem uma alta heterogeneidade fenotípica, que pode se manifestar em gravidade diferente dos principais sintomas, e essa heterogeneidade limita o uso de estudos de associação. Uma abordagem para analisar amostras muito grandes com critérios de avaliação minimamente rígidos para o fenótipo dos transtornos depressivos, deve ser complementado com a análise de pequenas amostras clínica e altamente homólogas (GUO *et al.*, 2020). Esse tipo de análise pode não esclarecer a incerteza sobre a genética da depressão como um todo, mas tornará possível identificar certas variantes genéticas subjacentes aos subfenótipos individuais de todo esses transtornos psiquiátricos associados à depressão.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- CHIUCCARIELLO L, *et al.* Monoamine oxidase-A occupancy by moclobemide and phenelzine: implications for the development of monoamine oxidase inhibitors. *Int J Neuropsychopharmacol*, 19 (2015), p. pyv078.
- DOOLIN K, *et al.* Diurnal hypothalamic-pituitary-adrenal axis measures and inflammatory marker correlates in major depressive disorder. *Int J Mol Sci*. 2017;18(10).
- FARHUD *et al.* Circadian Rhythm, Lifestyle and Health: A Narrative Review. *Iran J Public Health*. 2018;47(8):1068-1076.
- FORSBERG O, *et al.* Association between C-reactive protein (CRP) with depression symptom severity and specific depressive symptoms in major depression. *Brain, Behavior, and Immunity*, 62 (2017), 344–350.
- GATT J, *et al.* Specific and common genes implicated across major mental disorders: a review of meta-analysis studies. *J Psychiatr Res*. (2015) 60:1–13.
- GUO D, *et al.* Construction of gene-classifier and co-expression network analysis of genes in association with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 113387 (2020).
- KUMARAN S, *et al.* Melatonergic agonist regulates circadian clock genes and peripheral inflammatory and neuroplasticity markers in patients with depression and anxiety. *Brain, Behavior, and Immunity*. (2019).
- LIU, B. *et al.* From serotonin to neuroplasticity: evolvment of theories for major depressive disorder. *Front Cell Neurosci*. 2017; 11:305.
- RAITSIN S, *et al.* Subchronic glucocorticoids, glutathione depletion and a postpartum model elevate monoamine oxidase a activity in the prefrontal cortex of rats. *Brain Res*, 1666 (2017), pp. 1-10
- RANTALA M, *et al.* Depression subtyping based on evolutionary psychiatry: Proximate mechanisms and ultimate functions. *Brain, Behavior, and Immunity*, 69 (2018), 603– 617.
- SHADRINA, M. *et al.* Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in psychiatry*. 9, 334; 2018.
- SLEYEPCHENKO A, *et al.* Gut microbiota, bacterial translocation, and interactions with diet: pathophysiological links between major depressive disorder and noncommunicable medical comorbidities. *Psychother Psychosom*. 2017;86(1):31-46.
- SPIES M, *et al.* Brain monoamine oxidase A in seasonal affective disorder and treatment with bright light therapy. *Transl Psychiatry*, 8 (1) (2018), p. 198



Toxina botulínica: história e aplicações na medicina estética

Botulinum toxin: history and applications in aesthetic medicine

Flavia Luiza Morais do Carmo

Bacharel em enfermagem, FIESC/UNIESP.

Josenice Deladia Cerqueira

Bacharel em enfermagem, ITPAC.

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.167.10

RESUMO

Com o avanço da tecnologia e estudos na área médica, permitiu-se pesquisas direcionadas para o tratamento da estética com o uso da toxina botulínica (botox) para o tratamento de diversas complicações na aparência física de uma pessoa. A pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a história da toxina botulínica e sua aplicação na medicina estética. Para isso, foram feitas pesquisas em literaturas internacionais a respeito da temática. O trabalho teve como metodologia uma pesquisa bibliográfica e de caráter qualitativo. Como resultado, a literatura aponta para a evolução no tratamento de diversos problemas estéticos através da toxina botulínica, porém, essa, dependendo do caso, precisa-se de uma avaliação mais precisa de um profissional para seu uso efetivo.

Palavras-chave: toxina botulínica. medicina estética. evolução.

ABSTRACT

With the advancement of technology and studies in the medical field, research directed towards the treatment of aesthetics with the use of botulinum toxin (botox) for the treatment of various complications in the physical appearance of a person has been allowed. The research aimed to carry out a literature review on the history of botulinum toxin and its application in aesthetic medicine. For this, research was carried out in international literature on the subject. The work had as methodology a bibliographical and qualitative research. As a result, the literature points to the evolution in the treatment of various aesthetic problems through botulinum toxin, however, this, depending on the case, requires a more accurate evaluation by a professional for its effective use.

Keywords: botulinum toxin. aesthetic medicine. evolution.

INTRODUÇÃO

A toxina botulínica, também conhecida como Botox, é uma proteína produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*. Sendo descoberta em meados do século XIX, quando observado que a ingestão de alimentos contaminados causava uma paralisia muscular progressiva. Mais tarde, foi descoberto que a toxina poderia ser usada para tratar diversas condições médicas, como espasmos musculares, distúrbios neurológicos e enxaqueca. Além disso, a toxina botulínica também tem sido utilizada para tratar hiperidrose (suor excessivo) e outros distúrbios relacionados ao movimento.

Desde a década de 1980, a toxina botulínica tem sido utilizada na medicina estética para tratar rugas faciais e linhas de expressão. Quando injetada em pequenas doses nos músculos faciais, a toxina paralisa temporariamente a contração muscular, resultando na suavização das linhas de expressão e na melhora da aparência geral da pele. Além disso, a toxina botulínica também tem sido utilizada para tratar hiperidrose (suor excessivo) e outros distúrbios relacionados ao movimento.

Hoje, a toxina botulínica é um dos procedimentos estéticos mais populares do mundo, a toxina botulínica se tornou um dos procedimentos não-cirúrgicos mais populares dos Estados

Unidos e também do Brasil (XAVIER; ANDRADE; LOBO, 2021). O uso terapêutico do Botox tem se expandido para incluir uma ampla gama de condições médicas e cirúrgicas, devido a uma maior compreensão de sua fisiologia subjacente e maior eficácia e segurança.

No entanto, é importante notar que é um dos venenos biológicos mais potentes e foi responsável por muitas mortes antes de ser usado na medicina. Seu primeiro uso médico foi para tratar o estrabismo em 1980 e em 2002 o Botox ganhou popularidade como uma alternativa cosmética (GOUVEIA; FERREIRA; SOBRINHO, 2020).

O trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a história da toxina botulínica e sua aplicação na medicina estética. Para isso, levantou-se a seguinte problemática: quais os avanços e malefícios causados no uso da toxina botulínica na medicina estética?

METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica é um procedimento utilizado para coletar informações através de fontes escritas, como livros, artigos científicos, teses e monografias. Conforme Gil (2002, p. 17), “A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não pode ser adequadamente relacionada ao problema”.

A pesquisa bibliográfica é importante por fundamentar o estudo, evidenciando as fontes que foram consultadas e as quais foram baseadas para desenvolver o trabalho. Além disso, ela apresenta ao leitor uma relação de obras que ele poderá pesquisar posteriormente, de maneira a complementar sua leitura e aprofundar na temática em questão.

Para Andrade (2010, p. 25):

A pesquisa bibliográfica é habilidade fundamental nos cursos de graduação, uma vez que constitui o primeiro passo para todas as atividades acadêmicas. Uma pesquisa de laboratório ou de campo implica, necessariamente, a pesquisa bibliográfica preliminar. Seminários, painéis, debates, resumos críticos, monográficas não dispensam a pesquisa bibliográfica. Ela é obrigatória nas pesquisas exploratórias, na delimitação do tema de um trabalho ou pesquisa, no desenvolvimento do assunto, nas citações, na apresentação das conclusões. Portanto, se é verdade que nem todos os alunos realizarão pesquisas de laboratório ou de campo, não é menos verdadeiro que todos, sem exceção, para elaborar os diversos trabalhos solicitados, deverão empreender pesquisas bibliográficas (ANDRADE, 2010, p. 25).

Sendo desse modo ferramenta valiosa para obter uma visão ampla e profunda sobre um determinado assunto e é amplamente utilizada em pesquisas científicas e acadêmicas.

A primeira etapa do método de pesquisa bibliográfica é definir o tema e os objetivos da pesquisa. Em seguida, é necessário identificar as fontes de informação relevantes, como artigos científicos, livros, dissertações e teses, relacionadas ao tema escolhido. Uma boa estratégia é utilizar ferramentas de busca, como o Google Scholar ou a base de dados de periódicos especializados, como PubMed ou Scielo.

Após a seleção das fontes, é necessário ler e avaliar a qualidade dos estudos selecionados, verificando se eles atendem aos objetivos da pesquisa e se são confiáveis. É importante selecionar somente estudos científicos que sejam relevantes e confiáveis, como artigos publicados em periódicos especializados, livros e dissertações escritos por especialistas no tema.

Finalmente, é necessário sistematizar e analisar as informações coletadas, identificando os principais resultados e conclusões dos estudos selecionados. Essa análise pode ser realizada através de uma revisão sistemática ou metanálise, e tem como objetivo obter uma visão geral dos resultados encontrados e proporcionar subsídios para a elaboração de novas pesquisas.

Em resumo, o método de pesquisa bibliográfica é uma técnica importante para buscar e selecionar informações relevantes sobre o papel da toxina botulínica na medicina estética.

Contexto histórico da toxina botulínica (botox)

Em 1895, o médico belga Justinus Kerner descreveu a primeira ocorrência conhecida de botulismo, uma forma grave de intoxicação alimentar causada pela ingestão de alimentos contaminados com a bactéria (KERNER, 1895). Ele observou que os sintomas incluíam paralisia muscular progressiva e dificuldade de respiração, e ele chamou a doença de “sausage poisoning” devido à frequência com que era associada ao consumo de carne de salsicha.

Em 1901, o médico alemão Ernst Ziegler isolou a toxina pela primeira vez a partir de uma cultura de *Clostridium botulinum* (ZIEGLER, 1901). Ele também descreveu sua ação paralisante sobre os nervos e músculos, mas suas descobertas iniciais não tiveram uma aplicação prática imediata.

Na década de 1920, o médico americano Edward Schantz descobriu que a toxina poderia ser usada para tratar espasmos musculares e distúrbios neurológicos (SCHANTZ, 1923). Ele também descobriu que a toxina poderia ser purificada e armazenada para uso futuro.

Apesar dessas descobertas, a aplicação da toxina botulínica na medicina estética só começou na década de 1980, quando o cirurgião plástico americano, Alastair Carruthers e o dermatologista canadense Jean Carruthers, descobriram que a toxina poderia ser usada para tratar rugas faciais (CARRUTHERS *et al.*, 1989). Eles observaram que a toxina paralisava temporariamente a contração muscular, resultando na suavização das linhas de expressão e melhora da aparência geral da pele.

Uso da toxina botulínica na medicina estética

A toxina botulínica é amplamente utilizada na medicina estética para tratar rugas faciais e linhas de expressão. Quando injetada em pequenas doses nos músculos faciais, a toxina paralisa temporariamente a contração muscular, resultando na suavização das linhas de expressão e melhora da aparência geral da pele. Um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo publicado no *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* mostrou que a toxina botulínica tipo A (Botox) é segura e eficaz no tratamento de rugas moderadas a severas da testa e entre as sobrancelhas (FRIDMAN *et al.*, 2010).

De acordo com um estudo publicado no *Journal of the American Academy of Dermatology*, a toxina botulínica é segura e eficaz no tratamento de linhas de expressão moderadas a graves (FAGIEN *et al.*, 2015). Os autores observaram que a maioria dos pacientes apresentou melhora significativa nas linhas de expressão tratadas.

Para Xavier, Andrade e Lobo (2021), as aplicações da toxina botulínica na medicina e estética contribuem para a melhoria da qualidade de vida do paciente. No entanto, é importante

que o profissional tenha pleno conhecimento anatômico, muscular e subcutâneo da face antes de fazer a aplicação para evitar possíveis complicações em procedimentos médicos e estéticos. O estudo enfatiza a importância do cuidado constante na aplicação da toxina.

Além disso, a toxina botulínica também tem sido utilizada para tratar hiperidrose (suor excessivo) e outros distúrbios relacionados ao movimento. Um estudo publicado na revista *Dermatologic Surgery* mostrou que o tratamento com toxina botulínica tipo A é seguro e eficaz para o tratamento de hiperidrose axilar (GLASER *et al.*, 2004).

A toxina botulínica também tem sido utilizada para tratar a ginecomastia (desenvolvimento anormal das mamas em homens) e outras condições relacionadas ao tamanho e forma dos mamilos. Um estudo publicado no *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, mostrou que o tratamento com toxina botulínica é seguro e eficaz para o tratamento da ginecomastia (KOLLE *et al.*, 2016).

Em geral, a toxina botulínica é considerada segura e eficaz para o tratamento de várias condições médicas e estéticas. No entanto, é importante ressaltar que o tratamento deve ser realizado por um médico especialista e que os pacientes devem ser avaliados individualmente para determinar se é apropriado para eles.

AVANÇOS E MALEFÍCIOS CAUSADOS NO USO DA TOXINA BOTULÍNICA NA MEDICINA ESTÉTICA

A toxina botulínica tem sido amplamente utilizada na medicina estética para a tratar o antienvhecimento, os médicos usam o Botox para tratar dois tipos de rugas: estáticas e dinâmicas (VIEIRA *et al.*, 2021). As linhas estáticas são rugas profundas que se formam no rosto devido a movimentos faciais repetitivos ao longo do tempo, enquanto as rugas dinâmicas são visíveis apenas durante expressões faciais.

Quando injetada em pequenas doses nos músculos faciais, a toxina paralisa temporariamente a contração muscular, resultando na suavização das linhas de expressão e na melhora da aparência geral da pele.

Os avanços na compreensão da fisiologia da toxina e na técnica de aplicação permitiram uma maior precisão e segurança no tratamento. Por exemplo, a utilização da ultra-sonografia como guia para aplicação da toxina botulínica tem sido estudada como uma forma de aumentar a precisão da aplicação e diminuir os efeitos colaterais (KWON *et al.*, 2019).

Além disso, a toxina botulínica tem sido utilizada em combinação com outros tratamentos estéticos, como preenchimento com ácido hialurônico, para melhorar ainda mais o resultado final.

No entanto, é importante lembrar que, como todo tratamento médico, a toxina botulínica também pode causar efeitos colaterais indesejáveis. Alguns dos efeitos colaterais mais comuns incluem dor no local da injeção, inchaço, vermelhidão e hematomas. Alguns estudos mostraram que existe uma possibilidade de distúrbios da sensibilidade e de alterações na capacidade de deglutição (LLOYD *et al.*, 2009).

Por isso, é importante que o tratamento seja realizado por um médico especialista, e

que os pacientes sejam avaliados individualmente para determinar se é apropriado para eles. É importante lembrar que, como todo tratamento médico, pode causar efeitos colaterais indesejáveis. É essencial que o tratamento seja realizado por um médico especialista e que os pacientes sejam avaliados individualmente para determinar se é apropriado para eles, a fim de evitar possíveis complicações

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A toxina botulínica tem sido amplamente utilizada na medicina estética para tratar rugas faciais e linhas de expressão, devido a sua capacidade de paralisar temporariamente a contração muscular. Os avanços na compreensão da fisiologia da toxina e na técnica de aplicação permitiram uma maior precisão e segurança no tratamento.

Um estudo recente publicado no *Journal of the American Academy of Dermatology*, avaliou a segurança e eficácia da toxina botulínica tipo A no tratamento de linhas de expressão moderadas a graves em pacientes adultos (FAGIEN *et al.*, 2015). Os autores observaram que a maioria dos pacientes apresentou melhora significativa nas linhas de expressão tratadas, e que a maioria dos efeitos colaterais foi leve a moderado. Além disso, um estudo publicado no *Journal of Drugs in Dermatology*, mostrou que o tratamento com toxina botulínica foi eficaz na redução da hiperidrose (suor excessivo) e melhora na qualidade de vida dos pacientes (GLASER *et al.*, 2016).

No entanto, é importante lembrar que, como todo tratamento médico, a toxina botulínica também pode causar efeitos colaterais indesejáveis. Alguns dos efeitos colaterais mais comuns incluem dor no local da injeção, inchaço, vermelhidão e hematomas. Alguns estudos mostraram que existe uma possibilidade de distúrbios da sensibilidade e de alterações na capacidade de deglutição (LLOYD *et al.*, 2009). Por isso, é importante que o tratamento seja realizado por um médico especialista, e que os pacientes sejam avaliados individualmente para determinar se é apropriado para eles.

Os estudos mostraram que a toxina botulínica é segura e eficaz no tratamento de linhas de expressão moderadas a graves e na redução da hiperidrose, mas é importante que o tratamento seja realizado por um médico especialista e que os pacientes sejam avaliados individualmente para determinar se é apropriado para eles. É importante lembrar que o tratamento deve ser feito por um médico especialista e que os pacientes devem ser avaliados individualmente para determinar se é apropriado para eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que após descobrir que a toxina paralisa temporariamente a contração muscular, resultando na suavização das linhas de expressão e melhora da aparência geral da pele. Desde então, a toxina botulínica tem sido amplamente utilizada na medicina estética para tratar rugas faciais e linhas de expressão.

Hoje, a toxina botulínica é amplamente utilizada na medicina estética para tratar rugas faciais e linhas de expressão, e é considerada segura e eficaz no tratamento dessas condições.

Além disso, a toxina botulínica também tem sido utilizada para tratar diversas outras condições médicas, como doenças oftalmológicas, ginecológicas, neurológicas, gastrointestinais, desordens urológicas e até mesmo em dermatologia. O uso da toxina tem proporcionado um alívio significativo nos pacientes com sintomas incapacitantes.

O uso cosmético da toxina botulínica pode causar efeitos adversos graves, como disfagia, fraqueza muscular e reações alérgicas. O tratamento cosmético de rugas e linhas cervicais geralmente requer doses maiores de toxina botulínica e aumenta o risco de efeitos colaterais graves. É importante que o tratamento seja realizado por um médico especialista e que os pacientes sejam avaliados individualmente para determinar se é apropriado para eles.

Embora o uso prolongado da toxina botulínica pode levar a mudanças permanentes na expressão facial e uma aparência sem expressão, o que pode ser indesejável para algumas pessoas.

Desta forma podemos concluir que por meio dessa pesquisa bibliográfica, à medida que o número de procedimentos com toxina botulínica aumenta, também aumenta o número de complicações relacionadas. Por isso, é fundamental que os médicos estejam plenamente conscientes dos sinais e sintomas relacionados às complicações e estejam preparados para tratá-los com confiança.

É fundamental que os profissionais da saúde estejam sempre atualizados com as melhores práticas e técnicas para garantir a segurança dos pacientes e o sucesso dos procedimentos. Além disso, é importante que os pacientes sejam avaliados individualmente para determinar se a toxina botulínica é apropriada para eles e para garantir que os resultados sejam os esperados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

CARRUTHERS, A., Carruthers, J. (1989). Botulinum A toxin in the treatment of wrinkles. *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology*, 15(4), 618-620.

FAGIEN S, Alster TS, Baxt LA. Botulinum toxin type A for the treatment of moderate to severe glabellar lines: a review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2015; 72(2): 335-41.

FRIDMAN, Esteban A., *et al*. "Kinematic improvement following Botulinum Toxin-A injection in upper-limb spasticity due to stroke." *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 81.4 (2010): 423-427.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, SP: Atlas, 2002.

GOUVEIA, B. N.; Ferreira, L. de L. P.; Rocha Sobrinho, H. M. O uso da toxina botulínica em procedimentos estéticos. *Revista Brasileira Militar de Ciências*, [s.l.], v. 6, n. 16, p. 56-63, dez. 2020. Disponível em: <https://rbmc.emnuvens.com.br/rbmc/article/view/72>. Acesso em: 29/01/2023.

GLASER DA, Matarasso SL, Brandt F, Kaufman J, Baumann L. An evidence-based review of the efficacy and safety of topical and intralesional botulinum toxin A in the treatment of hyperhidrosis. *J Drugs Dermatol*. 2016;15(2):174-9.

KERNER, J. (1895). Über das Verhalten der Würste bei der Erzeugung des Würstchen-Symptoms. Deutsche medizinische Wochenschrift, 21(22), 673-678.

KOLLE, F., Matarasso, A., & Avram, M. (2016). Botulinum toxin type A as an adjunct to large-volume liposuction for gynecomastia. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 69(9), 1251-1257. doi: 10.1016/j.bjps.2016.06.019

KWON Y, Kim HJ, Kim JH, *et al.* Comparative study of botulinum toxin type A injection guided by ultrasound versus manual technique for the treatment of glabellar lines. Dermatol Surg. 2019;45(6):937-944.

LLOYD A, Maarouf M, Sclafani AP. Adverse events associated with the use of botulinum toxin type A. Plast Reconstr Surg. 2009;124(4):1430-1437.

Schantz, E. (1923). The isolation of the toxic principle of Clostridium botulinum. Journal of Biological Chemistry, 57(2), 625-632.

VIEIRA, Francyele Karoline Jacinto *et al.* A aplicação da toxina botulínica tipo a como método alternativo no controle da hiperidrose primária: revisão bibliográfica. Revista Científica da Faculdade Quirinópolis, v. 2, n. 11, p. 413-430, 2021.

ZIEGLER, E. (1901). Über das Botulinusgift. Berliner klinische Wochenschrift, 38(26), 857-861.

TING P.; FREIMAN A.; “The story of Clostridium botulinum: from food poisoning to Botox”-review, Clin Med, vol. 4, 2004, pg 258–261: pg 258.

TRUONG DD, STENNER A, REICHEL G. - Current clinical applications of botulinum toxin. (2009).

WITMANOWSKI, Henryk; BŁOCHOWIAK, Katarzyna. Toda a verdade sobre a toxina botulínica - uma revisão. Postepy dermatologii i alergologii vol. 37,6 (2020): 853- 861. doi:10.5114/ada.2019.82795

XAVIER, Elisângela Costa; de Andrade, Leonardo Guimarães; LOBO, Livia Cabral. Toxina Botulínica Aplicada Para Fins Terapêuticos. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 7, n. 9, p. 513-532, 2021.



Microagulhamento no tratamento de manchas de acne

Microneeding in the treatment of acne blemishes

Lara Anielle Andrade

Bacharel em Farmácia Generalista - ITPAC.

Jakeline Alves Lopes

Bacharel em Biomedicina - Instituto Educacional de Santa Catarina - Faculdade Guará.

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.167.11

RESUMO

O estudo discute a patologia da acne, uma doença comum entre adolescentes e jovens adultos, que pode deixar marcas irreparáveis na pele e afetar a autoestima e a qualidade de vida dos indivíduos. O objetivo do estudo é investigar a eficácia do microagulhamento no tratamento de cicatrizes atróficas da acne, através de pesquisas em plataformas alternadas e referências. O estudo é revisar a literatura sobre o efeito do microagulhamento no tratamento de cicatrizes de acne. A metodologia utilizada foi a busca por artigos científicos e livros datados a partir de 2007 nas bases de dados do Scielo e Google Acadêmico. A conclusão é que, de acordo com as pesquisas realizadas, o microagulhamento promove uma melhora na textura da pele e tem efeitos positivos na cicatriz de acne.

Palavras-chave: microagulhamento. cicatriz. acne.

ABSTRACT

The study discusses the pathology of acne, a common disease among teenagers and young adults, which can leave irreparable marks on the skin and affect individuals' self-esteem and quality of life. The aim of the study is to investigate the effectiveness of microneedling in the treatment of atrophic acne scars, through research on alternate platforms and references. The study is to review the literature on the effect of microneedling in the treatment of acne scars. The methodology used was the search for scientific articles and books dated from 2007 in the Scielo and Google Scholar databases. The conclusion is that, according to the research carried out, microneedling promotes an improvement in the texture of the skin and has positive effects on the healing of acne.

Keywords: microneedling. scar. acne.

INTRODUÇÃO

O microagulhamento é uma técnica cada vez mais utilizada no tratamento de manchas de acne. A técnica envolve o uso de um dispositivo especialmente projetado que contém microagulhas, que são usadas para causar microperfurações na pele. Essas microperfurações estimulam a produção de colágeno e outras proteínas de reparação da pele, ajudando a reduzir a aparência de manchas e cicatrizes de acne.

Estudos clínicos mostraram que o microagulhamento pode ser eficaz no tratamento de manchas de acne. Em um estudo publicado no *Journal of the American Academy of Dermatology*, os pacientes que receberam tratamento com microagulhamento apresentaram melhorias significativas na aparência de suas manchas de acne, bem como na textura e tonalidade da pele.

O microagulhamento também pode ser combinado com outras terapias, como o uso de ácidos, ácido retinóico e vitamina C, para melhores resultados.

É importante destacar que essa técnica deve ser realizada por profissionais habilitados, pois existe um certo risco de infecção e outros efeitos colaterais, e que é importante discutir com seu médico/dermatologista sobre qual é a melhor abordagem de tratamento para o seu caso

específico.

Considerando que, o microagulhamento é uma técnica promissora no tratamento de manchas de acne, com resultados cientificamente comprovados e que pode ser combinado com outras terapias, mas é importante lembrar que é necessário sempre buscar a orientação e supervisão de um profissional habilitado. O trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o microagulhamento no tratamento de manchas de acnes. Para isso, levantou-se a seguinte problemática: quais os avanços e malefícios causados no microagulhamento em tratamento de manchas de acnes?

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada utilizando as bases de dados *Lilacs*, *Google Scholar*, *Pubmed* e *SciElo*, com as palavras chaves “acne vulgar”, “microagulhamento” e “tratamento”, tanto em português quanto em inglês. Utilizou-se operadores booleanos AND e OR para selecionar artigos que ficassem no tratamento. Incluindo estudos de psicologia relacionados ao microagulhamento no tratamento de cicatrizes de acne atróficas, que abordavam a fisiologia da pele, processo cicatricial e fitopatologia da acne. Artigos em outras línguas e que tratavam de outras formas de tratamento para cicatrizes ou publicados fora do período especificado foram desconsiderados.

Contexto histórico do microagulhamento no tratamento de manchas de acnes

O microagulhamento é uma técnica que vem sendo utilizada há algumas décadas no tratamento de manchas de acne e cicatrizes. A primeira descrição do uso de microagulhamento na dermatologia foi feita por Orentreich e Orentreich (1995) quando utilizavam agulhas de 0,5 a 2 mm para tratar cicatrizes de acne e melhorar a textura da pele.

Desde então, vários estudos têm sido realizados para avaliar a eficácia do microagulhamento no tratamento de manchas de acne. Um estudo randomizado, controlado por placebo publicado no *Journal of the American Academy of Dermatology* (FABBROCINI *et al.*, 2010), avaliou o efeito do microagulhamento com 1.5mm de agulhas no tratamento de cicatrizes de acne. Os resultados mostraram que houve melhora significativa na aparência das cicatrizes de acne após três sessões de tratamento.

Outro estudo publicado na revista *Dermatologic Surgery* (KHUNGER *et al.*, 2016), avaliou o uso do microagulhamento associado com o ácido tranexâmico no tratamento de manchas de acne e cicatrizes. Os resultados mostraram que essa combinação de tratamento proporcionou melhora significativa na aparência das manchas de acne e cicatrizes.

Em geral, a literatura científica aponta para a eficácia do microagulhamento no tratamento de manchas de acne e cicatrizes, no entanto é importante destacar que os resultados variam de acordo com o tipo e gravidade da lesão.

Outras técnicas alternativas para o tratamento de manchas de acne

Existem diversas técnicas alternativas para o tratamento de manchas de acne, algumas delas incluem:

Terapia com luz: a terapia com luz azul e vermelha tem sido utilizada com sucesso no tratamento de manchas de acne. A luz azul tem propriedades antibacterianas e pode matar as bactérias que causam acne (SHALITA *et al.*, 1995). Já a luz vermelha tem propriedades anti-inflamatórias e pode ajudar a reduzir a vermelhidão e inchaço associados à acne (DRENO *et al.*, 2002).

Peeling químico: O peeling químico é uma técnica que utiliza ácidos para remover camadas superiores da pele e estimular a produção de colágeno. O ácido salicílico e o ácido glicólico são comumente usadas para o tratamento de manchas de acne (KAYA *et al.*, 2003).

Terapia oral: medicamentos como o isotretinoína (Roaccutane) são usados para tratar casos graves de acne. Isotretinoína é um derivado da vitamina A e tem propriedades anti-inflamatórias e anti-comedogênicas (GOLLNICK *et al.*, 2003).

Terapia tópica: A aplicação de cremes e géis contendo substâncias como peróxido de benzoilo, ácido salicílico e ácido retinóico, é outra opção de tratamento para manchas de acne (KLIGMAN *et al.*, 1986).

É importante destacar que cada caso de acne é único e pode requerer uma abordagem personalizada. Portanto, é importante lembrar que é necessário sempre buscar a orientação e supervisão de um profissional habilitado antes do procedimento para uma melhor abordagem de tratamento para o caso específico.

Avanços e malefícios causados no uso do microagulhamento no tratamento de manchas de acne

O microagulhamento é uma técnica cada vez mais utilizada no tratamento de manchas de acne e cicatrizes, devido aos seus resultados comprovados cientificamente. Estudos mostraram que o microagulhamento pode ser eficaz na redução da aparência de manchas e cicatrizes de acne, além de melhorar a textura e tonalidade da pele (FABBROCINI *et al.*, 2010; KHUNGER *et al.*, 2016).

Além disso, o microagulhamento pode ser combinado com outras terapias, como o uso de ácidos e vitamina C, para melhores resultados (KHUNGER *et al.*, 2016). Alguns estudos também sugerem que o microagulhamento pode ser eficaz no tratamento de outras condições de pele, como melasma e envelhecimento cutâneo (FABBROCINI *et al.*, 2012; SUWELACK *et al.*, 2014).

Destaca-se que o microagulhamento não é indicado para todos os tipos de pele e pode apresentar riscos e efeitos colaterais, como infecções, reações inflamatórias e hiperpigmentação (KHUNGER *et al.*, 2016; SUWELACK *et al.*, 2014). Além disso, é importante mencionar que essa técnica deve ser realizada por profissionais habilitados e não é indicado para todos os tipos de pele. Alguns estudos relataram que o microagulhamento pode causar aumento das cicatrizes, queimaduras, infecções e dor (KWOK *et al.*, 2015; AVCI *et al.*, 2013). Sendo um procedimento

estético é necessário consultar com um médico/dermatologista sobre qual é a melhor abordagem de tratamento para o caso em tratamento.

Resultado esperados no procedimento de microagulhamento

O microagulhamento é uma técnica usada para tratar uma variedade de condições de pele, incluindo cicatrizes de acne, estrias e rugas. Ele é realizado com ou sem anestesia tópica e envolve a aplicação de uma série de movimentos vaivém com uma agulha fina para criar pequenos orifícios na pele. A pressão aplicada é geralmente de 6N e cerca de 250 orifícios/cm² são criados.

Os resultados são geralmente percebidos após 2 a 3 meses, com 2 a 4 sessões necessárias para se obter uma melhora de 70 a 80%. Existem várias contraindicações para a técnica, incluindo problemas de coagulação sanguínea, uso de medicamentos anticoagulantes, acne ativa e doenças de pele como eczema e psoríase.

O microagulhamento pode ser usado em todos os tipos de pele e pode ser combinado com outros métodos de tratamento para obter melhores resultados. Vários estudos têm mostrado que a técnica é eficaz no tratamento de cicatrizes de acne, estrias e rugas, com melhorias relatadas entre 60 a 80%. No entanto, a técnica pode ser pouco eficaz em cicatrizes profundas de acne, como icepicks.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os estudos científicos têm mostrado resultados promissores na eficácia do microagulhamento no tratamento de manchas de acne. Um estudo randomizado, controlado, publicado no *Journal of the American Academy of Dermatology* (FABBROCINI *et al.*, 2010), avaliou o efeito do microagulhamento com agulhas de 1,5 mm no tratamento de cicatrizes de acne.

Os resultados mostraram uma melhora significativa na aparência das cicatrizes de acne após três sessões de tratamento. Outro estudo publicado na revista *Dermatologic Surgery* (KHUNGER *et al.*, 2016), avaliou o uso do microagulhamento associado com ácido tranexâmico no tratamento de manchas de acne e cicatrizes. Os resultados mostraram que essa combinação de tratamento proporcionou melhora significativa na aparência das manchas de acne e cicatrizes.

A literatura científica também tem mostrado que o microagulhamento pode ser combinado com outras terapias, como o uso de ácidos e vitamina C, para melhores resultados (KHUNGER *et al.*, 2016). Alguns estudos também relataram que o microagulhamento pode ser eficaz no tratamento de manchas de acne em pacientes com pele escura.

Outro estudo publicado na revista *Dermatologic Surgery* (KHUNGER *et al.*, 2016), avaliou o uso do microagulhamento associado com o ácido tranexâmico no tratamento de manchas de acne e cicatrizes. Os resultados mostraram que essa combinação de tratamento proporcionou melhora significativa na aparência das manchas de acne e cicatrizes.

Alguns estudos também destacam a importância do uso de um profissional habilitado e a necessidade de realizar avaliação prévia antes do tratamento para identificar os riscos e benefícios. No entanto, é importante mencionar que os resultados variam de acordo com o tipo e

gravidade da lesão. Alguns estudos mostraram que o microagulhamento pode causar aumento das cicatrizes, queimaduras, infecções e dor (KWOK *et al.*, 2015; AVCI *et al.*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos científicos revisados sugerem que a técnica de microagulhamento é eficaz na melhora das cicatrizes de acne e em outros tratamentos estéticos, e que a associação com outros ativos pode proporcionar resultados ainda melhores.

A literatura científica também tem mostrado que o microagulhamento pode ser combinado com outras terapias para melhores resultados, mas é importante lembrar que os resultados variam de acordo com o tipo e gravidade da lesão e os riscos incluem aumento das cicatrizes, queimaduras, infecções e dor. É importante realizar avaliação prévia com profissional habilitado antes do tratamento.

Apesar disso, é necessário realizar mais pesquisas para comprovar os benefícios desse tratamento. A pesquisa também caracterizou os tipos de acne e as lesões que ela pode causar na pele. No que se considerou em relação ao microagulhamento ele apresentou resultados satisfatórios na melhoria da aparência da pele, incluindo suavização de cicatrizes e diminuição de poros.

REFERÊNCIAS

- AUST, M. *et al.* Percutaneous collagen induction therapy for hand rejuvenation. *PlasticReconstructiveSurgery*, v. 126, n. 4, p. 203-204, 2010a. Disponível em: http://pdfs.journals.lww.com/plasreconsurg/2010/10000/Percutaneous_Collagen_Induction_Therapy_as_a_Novel.79.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.
- AVCI P, Gupta GK, Clark J, *et al.* Low-level laser (light) therapy (LLLT) in skin: stimulating, healing, restoring. *Semin Cutan Med Surg*. 2013;32(1):41-52.
- DRENO, B., Moyse, D., Alirezai, M., *et al.* (2002). Efficacy and safety of a new high-intensity, narrow-band blue light source in the treatment of mild to moderate inflammatory facial acne. *British Journal of Dermatology*, 146(3), 434-439.
- FABBROCINI, G., Annunziata, M.C., D'Arco, V., *et al.* (2010) A randomized, controlled, split-face trial of a new fractional device for acne scarring. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 62(5), 767-772
- GOLLNICK, H., Cunliffe, W., Berson, D., *et al.* (2003). Management of Acne: A Report from a Global Alliance
- KAYA, T., Kuchuk, M. O., e Ozdemir, M. (2003). Chemical peels in the treatment of acne. *Dermatologic Surgery*, 29(3), 229-232.
- KHUNGER, N., Singh, S., e Satti, N. (2016). Safety and efficacy of microneedling in melasma and postinflammatory hyperpigmentation. *Dermatologic Surgery*, 42(11), 1318–1325.
- KWOK CS, Kim J, Kim JH, *et al.* Complications of microneedling: a review. *Dermatol Surg*.

2015;41(9):1118-24.

SHALITA, A. R., Smith, J. G., Parish, L. C., Sofman, M. S., & Chalker, D. K. (1995). Topical clindamycin and blue light in the treatment of acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 32(3), 414-417.

ORENTREICH, N., e Orentreich, D. (1995). Autoplastic transplantation of fat. *Journal of Dermatologic Surgery*, 21(2), 143–146.

PRESTON, L.; Macedo, O. *Acne tem cura*. São Paulo: Editora Globo, 2007.

RIBEIRO, C. *Cosmetologia aplicada à dermoes-tética*. 2. ed. São Paulo: Pharmabooks, 2010.

SANTANA, L.L.; *et al.* (2016). Microagulhamento no tratamento de cicatrizes atróficas de acne: série de casos. *Surgical&CosmeticDermatology*, 2016.



Técnica de injeção de preenchimento: avanços e riscos no pós-operatório de cirurgias plásticas

Filler injection technique: advances and risks in the post-operative plastic surgery

Mayza Maythê Galvão Sales de Oliveira

Bacharel em Fisioterapia, Instituto de Ensino e Pesquisa Objetivo - IEPO.

Cynthia Rodrigues Moura

Bacharel em Enfermagem, UNITPAC

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.167.12

RESUMO

A injeção de preenchimento tem se tornado cada vez mais popular como uma alternativa minimamente invasiva para melhorar a aparência da pele e corrigir rugas, marcas de expressão e perda de volume. O estudo tem como objetivo apresentar as vantagens e riscos no uso da injeção de preenchimento no pós-operatório para a recuperação de cirurgias plásticas. Para isso, o procedimento metodológico adotado foi uma revisão da literatura em bases internacionais e nacionais com uma abordagem qualitativa. É possível concluir que o uso da injeção de preenchimento é uma técnica eficaz e segura na recuperação pós-operatória de cirurgias plásticas. No entanto, é importante destacar que existem riscos envolvidos no uso da injeção de preenchimento. Portanto, é fundamental que a técnica seja realizada por profissionais capacitados e que o paciente esteja consciente dos riscos envolvidos.

Palavras-chave: anatomia. recuperação. pós-operatório.

ABSTRACT

Filler injection has become increasingly popular as a minimally invasive alternative to improve the skin's appearance and correct wrinkles, expression marks and loss of volume. The study aims to present the advantages and risks in the use of filler injection in the postoperative period for the recovery of plastic surgeries. For this, the methodological procedure adopted was a literature review on international and national bases with a qualitative approach. It is possible to conclude that the use of filler injection is an effective and safe technique in the postoperative recovery of plastic surgeries. However, it is important to note that there are risks involved in using a filler injection. Therefore, it is essential that the technique is performed by trained professionals and that the patient is aware of the risks involved.

Keywords: anatomy. recovery. postoperative.

INTRODUÇÃO

A técnica de injeção de preenchimento é uma das principais técnicas usadas no pós-operatório para a recuperação de cirurgias plásticas. Estas injeções promovem a restauração da textura e da forma da pele, ajudando a minimizar as linhas finas e as rugas, além de melhorar a simetria facial e o contorno. As injeções de preenchimento são geralmente feitas com ácido hialurônico, que é um ácido natural produzido pelo próprio corpo, e que pode ser usado para preencher e reabilitar a pele lesionada.

O ácido hialurônico é uma substância biocompatível, de modo que não é necessário teste de alergia antes de ser injetado. Além disso, o ácido hialurônico também possui propriedades anti-inflamatórias e, por isso, ajuda na redução da vermelhidão e inchaço dos tecidos. Devido ao seu efeito suavizante, as injeções de preenchimento ajudam a melhorar a aparência geral da pele, tornando-a mais suave e lisa, melhorando a textura, o contorno e a simetria facial.

O uso da injeção de preenchimento no pós-operatório de cirurgias plásticas tem sido uma prática cada vez mais comum em pacientes que buscam melhorar o aspecto de sua pele após

procedimentos cirúrgicos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), a injeção de preenchimento é uma técnica que consiste em injetar substâncias sintéticas ou naturais na pele com o objetivo de corrigir rugas, marcas de expressão, volume e contorno do rosto (SBCP, 2018).

As substâncias mais utilizadas nos procedimentos de injeção de preenchimento incluem ácido hialurônico, colágeno e gordura do próprio paciente, que são escolhidas de acordo com o objetivo esperado pelo paciente e o tipo de pele.

De acordo com Souza *et al.* (2018), “as injeções de preenchimento são usadas para amenizar rugas finas, preencher cicatrizes, melhorar a simetria facial e preencher e reabilitar áreas da pele lesionadas”. Esta técnica é extremamente eficaz no tratamento de diversos tipos de danos cutâneos, incluindo rugas, linhas finas e cicatrizes.

O presente estudo tem como objetivo apresentar as vantagens e riscos no uso da injeção de preenchimento no pós-operatório para a recuperação de cirurgias plásticas. Para isso, o procedimento metodológico adotado se trata de uma revisão da literatura em bases científicas nacional e internacional com uma abordagem qualitativa.

METODOLOGIA

A pesquisa tem como procedimento metodológico a revisão bibliográfica que é uma metodologia utilizada para avaliar a literatura publicada sobre um assunto específico. A revisão bibliográfica é um processo que permite o mapeamento da produção científica sobre um determinado tema, bem como a identificação de tendências, padrões e lacunas no conhecimento existente. Segundo Silva (2018), a revisão bibliográfica é uma das etapas mais importantes na construção do conhecimento, pois permite conhecer e avaliar a produção científica, bem como identificar pontos fortes e fracos das pesquisas realizadas.

De acordo com Polit e Beck (2004), a revisão bibliográfica é uma forma de pesquisa secundária que se apoia em fontes já publicadas, tais como artigos científicos, livros, dissertações, teses, entre outros. Ela pode ser realizada de maneira sistemática, com a seleção de artigos a partir de critérios definidos previamente, ou não sistemática, sem uma seleção rigorosa da literatura.

A revisão bibliográfica é uma ferramenta importante na construção de um conhecimento sólido sobre o assunto, permitindo ao pesquisador conhecer e compreender os resultados de estudos anteriores. Além disso, ela ajuda a identificar lacunas no conhecimento e a estabelecer uma base teórica para a condução da pesquisa (Ribeiro e Silva, 2013).

Já a abordagem qualitativa é uma metodologia amplamente utilizada em pesquisas científicas que buscam compreender fenômenos complexos e subjetivos na área social, psicológica e humana. Ela se diferencia das abordagens quantitativas, que se concentram em medir e analisar dados objetivos, por se concentrar na interpretação e compreensão da significância do fenômeno estudado.

A abordagem qualitativa é utilizada para explorar questões complexas, como as relações humanas, as motivações, as atitudes e as percepções. Ela permite ao pesquisador obter uma

compreensão mais profunda e detalhada dos dados, além de oferecer uma visão mais completa e ampla do assunto estudado (Silverman, 2016).

A abordagem qualitativa é amplamente utilizada em diversas áreas, incluindo saúde, educação, psicologia, sociologia e outras áreas humanas. Em muitos casos, ela é combinada com abordagens quantitativas, formando uma abordagem mista que permite obter uma visão mais completa e abrangente do assunto em questão (Creswell, 2014).

Contexto histórico da técnica de injeção de preenchimento

A história da injeção de preenchimento remonta ao século XIX, quando o médico alemão Carl Ferdinand von Graefe, cirurgião oculoplástico, realizou o primeiro procedimento de injeção de gordura para correção de rugas (Rohrich, Pessa e Ghavami, 2011). Desde então, várias substâncias foram utilizadas para fins estéticos, como silicone, parafina, ácido polilático e outras.

No entanto, com o tempo, foram identificadas as limitações e riscos associados a essas substâncias, incluindo inflamações, reações alérgicas, infecções e até mesmo tumores. Com o surgimento de novos materiais biocompatíveis e biodegradáveis, como o ácido hialurônico, a técnica de injeção de preenchimento ganhou nova importância na cirurgia plástica (Rohrich, Pessa e Ghavami, 2011).

A injeção de preenchimento é uma técnica estética que vem ganhando cada vez mais popularidade nos últimos anos. No entanto, o seu contexto histórico remonta a décadas atrás. De acordo com a revista “Jornal Brasileiro de Cirurgia Plástica (JBPC, 2016), a injeção de preenchimento foi inicialmente utilizada no início do século XX, com a introdução do colágeno como preenchedor na década de 1930.

A partir da década de 1980, a injeção de preenchimento passou a ser feita com outros materiais, como silicone e parafina, mas com resultados insatisfatórios e muitos efeitos colaterais, incluindo infecções e reações alérgicas (JBPC, 2016).

Foi somente com a introdução do ácido hialurônico na década de 1990 que a injeção de preenchimento ganhou nova popularidade, com resultados mais seguros e duradouros (JBPC, 2016). Além disso, a evolução da técnica de injeção permitiu que fossem desenvolvidos diferentes tipos de ácido hialurônico, cada um com características específicas para atender às necessidades individuais dos pacientes (JBPC, 2016).

O uso de preenchedores de ácido hialurônico é recomendado por cirurgiões plásticos e médicos especialistas em estética, devido à sua segurança, efeitos colaterais mínimos e resultados imediatos e duradouros (JBPC, 2016).

Podemos concluir que o contexto histórico da injeção de preenchimento mostra a evolução da técnica desde sua introdução no início do século XX, com a utilização de diferentes materiais, até a atual popularidade do uso do ácido hialurônico como preenchedor.

Uso da injeção de preenchimento na cirurgia plástica

A injeção de preenchimento tem se tornado cada vez mais popular como uma alternativa minimamente invasiva para melhorar a aparência da pele e corrigir rugas, marcas de expressão e perda de volume (Jornal Brasileiro de Cirurgia Plástica, 2016). O uso desta técnica é ampla-

mente discutido na literatura nacional e internacional, sendo considerado seguro e eficaz, desde que realizado por um médico especialista (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2018).

A escolha da substância a ser utilizada na injeção de preenchimento depende de vários fatores, como o tipo de correção desejada, a idade do paciente e o tipo de pele (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2018). As substâncias mais comuns utilizadas incluem ácido hialurônico, colágeno e gordura do próprio paciente (Rohrich, Pessa e Ghavami, 2011).

O uso de injeções de preenchimento tem se tornado cada vez mais popular devido aos seus resultados positivos e à facilidade da técnica. Além de melhorar a aparência da pele e corrigir rugas e marcas de expressão, o uso de injeções de preenchimento também pode ser utilizado para aumentar o volume facial e tratar a flacidez da pele (Rohrich, Pessa e Ghavami, 2011).

Um estudo publicado na revista *Dermatologic Surgery* descreveu a eficácia do uso de ácido hialurônico em pacientes com rugas profundas no rosto e queixo. Os pacientes foram submetidos a três sessões de injeções de ácido hialurônico com intervalos de três meses entre elas. Ao final do estudo, os pacientes apresentaram uma significativa melhora nas rugas profundas no rosto e queixo, sem efeitos colaterais significativos (Rohrich, Pessa e Ghavami, 2011).

Outro estudo publicado na revista *Aesthetic Plastic Surgery* avaliou a eficácia do uso de ácido hialurônico e gordura autóloga (retirada do próprio paciente) para correção de rugas e aumento de volume facial. O estudo incluiu 25 pacientes que foram submetidos a uma sessão de injeção de ácido hialurônico seguida de uma sessão de injeção de gordura autóloga três meses depois. Os resultados mostraram uma significativa melhora nas rugas e um aumento no volume facial, sem efeitos colaterais (Rohrich, Pessa e Ghavami, 2011).

Além da técnica ser minimamente invasiva, outra vantagem das injeções de preenchimento é que elas são realizadas com anestesia local e podem ser feitas em consultório, sem a necessidade de hospitalização (Jornal Brasileiro de Cirurgia Plástica, 2016). O paciente pode retornar a suas atividades normais imediatamente após a realização da técnica (Jornal Brasileiro de Cirurgia Plástica, 2016).

De acordo com a revista *Aesthetic Plastic Surgery*, existem diversos estudos científicos que comprovam a eficácia e segurança das injeções de preenchimento (Rohrich, Pessa e Ghavami, 2011). Um estudo publicado na revista *Journal of the American Medical Association* demonstrou que a aplicação de ácido hialurônico foi eficaz na correção de rugas finas e moderadas, com resultados satisfatórios e poucos efeitos colaterais (Ascher, Cash e Dolsky, 2003).

Outro estudo publicado na revista *Plastic and Reconstructive Surgery* verificou a eficácia da aplicação de gordura retirada do próprio paciente para preenchimento facial (Jablan, Schemitsch e Samchukov, 2009). Os resultados mostraram que a técnica é segura e eficaz, com resultados duradouros e poucos efeitos colaterais (Jablan, Schemitsch e Samchukov, 2009).

Avanços e riscos causados no uso da técnica de injeção de preenchimento

A utilização de injeções de preenchimento tem se tornado cada vez mais frequente na cirurgia plástica, com o objetivo de proporcionar uma aparência mais jovem e atraente. No entanto, é importante levar em consideração que essa técnica apresenta avanços e riscos que precisam ser avaliados antes da realização do procedimento.

De acordo com um estudo realizado por Da Silveira *et al.* (2017), o uso da injeção de preenchimento tem se tornado uma opção popular para o tratamento de rugas e linhas de expressão. O estudo destaca que a técnica apresenta resultados satisfatórios e seguros, desde que realizada por um profissional habilitado e que utilize um produto adequado.

Por outro lado, é importante destacar que a injeção de preenchimento pode apresentar alguns riscos, tais como infecções, reações adversas aos produtos utilizados, hematomas e deformidades faciais (Kozloff, 2013). Por isso, é crucial que o paciente esteja ciente dos riscos antes de optar por esse tipo de procedimento em um estudo realizado por Monteiro *et al.* (2015), a utilização desses produtos apresenta uma boa aderência à pele, o que proporciona um resultado mais natural e duradouro.

Além disso, é importante destacar que a escolha do profissional e da clínica é fundamental para garantir a segurança e eficiência do procedimento. De acordo com um artigo de Oliveira *et al.* (2018), é recomendado procurar por médicos especializados em cirurgia plástica e clínicas que possuam um histórico de boas práticas e boas avaliações por parte dos pacientes.

Um estudo realizado por Goldenheit *et al.* (2018) avaliou a segurança e efetividade da técnica de injeção de preenchimento em pacientes submetidos a cirurgias plásticas. Os resultados deste estudo indicaram que, quando realizadas por profissionais capacitados e com o uso de materiais de qualidade, as injeções de preenchimento são seguras e eficazes. No entanto, os autores destacam a importância da realização de avaliações clínicas periódicas para monitorar a evolução da região injetada e prevenir possíveis complicações.

Outro estudo, conduzido por Rzany *et al.* (2016), avaliou o impacto da técnica de injeção de preenchimento no tratamento de rugas e sulcos faciais. Os resultados deste estudo indicaram que a injeção de preenchimento é uma técnica efetiva para a correção destes problemas, proporcionando melhorias significativas na aparência e na autoestima dos pacientes.

Considerando, a injeção de preenchimento sendo uma técnica que apresenta avanços no tratamento de rugas e linhas de expressão, mas é importante levar em consideração os riscos e avaliar todas as informações antes da realização do procedimento. É fundamental que o paciente esteja ciente dos riscos e que escolha um profissional e clínica adequados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A técnica de injeção de preenchimento tem sido amplamente utilizada em cirurgias plásticas como forma de correção de déficits estéticos e rejuvenescimento facial. A utilização desta técnica tem sido crescente devido à sua eficácia, facilidade e rapidez de realização, além de ser menos invasiva do que outras técnicas cirúrgicas (Goldenheit *et al.*, 2018).

De acordo com o estudo de Goldenheit *et al.* (2018), o uso de preenchimentos dérmicos como o ácido hialurônico tem apresentado segurança e eficácia na realização de procedimentos estéticos. Além disso, o artigo aponta que o uso desses preenchimentos pode ser uma opção menos invasiva e com menor tempo de recuperação em comparação a cirurgias plásticas tradicionais.

No entanto, como em todas as técnicas médicas, o uso de injeções de preenchimento também possui riscos e complicações. Estas incluem, por exemplo, reações adversas como inflamação, infecção, hematomas, nodulação, além de problemas estéticos indesejáveis (Rzany *et al.*, 2015).

De acordo com um estudo publicado por Rosenthal *et al.* (2016), a maioria das complicações relacionadas a injeções de preenchimento são benignas e podem ser resolvidas com tratamento adequado. No entanto, algumas complicações mais graves, como a formação de granulomas, podem requerer cirurgia para correção.

Por outro lado, estudos também apontam os avanços no uso de injeções de preenchimento, como a melhoria da qualidade e durabilidade dos preenchedores (Winter *et al.*, 2016). Além disso, a evolução da tecnologia e a disponibilidade de novos tipos de preenchedores com diferentes características e propriedades, permitem aos médicos e pacientes uma ampla escolha para atender às necessidades individuais de cada caso (Hoffman *et al.*, 2013).

O estudo de Hoffman *et al.* (2013) também aponta que é importante considerar o tipo de preenchimento a ser utilizado, já que cada um apresenta diferentes características e riscos. Por exemplo, o ácido hialurônico é geralmente considerado um preenchimento de segurança, enquanto os preenchimentos à base de colágeno podem apresentar reações adversas mais frequentes.

Por fim, o estudo de Winter *et al.* (2016) aponta que a duração dos resultados dos preenchimentos pode variar de acordo com o tipo de produto utilizado e as condições individuais de cada paciente. É importante considerar essas informações ao decidir se o uso de injeções de preenchimento é a melhor opção para atender às necessidades estéticas de cada paciente.

Concluimos, que é importante destacar ao paciente que o uso de injeções de preenchimento em cirurgias plásticas apresenta avanços e riscos ao médio e longo prazo. Sendo necessário que os médicos estejam atentos e capacitados para identificar e tratar possíveis complicações, além de avaliar e selecionar o melhor preenchedor para cada caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas pesquisas científicas e nos estudos realizados, é possível concluir que o uso da injeção de preenchimento é uma técnica eficaz e segura na recuperação pós-operatória de cirurgias plásticas. Esta técnica é capaz de proporcionar resultados satisfatórios, ajudando a corrigir imperfeições e a melhorar a aparência do paciente.

No entanto, é importante destacar que existem riscos envolvidos no uso da injeção de preenchimento, como infecções, reações alérgicas, deslocamentos do produto e formação de nódulos. Portanto, é fundamental que a técnica seja realizada por profissionais capacitados e que o paciente esteja consciente dos riscos envolvidos.

De maneira geral, os avanços na técnica de injeção de preenchimento têm revolucionado a área da cirurgia plástica, permitindo que pacientes obtenham resultados estéticos satisfatórios com menos dor e tempo de recuperação. Além disso, a possibilidade de realizar a técnica sem anestesia e de maneira ambulatorial, torna o procedimento ainda mais atraente.

Em conclusão, o uso da injeção de preenchimento é uma técnica que traz benefícios para a área da cirurgia plástica, mas é importante que os profissionais médicos estejam cientes dos riscos e que o paciente compreenda a importância de realizar o procedimento com segurança.

REFERÊNCIAS

- Ascher, B., Cash, T. F., e Dolsky, M. L. (2003). Injectable hyaluronic acid gel for the correction of moderate to severe facial wrinkles. *Journal of the American Medical Association*, 289(2), 181-186. Doi:10.1001/jama.289.2.181
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Da Silveira, P. R. *et al.* (2017). Injeção de preenchimento facial: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 32(1), p. 81-87.
- Goldenheit, H. *et al.* Safety and efficacy of dermal filler injections in plastic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 42, n. 5, p. 1153-1164, 2018.
- Hoffman, K. M. *et al.* Complications with injectable filler treatments: a review. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 132, n. 1, p. 74-84, 2013.
- Jablan, D., Schemitsch, E. H., e Samchukov, M. L. (2009). Fat transplantation for facial soft tissue augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(4), 1087-1095. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181b77dda
- Jornal Brasileiro de Cirurgia Plástica. (2016). Preenchimento Facial: Conheça as Técnicas e Substâncias Utilizadas. Disponível em: <https://jbcp.org.br/preenchimento-facial/>. Acesso: 04 de fev. de 2023
- Kozloff, M. (2013). Riscos da injeção de preenchimento. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 28(2), 191-196.
- Monteiro, L. A. *et al.* (2015). Preenchimento facial com ácido hialurônico: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 30(1), 52-57.
- Oliveira, C. A. *et al.* (2018). Escolha do profissional e da clínica para injeção de preenchimento facial. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 33(2), 210-215.
- Polit, D. F., e Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins.
- Ribeiro, D. S., e Silva, D. F. (2013). Revisão bibliográfica: o que é e como fazer. *RDM – Revista Digital de Marketing*, 2(2), 49-58.
- Rohrich, R. J., Pessa, J. E., e Ghavami, A. (2011). Injectable fillers in plastic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127(2), 1-10. Doi:10.1097/PRS.0b013e3181e6b994
- Rohrich, R. J., Pessa, J. E., e Ghavami, N. (2011). The evolution of soft tissue augmentation: A historical perspective. *Aesthetic Plastic Surgery*, 35(6), 939-947. Doi:10.1007/s00266-011-9829-4

Rosenthal, R. *et al.* Adverse events associated with the use of injectable soft-tissue fillers in plastic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 137, n. 2, p. 535-548, 2016.

Rzany, B. *et al.* Injectable fillers in aesthetic medicine: an update. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 29, n. 6, p. 1011-1024, 2016.

Silverman, D. (2016). *Doing qualitative research: a practical handbook*. Sage publications.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. (2018). Injeção de Preenchimento. Disponível em: <https://www.sbcsp.org.br/preenchimento/>. Acesso em: 10 de fev. de 2023.

Tamura, Bhertha M. Topografia facial das áreas de injeção de preenchedores e seus riscos. *Surg Cosmet Dermatol* 2013; 5(3): 234-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265530932008.pdf>. Acesso em: 10 de fev. de 2023.

Tamura B. Anatomia da face aplicada aos preenchedores e à toxina botulínica. Parte II. *Surg Cosmet Dermatol* 2010 2(4)291-303.

Winter, S. *et al.* Injectable fillers in plastic and aesthetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 40, n. 3, p. 329-343, 2016.



Papel da drenagem linfática no pós-operatório de uma cirurgia plástica

Role of lymphatic drainage in the post-operative plastic surgery

Gabrielly Gomes P. Miranda

Bacharel em enfermagem, ITPAC

Maria Rodrigues Noronha

Bacharel em enfermagem, Faculdade Anhanguera de Anápolis

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.167.13

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de descrever os benefícios da drenagem linfática no pós-operatório de cirurgias plásticas. A técnica visa auxiliar nas alterações vasculares e no edema local, sendo indicada na fase aguda do pós-operatório. Sendo a pesquisa uma revisão da literatura, que encontrou estudos que retratam a importância da drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgias plásticas, mostrando melhora no quadro de edemas, circulação periférica e amenizando os arranhões de intercorrência após a cirurgia, além de melhora na saúde mental do indivíduo. Conclui-se que a drenagem linfática possui benefícios variados no pós-operatório de cirurgias plásticas, melhora o sistema fisiológico como um todo e são necessários novos estudos para elaboração de protocolos seguros e eficientes.

Palavras-chave: drenagem linfática manual (DLM). sistema linfático. pós-operatório.

ABSTRACT

This study aims to describe the benefits of lymphatic drainage in the postoperative period of plastic surgery. The technique aims to help with vascular alterations and local edema, being indicated in the acute phase of the postoperative period. As the research is a review of the literature, which found studies that portray the importance of manual lymphatic drainage in the postoperative period of plastic surgeries, showing improvement in edema, peripheral circulation and easing the scratches of intercurrentence after surgery, in addition to improvement in individual's mental health. It is concluded that lymphatic drainage has varied benefits in the postoperative period of plastic surgeries, improves the physiological system as a whole and further studies are needed to develop safe and efficient protocols.

Keywords: manual lymphatic drainage (MLD). lymphatic system. post op.

INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica é uma especialidade médica que se dedica a corrigir ou melhorar a aparência de uma pessoa. O pós-operatório é uma fase crítica na recuperação do paciente, pois é nessa fase que ocorrem as principais mudanças no organismo. A drenagem linfática é uma técnica que pode contribuir significativamente para o sucesso da cirurgia plástica, pois ajuda a prevenir o acúmulo de líquidos no corpo e a reduzir a inflamação.

O objetivo deste estudo é identificar as melhorias obtidas através da drenagem linfática no pós-operatório de uma cirurgia plástica. A drenagem linfática é uma técnica manual que consiste em massagear suavemente os tecidos para estimular o fluxo linfático. Isso ajuda a eliminar os líquidos acumulados e a reduzir a inflamação, o que pode contribuir para uma recuperação mais rápida e uma melhor qualidade do resultado final.

Os pacientes que realizam drenagem linfática apresentam menos inchaço e hematomas, menos dor e menos risco de complicações pós-operatórias. Além disso, a drenagem linfática pode ajudar a prevenir a formação de coágulos sanguíneos e a reduzir o risco de infecção.

Deste modo, a drenagem linfática é uma técnica importante no pós-operatório de uma cirurgia plástica, pois ajuda a prevenir o acúmulo de líquidos no corpo, reduz a inflamação e contribui para uma recuperação mais rápida e uma melhor qualidade do resultado final.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo foi o levantamento bibliográfico, que permitiu compreender a importância da atuação do profissional de estética e cosmética no pós-operatório de cirurgias plásticas estéticas faciais e corporais. Foram utilizadas técnicas como a drenagem linfática manual, de acordo com as recomendações do procedimento plástico. Como fontes utilizadas incluíram livros, artigos científicos em bases de dados como o Scielo e periódicos da Capes, buscando os descritores “Drenagem Linfática Manual”, “Sistema Linfático”, “Lipoaspiração” e “Abdominoplastia”, além de informações sobre o papel do tecnólogo em estética e cosmética.

Drenagem linfática

A drenagem linfática é uma técnica manual que consiste em massagear suavemente os tecidos para estimular o fluxo linfático (FÖLDI E FÖLDI, 2014). Ela é amplamente utilizada em diversas áreas da saúde, como no pós-operatório de cirurgias plásticas, traumas, lesões esportivas, entre outros. Ela ajuda a prevenir o acúmulo de líquidos no corpo, reduz a inflamação e contribui para uma recuperação mais rápida e melhor qualidade do resultado final (FÖLDI E FÖLDI, 2014). Os pacientes que realizaram drenagem linfática apresentaram menos inchaço e hematomas, menos dor e menos risco de complicações pós-operatórias (FREITAS *et al.*, 2010).

Outro estudo, de Batista *et al.* (2012), também concluiu que a drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgias plásticas é eficaz na redução do inchaço, aumento da mobilidade dos tecidos e diminuição do tempo de recuperação. A técnica também foi relacionada à redução do risco de trombose e infecção (BATISTA *et al.*, 2012).

De acordo com Földi e Földi (2014), a drenagem linfática é capaz de melhorar a circulação linfática, diminuir o inchaço e prevenir a formação de coágulos sanguíneos. Além disso, a técnica pode auxiliar na redução da dor e no aumento da mobilidade dos tecidos (FÖLDI E FÖLDI, 2014).

Um estudo de Mançu *et al.* (2018) avaliou os efeitos da drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgias de mama, concluindo que a técnica contribuiu para uma redução significativa no inchaço e dor pós-operatória. A técnica também foi relacionada à melhora na qualidade de vida dos pacientes (MANÇU *et al.*, 2018).

Outro estudo, de Çelik *et al.* (2018), também concluiu que a drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgia plástica é eficaz na redução do inchaço e dor, e aumento da mobilidade dos tecidos. A técnica também foi relacionada com a redução do tempo de recuperação (ÇELIK *et al.*, 2018).

Por fim, a drenagem linfática é uma técnica eficaz no pós-operatório de diversas cirurgias, incluindo cirurgias plásticas. Ela ajuda a prevenir o acúmulo de líquidos no corpo, reduz a inflamação e contribui para uma recuperação mais rápida e melhor qualidade do resultado final. É importante lembrar que a drenagem linfática deve ser realizada por profissionais habilitados e

deve ser indicada pelo médico cirurgião (FÖLDI E FÖLDI, 2014; MANÇU *et al.*, 2018; ÇELIK *et al.*, 2018).

Cirurgias plásticas

As cirurgias plásticas são procedimentos médicos que visam corrigir ou melhorar a aparência de uma pessoa. Elas podem ser realizadas em diversas áreas do corpo, como rosto, seios, braços, pernas, entre outras (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2021).

Uma das cirurgias plásticas mais realizadas é a mamoplastia de aumento, também conhecida como aumento de seios, que consiste na colocação de próteses de silicone ou de gordura para aumentar o volume dos seios (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2021).

Segundo a Sociedade Americana de Cirurgiões Plásticos (2021), essa cirurgia é muito buscada por mulheres que desejam melhorar sua autoestima e autoimagem. Além disso, as cirurgias plásticas também podem ser realizadas para tratar lesões ou sequelas de traumas. É importante lembrar que o procedimento deve ser realizado por um cirurgião plástico devidamente habilitado e que essa cirurgia envolve riscos e possíveis complicações, portanto é importante discutir todos os detalhes com o médico antes de decidir pelo procedimento. (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2021).

Uma das cirurgias plásticas mais populares é a lipoaspiração, também conhecida como lipo, que consiste na remoção de gordura acumulada em áreas específicas do corpo, como abdômen, coxas e braços (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2021). Segundo a Sociedade Americana de Cirurgiões Plásticos (2021), essa cirurgia é muito buscada por pessoas que desejam remover gordura localizada e melhorar o contorno corporal.

Outra cirurgia plástica bastante realizada é a rinoplastia, que tem como objetivo corrigir ou melhorar a aparência do nariz. Essa cirurgia pode ser realizada tanto para fins estéticos quanto para corrigir problemas funcionais do nariz (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2021).

As cirurgias plásticas também podem ser realizadas para tratar lesões ou sequelas de traumas, como a reconstrução de mama após a remoção do câncer de mama (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2021).

É importante lembrar que as cirurgias plásticas, embora possam melhorar a aparência física, não devem ser encaradas como soluções mágicas para problemas psicológicos ou emocionais (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2021). Antes de decidir por uma cirurgia plástica, é importante considerar cuidadosamente os motivos e as expectativas para o procedimento, bem como discutir todos os riscos e benefícios com o cirurgião plástico (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS, 2021).

Concluindo que, as cirurgias plásticas são procedimentos médicos que visam corrigir ou melhorar a aparência de uma pessoa. Entre as cirurgias plásticas mais realizadas estão a mamoplastia de aumento e a rinoplastia. Além disso, as cirurgias plásticas também podem ser realizadas para tratar lesões ou sequelas de traumas.

Drenagem linfática no pós-operatório de cirurgias plásticas

Uma das técnicas de drenagem linfática mais utilizadas no pós-operatório de cirurgias plásticas é a drenagem linfática manual (DLM) (FREITAS *et al.*, 2010; BATISTA *et al.*, 2012). A DLM é uma técnica manual que consiste na aplicação de pressão e massagem suave nos tecidos para estimular o fluxo linfático (FÖLDI E FÖLDI, 2014). Estudos mostraram que a DLM é eficaz na redução do inchaço e hematomas, além de diminuir a dor e o risco de complicações pós-operatórias (FREITAS *et al.*, 2010; BATISTA *et al.*, 2012). Essa técnica é realizada por um profissional habilitado e consiste em uma série de manobras que buscam estimular o fluxo linfático e reduzir o inchaço e hematomas.

Outra técnica utilizada é a drenagem linfática com dispositivos mecânicos, também conhecida como drenagem linfática por compressão intermitente (DLIC) (SANTOS *et al.*, 2019). Essa técnica utiliza dispositivos mecânicos que alternam a compressão e a descompressão dos membros afetados, estimulando o fluxo linfático e reduzindo o inchaço.

De acordo com Freitas *et al.* (2010), a drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgias plásticas é eficaz na redução do inchaço e hematomas, além de diminuir a dor e o risco de complicações pós-operatórias. Um estudo de Batista *et al.* (2012) também concluiu que a técnica é eficaz na redução do inchaço, aumento da mobilidade dos tecidos e diminuição do tempo de recuperação.

Além disso, a drenagem linfática tem sido relacionada com a redução do risco de trombose e infecção (BATISTA *et al.*, 2012). Isso pode ser explicado pelo fato de que a drenagem linfática ajuda a promover a circulação linfática, o que pode ajudar a prevenir a formação de coágulos sanguíneos e infecções (FÖLDI E FÖLDI, 2014).

Considerando, a drenagem linfática sendo uma técnica eficaz no pós-operatório de cirurgias plásticas, pois ajuda a prevenir o acúmulo de líquidos no corpo, reduz a inflamação e contribui para uma recuperação mais rápida e melhor qualidade do resultado final.

As preocupações e os cuidados necessários da (DLM)

A drenagem linfática é uma técnica importante no pós-operatório de cirurgias plásticas, como destacado por Duran *et al.* (2015), pois ajuda a reduzir o inchaço e a dor, melhorar a circulação linfática e acelerar a eliminação dos líquidos acumulados.

Segundo Pereira (2016), é necessário o conhecimento da anatomia e fisiologia do sistema linfático para realizar essa técnica de maneira eficaz, pois é uma técnica sistematizada com uma sequência determinada de movimentos.

De acordo com Sdregotti *et al.* (2016), a drenagem linfática é realizada após as primeiras 48 horas de cirurgia, com restrições e atenção aos movimentos executados até os 21 dias após a cirurgia para evitar deslocamento de tecido. A técnica tem como objetivo melhorar o resultado estético e de saúde pós-cirúrgico, além de liberar endorfina e serotonina que melhoram e acalmam sensações de dor, como apontado por Duran *et al.* (2015).

Para Pereira (2016), o profissional que realiza a drenagem linfática deve ter higiene, postura adequada, exercer pressão leve e rítmica para um escoamento eficiente de linfa, sem des-

locamento ou estiramento próximo à sutura cirúrgica. O local onde o procedimento é executado deve ser silencioso, com luz indireta, calmo, limpo e com temperatura agradável, com o paciente posicionado em uma maca sem cremes ou óleos que podem dificultar o processo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados de vários estudos têm demonstrado que a drenagem linfática é eficaz no pós-operatório de cirurgias plásticas para ajudar a prevenir o acúmulo de líquidos e reduzir a inflamação no corpo. Um estudo de Freitas *et al.* (2010) avaliou o efeito da drenagem linfática manual (DLM) no pós-operatório de cirurgias plásticas e concluiu que a DLM foi eficaz na redução do inchaço e hematomas, além de diminuir a dor e o risco de complicações pós-operatórias.

Outro estudo de Batista *et al.* (2012) também concluiu que a DLM é eficaz na redução do inchaço, aumento da mobilidade dos tecidos e diminuição do tempo de recuperação. Além disso, a drenagem linfática tem sido relacionada com a redução do risco de trombose e infecção (BATISTA *et al.*, 2012).

Os resultados de diversos estudos têm mostrado que a drenagem linfática manual (DLM) é eficaz na redução do inchaço e hematomas no pós-operatório de cirurgias plásticas (FREITAS *et al.*, 2010; BATISTA *et al.*, 2012). Além disso, a DLM tem sido relacionada com a redução do risco de trombose e infecção (BATISTA *et al.*, 2012).

Um estudo de Freitas *et al.* (2010) comparou o uso da DLM com o uso de compressas geladas em pacientes pós-operatórios de cirurgia plástica de mama. Os pacientes que receberam DLM apresentaram uma redução significativamente maior do inchaço e hematomas em comparação aos pacientes que receberam compressas geladas.

Outro estudo, realizado por Batista *et al.* (2012), avaliou a eficácia da DLM no pós-operatório de cirurgias plásticas de abdome. Os resultados mostraram que a DLM foi eficaz na redução do inchaço, aumento da mobilidade dos tecidos e diminuição do tempo de recuperação. Além disso, os pacientes que receberam DLM apresentaram menor risco de trombose e infecção.

A drenagem linfática mecânica (DLMec) também tem sido usada com sucesso em pacientes pós-operatórios de cirurgias plásticas, especialmente em procedimentos de grande porte e com grandes volumes de retirada de tecido (FÖLDI E FÖLDI, 2014). A DLMec tem a vantagem de poder ser realizada em casa pelo próprio paciente, o que pode ser benéfico para a recuperação e diminuir o tempo de internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do levantamento bibliográfico, foi possível compreender a importância da atuação do profissional de estética e cosmética no pós-operatório de cirurgias plásticas estéticas e corporais. A drenagem linfática manual (DLM) é uma técnica que tem sido indicada pelos cirurgiões plásticos para auxiliar no processo de recuperação dos pacientes, pois ajuda a reduzir o inchaço e a dor, além de melhorar a circulação linfática e acelerar a eliminação dos líquidos acumulados.

Os estudos consultados apontam para a eficácia da DLM no pós-operatório de procedimentos como a lipoaspiração e a abdominoplastia, mas também destacam a necessidade de um planejamento e uma avaliação individualizada para cada paciente, já que cada caso pode apresentar características específicas que mereceram atenção especial.

Além disso, é importante destacar que o DLM deve ser realizado por profissionais habilitados e habilitados, como é o caso dos tecnólogos em estética e cosmética. A atuação desses profissionais no pós-operatório é fundamental para garantir a segurança e a eficácia dos tratamentos, e contribuir para o bem-estar e a satisfação dos pacientes.

Em conclusão, o levantamento bibliográfico realizado permitiu compreender a importância da atuação do profissional de estética e cosmética no pós-operatório de cirurgias plásticas estéticas, especialmente no que diz respeito

REFERÊNCIAS

AMERICAN Society of Plastic Surgeons. (2021). Plastic Surgery Procedures. Disponível em: <https://www.plasticsurgery.org/cosmetic-procedures/surgery>. 10 de dez. 2022.

ÇELIK, M. *et al.* (2018). The effect of manual lymphatic drainage on postoperative edema and pain after plastic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(5), 1248-1253.

DURAN, Nathália Hernandez, *et al.* Levantamento das indicações médicas e encaminhamentos a profissionais esteticistas na aplicação de drenagem linfática no pré e pós-operatório na cidade de Ribeirão Preto/SP. *Revista Brasileira de Estética*, v. 3, n.4, p. 34-42. 2015. Disponível em: < www.portatlanticaeditora.com.br/index.php/revistaestetica>. Acesso em: 11 jun. 2016.

“Drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgia plástica: revisão da literatura” de A. A. S. Freitas e colaboradores, publicado em *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* em 2010.

“Efeitos da drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgia plástica: revisão sistemática” de J. A. S. Batista e colaboradores, publicado em *Revista Brasileira de Fisioterapia* em 2012.

FÖLDI, E., *et al.* *Földi's textbook of lymphology for surgeons and physicians*. Springer (2014).

FREITAS, J. R., *et al.* Drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgias plásticas. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 25(4), 615-620 (2010).

BATISTA, J. A., *et al.* Drenagem linfática manual no pós-operatório de cirurgias plásticas: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16(2), 131-139. (2012).

MANÇU, P., *et al.* The effects of manual lymphatic drainage on postoperative edema and pain in patients undergoing breast surgery. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e190-e197. (2018).

SOUZA, T. L. Drenagem linfática como promoção do bem-estar e beleza física. 2009. Disponível em: <<http://WWW.fisiovite.com.br/app/webroot/articles/thais0.pdf>>. Acesso em: 10 de dez. 2022.

SDREGOTTI, Amanda Lussoli *et al.* A importância da atuação do tecnólogo em estética na ação conjunta com o cirurgião plástico, diante das intercorrências em procedimentos de pós-operatório de cirurgias plásticas estéticas. 17 f. 2009. Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI, Balneário Camboriú,

Santa Catarina. [Orientador: Prof. Vandressa Bueno de Paula]. Disponível em: < <http://siaibib01.univali.br>>. Acesso em: 11 de dez 2022.

PEREIRA, Juliana Silva Vidal. Introdução à cirurgia plástica e reparadora. Brasília: W Educacional Editora e Cursos Ltda, 2011. 42 p. Disponível em: < <http://lms.ead1.com.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

PCCININI, Aline Martinelli *et al.* Redução do edema em membros inferiores através da drenagem linfática manual: um estudo de caso. Rev. Inspirar. Curitiba, V. 1, n.2, set. 2009.

TACANI, Rogério, *et al.* Drenagem linfática manual terapêutica ou estética: existe diferença? Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano III, nº 17, jul /set 2008.



Cirurgia robótica: uma reflexão dos impactos de sua implementação

Robotic surgery: a reflection on the impacts of its implementation

Priscilla Silva Tavares Carneiro

Fundação Getúlio Vargas. <https://orcid.org/0000-0002-8518-9257>

Lucas Manoel Oliveira Costa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo- IESM. <https://orcid.org/0000-0001-7184-2318>

Izane Luisa Xavier Carvalho Andrade

Centro Universitário UniFacid Wyden. <https://orcid.org/0000-0002-4693-1033>

Marcus Vinicius de Carvalho Souza

Centro Universitário UniFacid Wyden. <https://orcid.org/0000-0002-9625-769X>

Lisiane Pires Martins dos Santos

Centro Universitário Unifacid Wyden. <https://orcid.org/0000-0003-1865-1939>

Wenderson Felipe Moreira Lima

Faculdade Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0003-4635-7761>

Nayra Vanessa de Oliveira Silva

Instituto de Ensino Superior Múltiplo- IESM. <https://orcid.org/0000-0003-1739-8628>

Susã Kelly Lorena de Araújo

Instituto de Ensino Superior Múltiplo- IESM. <https://orcid.org/0000-0003-2514-9322>

Mikaely Fernanda Ribeiro da Silva

Instituto de Ensino Superior Múltiplo- IESM. <https://orcid.org/0000-0002-0205-0015>

Priscila Alexandre de Oliveira Campelo

Faculdade Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0003-1589-0838>

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.14

RESUMO

O objetivo deste estudo é proporcionar uma reflexão acerca do processo evolutivo das cirurgias robóticas, bem como compreender seus impactos nos serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa reflexiva, do tipo exploratória, explicativa e descritiva, de abordagem qualitativa, fundamentada na leitura dos achados distribuídos nas bases de dados LILACS, via BVS, Medline, via Pubmed e Scielo. Esta pesquisa foi realizada por meio da reflexão analítica dos artigos encontrados, alinhados ao objetivo do estudo. Deste modo pôde-se sintetizar dois subtópicos voltados para: a compreensão da evolução histórica das cirurgias robóticas, e análise dos impactos de sua implementação nos serviços de saúde. Compreendeu-se que a implementação das cirurgias robóticas assistidas possui impactos positivos na dinâmica das cirurgias, nas perspectivas de educação continuada e de maior qualidade nos procedimentos realizados. Identificou-se a preocupação de sua implementação no tange ao aspecto financeiro. A partir disto, elucidou-se que as cirurgias robóticas nutrem um horizonte de novas perspectivas para as ciências contemporâneas, na égide de suas inovações, permitindo galgar novas metas que estão para além das paredes do centro cirúrgico, bem como entendeu-se a necessidade da produção de estudos primários acerca desta temática, afim de sanar lacunas identificadas e sinalizadas nesta pesquisa e promover novas contribuições para com a comunidade científica.

Palavras-chave: procedimentos cirúrgicos robóticos. telecirurgia. gestão em saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to provide a reflection on the evolutionary process of robotic surgeries, as well as to understand their impacts on health services. This is a reflexive, exploratory, explanatory and descriptive research, of qualitative approach, based on the reading of the findings distributed in the databases LILACS, via BVS, Medline, via Pubmed and Scielo. This research was carried out by means of analytical reflection of the articles found, aligned with the study's objective. Thus, it was possible to synthesize two subtopics focused on: understanding the historical evolution of robotic surgeries, and analyzing the impacts of their implementation in health services. It was understood that the implementation of robotic-assisted surgeries has positive impacts on the dynamics of surgeries, in the perspectives of continued education and higher quality in the procedures performed. The concern of its implementation regarding the financial aspect was identified. From this, it was elucidated that robotic surgeries nurture a horizon of new perspectives for contemporary sciences, in the aegis of their innovations, allowing the achievement of new goals that are beyond the walls of the operating room, as well as the need to produce primary studies on this topic, in order to fill gaps identified and signaled in this research and promote new contributions to the scientific community.

Keywords: robotic surgical procedures. telesurgery. health management.

INTRODUÇÃO

Os conceitos relacionados à assistência da computação, robótica, automação e realidade virtual têm sido apresentados na sociedade atual, entretanto, esta não é uma ideia recente. Em 1921, Joseph Capek, um escritor e poeta europeu, foi responsável por conceber a origem da

palavra “robô”, que, futuramente, foi designada para o sentido de uma tarefa repetitiva e realizada por uma máquina (MORREL *et al.*, 2020).

A partir destas várias tecnologias foram desenvolvidas para o auxílio das funções, até então, realizadas somente por seres humanos e animais. Assim, os primeiros robôs a serem utilizados a nível industrial visavam o transporte de peças. Destaca-se que a industrialização trouxe consigo aparelhos modernos e sofisticados, com rápidos benefícios e produções de larga escala (SILVA, 2018).

Sabendo que os processos tecnológicos têm por visão a otimização de tempo, padronização de serviços, além da indiscutível permissão de resolutividade de trabalhos assistenciais, a saúde, que se apresenta em constante evolução, pôde incrementar suas atribuições a partir de um novo horizonte assistencial, as cirurgias robóticas (OLIVEIRA, 2021).

Partindo do pressuposto supracitado, os serviços de saúde estão optando cada vez mais proporcionar uma assistência integral alinhada ao mínimo de danos possíveis. Ademais, já contexto cirúrgico, a segurança do paciente é uma preocupação constante e indubitável, isto devido ao crescente número de cirurgias realizadas, da vulnerabilidade em que paciente se apresenta nesse momento e conseqüentemente dos riscos que envolvem essa assistência.

Nesse contexto, nos ambientes hospitalares, tendo por ênfase os Centros Cirúrgicos, há uma gama de procedimentos realizados que necessitam de um forte aporte tecnológico, estes visam diagnósticos, anestésias, terapias, sejam de características emergenciais, urgências ou mesmo eletivas (SILVA, 2019).

Assim, a cirurgia robótica apresenta-se como uma ressignificação dos procedimentos já implementados, associando em suas projeções: mínimas incisões, maior estabilidade do paciente, utilização de recursos em terceira dimensão (3D), diminuição de tremores nas mãos e maior mobilidade de instrumentos intracorpóreos, mormente nos casos de cirurgias realizadas em locais com menor possibilidade de acesso (MARTINS *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que, desde 1985, estima-se que cerca de 8,5 milhões de pacientes já foram operados através de cirurgias robóticas, sendo que no Brasil foram mais de 15 mil desse total. Além disso, somente no ano de 2021, foram realizadas mais de 1 milhão dessas cirurgias ao redor do mundo, refletindo o impacto de sua crescente incidência (NEVES, 2022).

Obstante a isto, deve-se salientar que há complicações associadas a essa técnica, estando elas relacionadas, geralmente, ao posicionamento do paciente em cirurgias longas, o que pode levar a lesões nervosas e repercussões cardiopulmonares, a exemplo de mau funcionamento da plataforma robótica, que giram em torno de 0,4% e 4,6%, de acordo com o estudo de Oliveira *et al.* (2022).

Deste modo, esta pesquisa visa contribuir, por meio de um processo reflexivo, para a compreensão dos benefícios da implementação das cirurgias robóticas nos serviços de saúde, tendo em vista que se refere a um cenário ainda novo no campo científico. Além de cooperar para a melhoria da prática clínica, permitindo o entendimento da necessidade de novas pesquisas sobre a temática, nutrindo um horizonte de novas vertentes de estudos alinhados ao tema.

O presente trabalho tem por objetivo proporcionar uma reflexão acerca do processo evolutivo das cirurgias robóticas, bem como compreender seus impactos nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo reflexivo, elaborado à luz (principalmente) da literatura científica disponível, por meio de uma leitura crítica sobre as cirurgias robóticas, seu processo histórico de evolução, bem como a análise dos benefícios e preocupações acerca de sua implementação. A construção desse tipo de estudo está urdida na interpretação e análise dos elementos teóricos alcançados através de bibliografias, leituras, interpretação e discussão (FEITOSA *et al.*, 2021).

Esta obra se configura como uma pesquisa exploratória, pois, tem como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com foco de torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses e reflexões. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (GIL, 2019).

Ademais, refere-se a estudo de abordagem qualitativa, uma vez que preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem, sendo que os dados coletados são predominantemente descritivos. Além disso, outro aspecto é que a análise dos dados irá seguir um processo indutivo (AUGUSTO *et al.*, 2013).

Além disso, a pesquisa tem por finalidade compreender e descrever o processo histórico que urde as cirurgias robóticas, bem como descrever seus impactos, benefícios e limitações. Assim, de acordo com Gil (2019), as pesquisas explicativas se apresentam como um método que estudam fenômenos pontuais, novos ou que não foram abordados com profundidade.

Salienta-se que a pesquisa em questão não se configura como uma Revisão da Integrativa da Literatura, no entanto, fundamenta-se nos achados distribuídos nas bases de dados, para validar e corroborar o objetivo deste estudo. Dentre as bases encontram-se a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PUBMED via *Medical Literature Analyzing Retrieval System Online* (MEDLINE), e *Scielo Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para realizar as pesquisas nas bases de dados supramencionadas, utilizou-se os seguintes descritores: Procedimentos Cirúrgicos Robóticos; Tele cirurgia; Gestão em Saúde. Neste contexto, a pergunta que será respondida durante esta pesquisa é acerca dos impactos e compreensão da evolução histórica da implementação das cirurgias robóticas.

Desta forma, após analisar os artigos disponíveis na literatura, tornou-se possível sintetizar uma discussão por meio de duas categorias temáticas, sendo elas: Compreensão da evolução histórica das cirurgias robóticas; e impactos da implementação das cirurgias robóticas nos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

Compreensão da evolução histórica das cirurgias robóticas

A priori, a robótica é tida como um dos vários ramos da tecnologia que lida com sistemas compostos por máquinas e partes mecânicas automáticas e controlados por dispositivos mecânicos e/ou circuitos integrados, tornando sistemas mecânicos motorizados, controlado manual ou automaticamente por meios elétricos, computadores ou até mesmo tele operados (REIS;

SOUZA, 2020).

Historicamente, a ideia de se criar uma máquina automática capaz de realizar algumas tarefas normalmente realizadas por mãos humanas é bastante antiga. Este é um conceito que data dos “inícios da história”, quando os mitos faziam referência a mecanismos que ganhavam vida. Na antiga Grécia, onde os primeiros eram figuras com aparência humana e/ou animal, que mimetizavam seus com o auxílio de cabos, jogos de roldanas e sistemas de pesos e contrapesos, bem como sistemas básicos de bombas pneumáticas e hidráulicas (SILVA FILHO *et al.*, 2021).

Mas, já em 1451, o primeiro protótipo de robô com forma humana foi criado pelo polímata Leonardo Da Vinci, que criou um cavaleiro em uma armadura medieval alemã-italiana, capaz de fazer vários movimentos semelhantes aos humanos (HOYOS; HOYOS, 2020).

Além disso, os autores destacam que, por meio de mecanismos urdidos de sistemas e engrenagens, o robô de Da Vinci seria capaz de movimentos independentes, como andar, ficar em pé, sentar, mover os braços e fechar e abrir a boca, representando um grande avanço nas ciências já produzidas naquela época (HOYOS; HOYOS, 2020).

Posteriormente, outro grande marco para a construção da robótica como é conhecida hoje, é a criação da palavra robô. A história relata que primeira vez em que fora utilizada, foi no ano de 1921 na peça de nome: RUR – “*Rossum’s Universal Robots*” do dramaturgo Karel Čapek (1890-1938) e tem sua origem na palavra checa *robot*, que significa “trabalho forçado” (PATA, 2009).

No contexto saúde, o estudo de Siqueira-Batista, Souza e Maia (2016), informa que o desenvolvimento de robôs aconteceu para auxiliar algumas tarefas consideradas básicas, a princípio. No entanto, a nível cirúrgico, o primeiro robô utilizando em uma cirurgia foi o Arthrobot, construído e utilizado no Canadá, na cidade de Vancouver, em 1983.

Além disso, sabe-se que mais de 60 procedimentos cirúrgicos artroscópicos foram realizados nos primeiros 12 meses, após o Arthrobot. Desse modo, impulsionados pelo crescente avanço, no ano de 1985 a primeira plataforma utilizada em seres humanos para realizar biópsias neurocirúrgicas surgiu, o *Programmable Universal Machine for Assembly* ou PUMA 200 (MORRELL *et al.*, 2020).

A cirurgia laparoscópica minimamente invasiva começou quando Muhe realizou a primeira colecistectomia na Alemanha em 1987. O sistema PUMA mostrou-se versátil à ciência, sendo também utilizado em uma ressecção transuretral em 1988. Já no início da década de 90 do século passado, foi aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) o sistema *Automated Endoscopic System for Optimal Positioning* (AESOP) para realização de procedimentos endoscópicos (ROCHA, 2021).

De acordo com Morrell *et al.* (2020) o sistema AESOP havia sido para melhorar a estabilidade de imagens e minimizar o quantitativo de pessoas na sala de cirurgia, revelando inúmeras vantagens sobre a usual câmera de suporte humano, eliminou a necessidade de um auxiliar para segurar o endoscópio, suprimindo a necessidade de um cirurgião assistente.

Entrementes, um novo método robótico manipulador “mestre-escravo” (*master-slaves*) foi implementado. Tratava-se de robô com um braço mecânico mobilizado por motores no sítio cirúrgico e um mecanismo de controle, representado por um joystick, dentro de uma estação de

trabalho onde fica o cirurgião (PARDINI *et al.*, 2020).

Não obstante a isto, um dos robôs mais famosos foi o sistema Zeus. Este sistema com braços e instrumentos cirúrgicos controlados por um cirurgião introduziu a nova ideia de telepresença. Em sua composição haviam três braços, cada um independentemente preso a uma mesa cirúrgica, um monitor de vídeo e duas manoplas, que são capazes de manipular os instrumentos, proporcionando interface melhorada e tela bidimensional (SIQUEIRA-BATISTA; SOUZA; MAIA, 2016).

Nesse sentido, a primeira utilização desta plataforma robótica foi em 1998, na Cleveland Clinic, para cirurgia de anastomose da tuba uterina. O sucesso deste sistema permitiu a primeira telecirurgia transatlântica, que ficou conhecida como a “operação Lindbergh”. Esta cirurgia, que aconteceu em 2001, consistia em uma colecistectomia que ocorreu em Estrasburgo, França, e pôde ser conduzida por um cirurgião em Nova York, perpassando as fronteiras do centro cirúrgico (BORGES *et al.*, 2022).

Todavia, um dos principais sistemas implementados nas cirurgias robóticas, usadas como referência até os dias atuais, é o sistema robótico Da Vinci. Por meio dele as cirurgias acontecem através de um console capaz de controlar três ou quatro braços mecânicos remotamente. No ano de 2006 ele foi equipado com um mecanismo de visão 3D de alta definição, já em 2009 o novo modelo (mais vendido) introduziu a simulação realística para aperfeiçoamento da técnica operatório (PARDINI *et al.*, 2020; MORREL *et al.*, 2020).

Isto posto, é imprescindível destacar que o sistema mais revolucionário até agora é plataforma Da Vinci Xi, lançado no ano de 2014. Em sua composição há um avançado método de instrumentação, melhor visualização do procedimento, além de possuir um exoesqueleto com adição de mais um braço e automação de setup. Neste contexto, sua utilização vem sendo cada vez mais presente no cenário de cirurgias urológicas complexas, em destaque para o modelo Da Vinci Single-Port (NOGAROLI; KFOURI NETO, 2020).

Impactos da implementação das cirurgias robóticas nos serviços de saúde

Estima-se que já foram realizados, aproximadamente, mais de cinco milhões de cirurgias ao redor do mundo desde o início do século XXI, na égide robô Da Vinci, cujo a fabricante é uma empresa dos Estados Unidos, a *Intuitive Surgical*. Na América do Norte, o número anual estimado aumentou de 136 mil no ano de 2008, para mais de 850 mil em 2017, e mais de 1 milhão mundialmente, em 2020 (ROCHA, 2021).

No Brasil, têm-se um registro mais de 17 mil cirurgias robóticas realizadas, sendo o Hospital Israelita Albert Einstein, o pioneiro neste campo, desde 2008, tendo por primeiro caso um homem de 70 anos que foi submetido a uma prostatectomia com o amparo do robô Da Vinci (ROCHA, 2021).

Além disso, nas localidades que não dispõem de especialistas, também podem ser realizadas telecirurgias, sendo uma inovação em saúde em fase de difusão, e um novo campo de pesquisa nos setores de gestão, particularmente em sistemas públicos de países emergentes ou em desenvolvimento. Entretanto, é necessário compreender que existem riscos e benefícios na inserção de todo método novo, fazendo-se necessário analisar suas possíveis repercussões (NOGAROLI, 2019).

Na América do Norte, entre 2000-2013, houveram cerca de 10.624 notificações de eventos adversos envolvendo o sistema Da Vinci. Estes foram protocolados junto à FDA. Não obstante a isto, na última década, a *Intuitive Surgical* implementou 175 solicitações para devoluções de seus produtos, tanto para repasse de instrução e atualizações de softwares, como para casos mais graves, como o caso de uma faca cirúrgica que ficou imóvel durante uma incisão, ou braços robóticos que indicaram erros e outros componentes do robô que se moviam inusitadamente (PITASSI *et al.*, 2016).

Ainda neste contexto, no ano de 2015, houve um registro na Inglaterra do óbito de um idoso de 69 anos por falência múltipla de órgãos, logo depois de ser submetido a uma cirurgia robótica. As investigações apontam que a máquina havia lesionado parte do coração do paciente e que a própria instituição não possui políticas de treinamento de seus cirurgiões nas novas tecnologias utilizadas (KFOURI NETO; NOGAROLI, 2019).

Não contrário a isto, a pesquisa de Kfoury Neto e Nogaroli (2019) sinaliza a necessidade da avaliação de vários impactos éticos e legais a serem ponderados antes de utilizar esta tecnologia, tais como: capacitação da equipe multiprofissional, a necessidade da privacidade e garantia da proteção de dados da saúde, a idealização de leis (na possibilidade de conflitos interpessoais e jurídicos), educação em saúde com os pacientes e familiares, afim de obter o consentimento, além das limitações da tecnologia.

Outrossim, no que se refere aos robôs Da Vinci, embora seja capaz de reduzir em 50% o tempo de hospitalização, e em um terço os custos assistenciais, um cirurgião só pode ser considerado experiente com estes mecanismos, após a realização de pelo menos 200 cirurgias realizadas, entretanto, caso haja percalços identificados, faz-se necessário compreender as complicações e possíveis penalidades (GUIMARÃES, 2021).

A partir do pressuposto supracitado, entende-se que no contexto de cirurgia robótica assistida, não há substituição humana, mas sim a sinergia entre máquina e humano. Desta forma, em caso de eventual complicação, analisa-se a performance pessoal do profissional cirurgião, para compreender se houve imperícia, imprudência ou negligência. Por conseguinte, para que se possa caracterizar um responsável, analisa-se a conduta empregada e a qualidade funcional das máquinas utilizadas, para que assim se possa identificar uma conduta falha, deficiência de técnica, aptidão, ou do aporte tecnológico (REIS; SOUZA, 2020).

Ainda nesse sentido, tendo por objetivo minimizar esta ocorrência, e respaldar de forma comprobatória o procedimento, no ano de 2017 o robô Da Vinci foi suplementado com o dispositivo chamado de *dVLogger*, capaz de registrar em vídeos e metadados toda a cirurgia, funcionando como algo análogo a uma “caixa preta”. Por meio dele registra-se se o robô emitiu alguma notificação de erro, porém o cirurgião desconsiderou-a, optando por assumir os possíveis riscos de prosseguir (MORREL *et al.*, 2020).

Na égide do contexto jurídico, ao compreender a existência da falha na máquina, seja a nível de software ou em outra parte, a empresa fabricante irá se responsabilizar pela reparação dos danos causados ao paciente, de acordo com o art. 14 do Código de Defesa do Consumidor (CDC) (GUIMARÃES, 2021).

Obstante a isto, vale ressaltar que as cirurgias robóticas apresentam vantagens indiscutíveis, como menor número de complicações intra e pós-operatórias, redução de iatrogenias

e menor taxas de perda sanguínea, conforme identificado em histerectomias. Já nas miomectomias, identificou-se a possibilidade da retirada de um número maior de miomas (PARDINI *et al.*, 2020).

Ainda conforme a pesquisa de Pardini *et al.* (2020), a incidência de complicações em cirurgias robóticas é significativamente menor, quando em contraste com as cirurgias abertas. Esta, por sua vez, são evidenciadas na presença de hemorragias intraoperatórias, graves lesões vasculares, infecções, íleo paralítico e trombose venosa profunda (TVP). Alinhado a este exposto, têm-se as taxas de internação das unidades de terapia intensiva (0,5% vs. 3,8%) e os índices de mortalidade (0,27% vs. 1,5%), respectivamente.

Outro ponto a se considerar são os impactos econômicos, assim, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as análises referentes aos custos e impactos revelam que a implementação das cirurgias robóticas aumenta significativamente os custos do tratamento de neoplasias no Sistema Único de Saúde (PAIVA, 2022).

Sabe-se que a crescente prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias, doenças respiratórias e diabetes, corrobora para o sofrimento humano, a perda de produtividade, bem como a hiperutilização dos serviços médicos e, no contexto da alta gestão, o descontrole dos custos de saúde. Desta forma, a seleção de tecnologias utilizadas para modificar este cenário precisa ser assertiva, afim de contrariar os resultados já identificados, permitindo impactos positivos no contexto hospitalar (PITASSI *et al.*, 2016).

Estudos apontam que a adesão desta nova abordagem de saúde possui uma variação de custos fixos, permeando de R\$ 5 a R\$1,3 milhões por unidades, considerando a atual cotação do dólar americano. Além da requisição de manutenção periódica, e outros materiais adicionais específicos para cada procedimento. No entanto, este cenário é modificado quando se observa sob a lente dos bons prognósticos identificados, apresentando-se como economicamente viáveis em um cenário com um alto volume de cirurgias, associadas a um menor tempo internação (PAIVA, 2022).

A nível de saúde pública, a aquisição deste campo inovador poderá implicar na importação de um grande número de equipamentos auxiliares, diferentes dos habituais, restrição e redistribuição orçamentária, movimentos de adequação de novos profissionais, por meio do processo de educação permanente, bem como a reestruturação das unidades de saúde, que, por vezes não estão preparadas para receber este novo aporte tecnológico (MENESES *et al.*, 2021).

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao analisar os contextos acima descrito, observa-se que o novo contexto implementado nos sistemas hospitalares se apresenta com seus pontos positivos e negativos. É inegável que a ciência está em constante evolução e que, juntamente com ela, os processos que a constroem demandam de tempo para aprimorar-se e responderem aos objetivos de sua criação.

Contudo, é necessário considerar os aspectos éticos e legais que delineiam estes avanços, sendo necessário ponderar os conceitos envolvidos (paciente, hospital e empresa fabricante da máquina), direcionando atribuições, limites e direitos, afim de alinhar os propósitos desta

inovação, bem como respaldar os processos realizados.

Os estudos apontam que a implementação dos mecanismos robóticos nos serviços de saúde, sobretudo no contexto das cirurgias assistidas ou cirurgias minimamente invasivas, apresenta resultados significativamente positivos, quando comparados com os procedimentos abertos, necessitando de tempo de internação elevados, aumentando a exposição de infecções relacionadas à assistência à saúde, associadas à probabilidade de mais complicações (MORRELL *et al.*, 2020; PARDINI *et al.*, 2020).

Corroborando o supramencionado, ao se conjugar os estudos de Pitassi *et al.* (2016), Pardini *et al.* (2020) e Souza, Souza e Sória (2019), compreende-se que a inserção da cirurgia robótica assistida viabiliza: minimização da perda de sangue; internações menos prolongadas; menores incisões; redução da dor e de medicações prolongadas; melhor recuperação, menor número de complicações e infecções, além da redução de procedimentos adicionais.

Apesar dos pontos positivos observados, a literatura atual expõe outros aspectos a serem considerados. Os aspectos de risco e benefícios tanto para o hospital, quanto para o paciente devem ser analisados, para a compreensão da real necessidade da cirurgia e assim exigir dos cirurgiões uma avaliação baseada em evidências acerca da justificativa da abordagem escolhida.

Nesta ótica, no ano de 2011 e 2013, respectivamente, foram criados a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), para que se pudesse discutir, nas instâncias administrativas do SUS, a implementação da robótica (PAIVA, 2022).

Em linhas analíticas, é percebido que, se o Ministério da Saúde (MS) permanecer com a adoção de precificação desatualizadas destes procedimentos, e sem ponderar os benefícios destas tecnologias, existe uma tendência progressiva de agravos na compra dos suprimentos de saúde, o que leva a um processo de resignificação das medidas tomadas (PARDINI *et al.*, 2020).

Ainda nesta perspectiva, tornou-se evidente que o órgão fiscalizador, FDA, não investe em treinamento e certificação de cirurgiões, ou seja, não há supervisão ou treinamento regulamentado por este órgão, ficando sob a responsabilidade dos serviços hospitalares para o treinamento dos profissionais por meio de especializações e cursos de aperfeiçoamento, em consonância com as empresas fabricantes (HOYOS; HOYOS, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade contemporânea, a implementação de robôs no campo cirúrgico apresenta um enorme impacto nos processos realizados, bem como galga perspectivas antes somente imaginadas no passado. O surgimento de novos métodos de cirurgias assistidas por robôs está se disseminando gradativamente, ultrapassando os limites das paredes do centro cirúrgico, com a inserção de mecanismos de alta definição, visualização em três dimensões, zoom de alta qualidade, estabilidade de imagem, ergonomia aprimorada e a possibilidade de técnicas inovadoras, como a tele cirurgia.

Vale ressaltar que existem pontos a serem alinhados com os serviços de saúde, como

a educação permanente, fiscalização ética e jurídica dos procedimentos, atualização e melhora dos setores hospitalares, para receber os novos aparelhos tecnológicos, bem como uma profunda análise dos seus impactos econômicos, sendo necessário avaliar os riscos e benefícios aos envolvidos, bem como as especificidades de cada procedimento.

Deste modo, percebeu-se que a inserção das cirurgias robóticas se apresenta como novos horizontes nos serviços de saúde, permitindo a conciliação dos benefícios identificados neste estudo, além de viabilizar a ressignificação dos processos administrativos existentes. É imprescindível elucidar que os impactos financeiros, sobretudo no SUS, são indiscutíveis, fazendo-se necessário a modificação do redirecionamento de recursos financeiros atuais, como a criação de novos polos de referência especializados.

Como limitação, este estudo identificou a escassez de protocolos, manuais e artigos primários voltados para este tema, apontando lacunas na literatura que permitiriam a melhor compreensão dos impactos da inserção destas plataformas nos sistemas de saúde público ou privado, em especial no que tange as repercussões a nível de economia e investimentos no preparatório de profissionais.

Outro ponto identificado neste estudo, foi o recorrente uso desta ferramenta em cirurgias urológicas, sobretudo as prostatectomia, como também em histerectomias, miomectomia, e cirurgias oncológicas, também a nível ginecológico.

Ainda existem várias perspectivas de melhoria nas cirurgias robóticas assistidas, desde a relação do feedback tátil durante o procedimento, a análises primárias das possíveis repercussões de seu uso em outros procedimentos, que não os de rotina, como nos campos das cirurgias cardiotorácicas, neurológicas, ortopédicas e fetais.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Cleicle Albuquerque *et al.* Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Revista de Economia e Sociologia Rural*, v. 51, n. 4, p. 745–764, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/resr/v51n4/a07v51n4.pdf>.

BORGES, Kênya de Souza *et al.* Telemedicine applied to plastic surgery: an integrative review. *Brazilian Journal of Plastic Surgery*, Sergipe, v. 36, n. 2, p. 188–195, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbcp/a/PQMhZyzTwKY6r33mXnpkPYz/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2022.

FEITOSA, Gaubeline Teixeira *et al.* Evolução das políticas públicas para humanização do parto e nascimento no Brasil. Reflexões sobre a prática assistencial inovadora e de qualidade da gravidez ao nascimento, Campina Grande, v. 01, n. 1, p. 202-2017, 2021. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ampllaeditora.com.br/books/2021/12/ReflexoesPraticaAssistencial.pdf>

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. Atlas, 6. ed. São Paulo: 2019.

GUIMARÃES, Elisângela Maria Ribeiro. Validação de vídeo educativo para pacientes no perioperatório de cirurgia robótica. Fundação Edson Queiroz, Fortaleza, p. 01-132, 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/validacao-video-educativo-pacientes-perioperatorio-cirurgia-robotica.pdf>. Acesso em: 3 out. 2022.

HOYOS, Alberto de; HOYOS, Ricardo de. Princípios e Indicações da Cirurgia Robótica Para a Reconstrução das Vias Aéreas. In: SIH, TANIA et al. XVI Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO. 16. ed. Rio de Janeiro: Gráfica Forma Certa, 2020. cap. 06, p. 01-09. ISBN 978-85-60209-35-4. Disponível em: <https://www.iapo.org.br/xvi-manual-de-otorrinolaringologia-pediatica-da-iapo/>. Acesso em: 4 out. 2022.

KFOURI NETO, Miguel; NOGAROLI, Rafaella. Responsabilidade civil pelo inadimplemento do dever de informação na cirurgia robótica e telecirurgia: uma abordagem de direito comparado (Estados Unidos, União Europeia e Brasil). COIMBRA, Curitiba, v. 4, ed. 2, p. 01-23, 2019. Disponível em: <https://abdc.emnuvens.com.br/abdc/article/view/43>. Acesso em: 8 out. 2022.

MARTINS, Raísha Costa *et al.* Nursing performance in robotic surgeries: integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 3, p. 795–800, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/r6FCzFk3dt8fK9g4J454fYv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 out. 2022.

MENESES, Ricardo de Oliveira *et al.* Perfil de saúde hospitalar dos pacientes submetidos à cirurgia robótica: estudo retrospectivo observacional. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, p. e23310313092, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13092>. Acesso em: 9 out. 2022.

MORRELL, Allan Gioia; et al. The history of robotic surgery and its evolution: when illusion becomes reality. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 48, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/4qVcw3NC75jwPNtkgkhwSWf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2022.

NEVES, Úrsula. Como a cirurgia robótica avança no Brasil e no mundo. PEBMED. Disponível em: <https://pebmed.com.br/como-a-cirurgia-robotica-avanca-no-brasil-e-no-mundo/>. Acesso em: 1 out. 2022.

NOGAROLI, Rafaella. Implicações ético-jurídicas da medicina robótica e inteligência artificial nas cirurgias e cuidados da saúde. Academia Médica, 2019. Disponível em: <<https://academiamedica.com.br/blog/implicacoes-etico-juridicas-da-medicina-robotica-e-inteligencia-artificial-nas-cirurgias-e-cuidados-da-saude>>. Acesso em: 7 out. 2022.

NOGAROLI, Rafaella; KFOURI NETO, Miguel. Procedimentos cirúrgicos assistidos pelo robô Da Vinci: benefícios, riscos e responsabilidade civil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Paraná, v. 09, ed. 03, p. 200-210, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/615>. Acesso em: 6 out. 2022.

OLIVEIRA, Mariana Domingues de *et al.* Inovações em cirurgia robótica para manejo minimamente invasivo / Innovations in robotic surgery for minimally invasive management. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 2, p. 6515–6529, 2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/46538>. Acesso em: 3 out. 2022.

OLIVEIRA, Patrícia Alves de. Relações de trabalho e qualificação profissional dos trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico: o caso de um hospital federal do município do Rio. Fiocruz.br, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49104>. Acesso em: 28 set. 2022.

PAIVA, Marcia Maria Diniz Pontes. Análise de custo de tratamento para pacientes com diagnóstico de câncer de próstata em primeira recidiva bioquímica submetidos ao [68Ga] PSMA PET-CT. Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares, 2022. Disponível em: <http://repositorio.ipen.br/handle/123456789/33291>. Acesso em: 9 out. 2022.

PARDINI, Thales *et al.* Cirurgia robótica em ginecologia: atualidade e perspectivas Femina. Belo Horizonte, v. 48, n. 1, p. 43–51, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052442/femina-2019-481-43-48.pdf>. Acesso em: 5 out. 2022.

PATA, Ana Sofia Oliveira *et al.* Sistemas Tecnológicos: Robô Ambiental Híbrido. Tese de final de curso – Universidade Católica Portuguesa, Portugal, 2009.

PITASSI, Claudio *et al.* The Diffusion of Robotic Surgery in Health Public Organizations: The Case of the National Cancer Institute of Brazil (INCA). *Administração Pública e Gestão Social*, Rio de Janeiro, v. 8, ed. 3, p. 187-197, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/4909>. Acesso em: 7 out. 2022.

REIS, Ney Robinson Salvi dos; SOUZA, Lucia Helena Ramos de. Robótica no Brasil: relatos de pesquisa e desenvolvimento. 170 SNHCT ANAIS ELETRÔNICOS, Rio de Janeiro, p. 01-09, 2020. Disponível em: <https://www.aedb.br/wp-content/uploads/2015/05/8202.pdf>. Acesso em: 4 out. 2022.

ROBERTA, Silva. A quarta revolução industrial no setor automobilístico: contexto do (des) emprego e proteção constitucional. *Jesuita.org.br*, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/8921>. Acesso em: 3 out. 2022.

ROCHA, Maj Med Alexandre Santos da. Cirurgia Robótica: Estado atual nas Forças Armadas e aplicabilidade na prática clínica e na saúde operacional. Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, p. 01-45, 2021. Disponível em: <https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/9912/1/mo%206462%20-%20alexandre%20santos%20da%20rocha.pdf>. Acesso em: 5 out. 2022.

SILVA FILHO, Fernando Barros da *et al.* A robótica educativa na disciplina de história: desenvolvimento tecnológico, respostas sociais e econômicas em diferentes períodos. *Brazilian Journal of Development*, Paraná, v. 7, n. 4, p. 39564–39578, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/28376>. Acesso em: 4 out. 2022.

SILVA, Mariana Santos da. Gestão da informação para o planejamento e controle da capacidade operacional do serviço hospitalar. *Ufal.br*, 2019. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/4894>. Acesso em: 29 out. 2022.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SOUZA, Camila Ribeiro; MAIA, Polyana Mendes. Cirurgia robótica: aspectos bioéticos. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 29, ed. 04, p. 287-290, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/bscdyKKcpg5zycJ4v5bQnTQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2022.



Glaucoma: diagnósticos e tratamentos

Arthur Giuseppe Moreira Zappi

Acadêmico(a) do Curso de Medicina – UNESC

Carolina Silva Maciel

Acadêmico(a) do Curso de Medicina – UNESC

Enzo Moro Nicoletti

Acadêmico(a) do Curso de Medicina – UNESC

Gustavo Souza Cangussú

Acadêmico(a) do Curso de Medicina – UNESC

Jonatan Seichi Okuhama Inagaki

Acadêmico(a) do Curso de Medicina – UNESC

Lucas Chiarelli Sant'Ana

Acadêmico(a) do Curso de Medicina – UNESC

Vinícius Cortes Calixto

Acadêmico(a) do Curso de Medicina – UNESC

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.15

RESUMO

A proposta deste estudo bibliográfico foi elucidar os diagnósticos e tratamentos do glaucoma, referidos em periódicos e livros. Foram utilizadas as bases de dados SciELO e PubMed; sendo selecionados um total de 7 artigos, publicados no período de 2013 a 2017. As formulações encontradas referem-se ao conceito de glaucoma, compreendido como uma patologia multifatorial da qual a principal característica é a pressão intra-ocular elevada. O estudo evidenciou os possíveis diagnósticos e tratamentos, transitando pelos fatores de risco, os principais sinais e sintomas e a fisiopatologia. Considera-se importante estas concepções como forma de compreender a doença como um todo e, dessa forma, contribuindo para a prevenção e o combate de forma adequada.

Palavras-chave: glaucoma. ângulo aberto. ângulo fechado. pressão intra-ocular.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho buscou analisar o glaucoma, de ângulo aberto e ângulo fechado, e enfatizar os possíveis diagnósticos e tratamentos dessa patologia. É de extrema relevância explicar o tema, haja vista que é a segunda maior causa de cegueira na população mundial.

Inicialmente, foi necessário compreender o conceito da doença, sua fisiopatologia e os fatores de risco. É relevante entender que o glaucoma é um problema de saúde pública, caracterizado por dano progressivo e irreversível ao disco óptico e a camada de fibras nervosas da retina, nos quais há um crescimento na atenção por parte dos especialistas e estudiosos da área da saúde.

Concomitante a isso, foram analisados e devidamente caracterizados os diagnósticos e tratamentos, dessa patologia, que são os objetivos deste estudo. Nessa questão, vale ressaltar o papel da avaliação da cabeça do nervo óptico (CNO) com complementação da gonioscopia e medidas da pressão intra-ocular (PIO) e espessura da córnea central (ECC). Ademais, é de extrema importância a compreensão dos tratamentos cujo intuito principal é diminuir a PIO através do aumento da drenagem e/ou redução da produção do humor aquoso.

Este tema foi escolhido em decorrência de sua relevância, pois é uma patologia que atinge mais de 2,4 milhões de casos novos por ano, e mesmo com toda a tecnologia disponível atualmente, acredita-se que, no Brasil, existam 70% dos portadores de glaucoma, com mais de 40 anos, sem diagnóstico. Portanto, esse trabalho visou alertar e divulgar as informações relacionadas aos diagnósticos e possíveis tratamentos, além das principais informações relacionadas a patologia.

CONCEITO DE GLAUCOMA

O Glaucoma é uma doença que afeta o nervo óptico, tendo seu principal fator, a pressão intra-ocular elevada. É descrita pela degradação dos axônios das células ganglionares da retina, na qual pode gerar como caso clínico, a cegueira irreversível (BUSCACIO E COLOMBINI, 2011).

DIFERENCIAÇÃO E FISIOPATOLOGIA DOS TIPOS DE GLAUCOMA

Existem diferentes tipos de glaucoma sendo ele classificado como primário e secundário. O primeiro refere ser de causa desconhecida e o segundo pode ser identificado através do exame clínico (WEINREB, *et al.*, 2016).

Segundo Weinreb, *et al.* (2016) uma característica definidora do glaucoma é a escavação do disco óptico que gera uma deformação e remodelação da cabeça do nervo óptico (CNO) em resposta ao estresse biomecânico que está relacionado com a pressão intraocular (PIO). Os principais glaucomas são o de ângulo fechado e o de ângulo aberto e estes podem se diferenciar principalmente através da configuração anatômica do seio camerular.

Em pacientes com glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA), há maior resistência ao fluxo de água através da malha trabecular. Quando o canal de Schlemm é obstruído e não há a drenagem do humor aquoso, gera aumento da pressão intra-ocular, provocando impacto no nervo óptico e gerando morte das células nervosas (WEINREB, AUNG, MEDEIROS, 2014).

Em contraste, a íris de pacientes com glaucoma secundário de ângulo fechado (GSAF) obstrui a passagem da via de drenagem. Ocorre quando a relação entre a córnea e a íris é estreita gerando toques crônicos entre essas duas partes, ocasionando manchas de pigmentos neste. Somado a isso, pode ocorrer o fechamento completo do seio camerular (WEINREB, AUNG, MEDEIROS, 2014).

SINAIS E SINTOMAS PROVENIENTES DO GLAUCOMA

O progresso do glaucoma pode gerar consequências de sintomas visuais ou não, sendo nos casos avançados, uma grande preocupação para estes pacientes. A Escala de Sintomas de Glaucoma fornece conclusões confiáveis dos sintomas que estão associados ao glaucoma e os seus tratamentos. Alguns desses sintomas são a ardência, secura, dor, queimação, lacrimejamento e cansaço visual. A escala pode ter baixa especificidade em casos de glaucoma inicial, pois estes sintomas podem ocorrer em qualquer outro problema de saúde do olho, como as síndromes de olho seco e até mesmo nos olhos saudáveis quando expostos à ambientes irritantes para os mesmos (MCMONNIES, 2016).

FATORES DE RISCO PARA O GLAUCOMA

Alguns dos fatores de risco mais comuns para o glaucoma, de acordo com McMonnies (2016) são:

- Idade

A idade é um fator de risco, pois aumenta o risco de glaucoma. Há a possibilidade de que o glaucoma esteja associado a degeneração macular e doenças vasculares, as quais também são doenças relacionadas à idade.

- Gênero

De acordo com estudos sobre Tratamentos de Hipertensão Ocular, o gênero masculino

foi considerado como mais propenso a ter o aparecimento do glaucoma primário de ângulo aberto. Por outro lado, o feminino está favorável ao glaucoma de ângulo fechado.

Em observação mais detalhada, cabe-se a observação de que as mulheres possuem maior risco de ter o glaucoma, pois há o fato de que elas geralmente vivem mais que os homens.

- Raça

Em estudos baseados na população, observou-se o glaucoma primário de ângulo aberto na população em geral. Esses estudos levam em consideração as diferenças na exposição de fatores ambientais, geográficos, comportamentais e sociais, gerando diferentes consequências essa população oriunda de diferente exposição, ou seja, ocorrendo a seleção natural.

Nota-se que a prevalência de GPAA é de seis vezes mais na população negra americana, quando comparado a branca. Apesar desse fato, a população branca americana tem mais prevalência de GPAA quando relacionada à idade. Outra prevalência notória foi na população asiática, na qual brancos possuem GSAF como predomínio.

- Exposição à elevação da Pressão Intraocular (PIO)

A PIO é o único fator que pode ser modificável no GPAA. A flutuação da pressão intraocular no período de 24 horas é fator associado ao progresso do glaucoma. Algumas ações como apertar as pálpebras, esfregar os olhos, esforço respiratório elevado, posições com o corpo invertido, esforço muscular, podem elevar a PIO, podendo ser somada a aumento da pressão intracraniana.

Apesar de que apenas uma flutuação da PIO possa ser insignificante no curto prazo, a somatória dessas flutuações constantes à longo prazo pode ser significativo para no desencadeamento do glaucoma.

DIAGNÓSTICOS DO GLAUCOMA

De acordo com LQBAL, *et al.* (2019), a avaliação da cabeça do nervo óptico (CNO) e do campo visual é um componente básico do diagnóstico de glaucoma complementado por gonioscopia e medidas da pressão intra-ocular (PIO) e espessura da córnea central (ECC).

O GPAA é diagnosticado com base na característica CNO e alterações da camada de fibra nervosa da retina examinadas pelo exame fundoscópico e redução progressiva da sensibilidade visual por perimetria. No entanto, o diagnóstico de glaucoma não requer a detecção de redução na sensibilidade visual. Além disso, o aumento da PIO não é um requisito de diagnóstico de GPAA. (WEINREB, *et al.*, 2016).

TRATAMENTOS DO GLAUCOMA

Segundo Weinreb, *et al.* (2016), existem diversos medicamentos tópicos utilizados no tratamento dessa patologia. Os mais utilizados são os medicamentos análogos da prostaglandina, que por convenção, são os de primeira linha em diversos países.

O método de ação destes medicamentos consiste em diminuir a PIO através da saída de

humor aquoso ou reduzindo a produção de humor aquoso após a aplicação direta na superfície ocular. Para que não haja ineficácia do uso tópico destes medicamentos, os pacientes são orientados a utilizá-los de forma correta que consiste na oclusão pontual ou fechamento palpebral por no mínimo 1 minuto após a aplicação, assim, evitando que estes medicamentos caiam na circulação sistêmica através do ducto naso lacrimal.

No glaucoma, atualmente são utilizados diversos tratamentos e diversos colírios e medicamentos de diversas classes para o controle desta doença, assim como acontece em casos de hipertensão sistêmica. A revista *American Family Physician* forneceu uma lista com diversos colírios mais utilizados para o tratamento do glaucoma, e também, sua dosagem típica e posologia. Estes medicamentos consistem na diminuição do acometimento do glaucoma, como por exemplo, atrasando a perda de campo visual. O mecanismo consiste em diminuir a pressão intraocular, o que reduzirá o risco absoluto de progressão em cerca de 17% quando consideramos pacientes com glaucoma inicial (GUPTA, *et al.*, 2016).

Quando consideramos estudos e resultados internacionais, podemos citar o estudo multicêntrico, randomizado e controlado por placebo que foi feito no reino unido e com resultados publicados em 2015, que mostra uma preservação de campo visual muito maior em pacientes que apresentam GPAA utilizando o medicamento latanoprost (XALATAN). Em relação ao procedimento denominado trabeculoplastia (citado anteriormente) a laser utilizado para GPAA (ou PACG) aumenta a vazão através de mecanismos convencionais de vazão aquosa e é realizado em um ambiente clínico (GUPTA, *et al.*, 2016).

Existe um tipo de procedimento chamado trabeculoplastia que apresenta um resultado muito bom quando consideramos o manejo clínico do GPAA, que consiste na realização da seria a trabeculoplastia. Este procedimento tem como objetivo ativar as células da malha trabecular a partir do laser, que assim, auxiliará em uma remodelação da matriz extracelular local e também aumentando a saída do humor aquoso. Podem ser utilizados diferentes tipos de laser com diferentes tipos de comprimentos de onda, que irão variar de acordo com o espectro luminoso utilizado, o tempo de exposição, a intensidade, o tamanho da mira e a forma de aplicação (luz pulsada ou contínua). Geralmente os lasers utilizados são os de argônio, de diodo, de diodo micropulsado e o laser de titaniumsapphire, que possui o maior comprimento de onda. (WEINREB, *et al.*, 2016).

O oftalmologista também pode utilizar o tratamento a laser ao invés do da utilização de tratamentos baseados em uso de medicamentos tópicos, pois o laser tem apresentado um resultado e prognóstico muito bom, principalmente quando correlacionamos à pacientes que não apresentaram uma boa adesão à terapia medicamentosa. Existem diversas formas e abordagens cirúrgicas para o tratamento do glaucoma, e as formas mais comuns de cirurgias incisionais (trabeculectomia e tubo dispositivos de derivação) tem como objetivo contornar o fluxo normal do humor aquoso por meio da rede trabecular ao invés de desviar o humor aquoso para o espaço subconjuntival. Em relação ao diagnóstico inicial no GPAA, é utilizada a IRIDOTOMIA a laser com frequência, para reduzir o risco de fechamento agudo do ângulo. Existem casos em que alguns pacientes apresentam intolerância medicamentosa em relação ao tratamento, ou tem uma má aderência ao tratamento, nestes casos, a terapia cirúrgica pode ser indicada, pois também são consideradas procedimentos ambulatoriais. Este tipo de cirurgia permite que algumas técnicas anestésicas menos invasivas como aplicação tópica de anestésico ou anestesia retrobulbar lo-

cal, sejam empregadas, embora a anestesia geral pode ser também utilizada. Os pacientes que são tratados de forma conservadora, ou através de uma cirurgia fistulizante, devem ser sempre acompanhados por seu oftalmologista (GUPTA, *et al.*, 2016)

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi utilizado na busca dos trabalhos, a combinação dos descritores “ glaucoma, glaucoma causas, glaucoma sinais e sintomas, tratamento para glaucoma e fisiologia do glaucoma “ (em espanhol, glaucoma, causas del glaucoma, signos y síntomas del glaucoma, tratamiento del glaucoma y fisiología del glaucoma). Na pesquisa bibliográfica foram utilizadas as bases SciELO (www.scielo.org) e PubMed (www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov).

Foram inicialmente selecionados, através dos descritores, trabalhos mais recentes sobre esse tema, publicados entre 2013 e 2017. A partir daí, foram escolhidos artigos originais e comunicações breves (de acesso livre). Foram critérios de inclusão a presença de resumos (em português, inglês ou espanhol), assim como a descrição de abordagem quantitativa referente à análise de associação estatística entre glaucoma e a predisposição genética, além da relação entre suspensão da farmacologia e evolução clínica. Outra descrição de abordagem foi a qualitativa relacionando o exercício e o tratamento do glaucoma. Foram excluídos os estudos de abordagem quantitativos que apresentaram em seu resumo apenas a descrição de medidas de frequência.

As publicações foram escolhidas e avaliadas por todos os autores, sendo os desacordos resolvidos por consenso. Para a extração dos dados, foi realizada uma revisão integrativa dos resultados, onde foram registradas informações concernentes ao título do estudo, país de origem, ano de desenvolvimento, autor, idioma, objetivo, local do estudo, tipo de pesquisa, metodologia, amostra e periódico de publicação.

REVISÃO INTEGRATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quadro 1 – Resultados e conclusões dos artigos selecionados

Autores	Título	Ano	Conclusão
McMonies.	Glaucoma history and risk factors	2016	A genética, miopia, diabetes e tabagismo foram alguns fatores de risco encontrados para o glaucoma. Por isso, uma boa história clínica e anamnese são essenciais para gerar uma conduta adequada e tratar corretamente os diversos casos dessa neuropatia óptica
Weinreb e Khaw	Primary open-angle glaucoma	2016	O glaucoma é uma neuropatia óptica que afeta o nervo óptico e resulta em uma redução da sensibilidade visual e em casos mais extremos, leva a cegueira. Entre os fatores de risco pode-se citar o sexo masculino e também a idade visto que essa última é um importante contribuinte para a patologia. Saber da existência de outros tipos de ângulos no glaucoma ajuda tanto no rastreamento quanto no seu tratamento e melhora a qualidade de vida do paciente.

Lqbal et al.	Factors Affecting Awareness & Knowledge of Glaucoma amongst Patients.	2019	O conhecimento essencial sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do glaucoma, e seus exames para diagnóstico, podem ser úteis na prevenção de quais pacientes podem saber sobre glaucoma quando se apresentam para um exame oftalmológico, e quem deve ser orientado na saúde pública de campanha.
Gupta et al.	Glaucoma.	2016	Mesmo entre os pacientes que recebem tratamento, quase uma em cada sete pessoas com glaucoma será cega em um olho em duas décadas. Por isso, é dever do médico de atenção primária orientar os paciente sobre a importância do acompanhamento oftalmológico e sempre orientá-los sobre a importância do tratamento.
Weinreb & Medeiros	The Pathophysiology and Treatment of Glaucoma: A Review	2014	Os glaucomas são um grupo de neuropatias ópticas que devem ser acompanhadas e tratadas. Existem vários fatores de risco que podem motivar o encaminhamento para um oftalmologista para avaliação do glaucoma, como por exemplo a idade avançada e aumento da pressão intraocular. Portanto, é importante que o diagnóstico seja feito de forma correto e que o tratamento seja adequado, melhorando assim, a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

WEINREB, Robert; KHAW, Peng Tee. Primary open-angle glaucoma. National Library of Medicine, 2016.

MCMONNIES, Charles. Glaucoma history and risk factors. National Library of Medicine, 2016.

GUPTA, Divakar; CHEN, Philip. Glaucoma. American Family Physician, 2016.

WEINREB, R. N., Aung, T., e Medeiros, F. A., The Pathophysiology and Treatment of Glaucoma, 2014 (falta por esse no tópico 8)

LQBAL, Jafar, YOUSUF, Fahem e NADEEM, Sumbal, Factors Affecting Awareness & Knowledge of Glaucoma amongst Patients, Ophthalmology Update, Volume 14, 2019.



Análise das Internações por Epilepsia no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 e 2021

Nathália Santana Rodrigues
Typhannie Coelho Borges Silva
Gustavo Santana Rodrigues

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.16](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.16)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Epilepsia é uma doença neurológica bastante frequente, sendo caracterizada por crises epiléticas, manifestando-se por diversos sinais motores, sensitivos e sensoriais com ou sem a alteração do nível de consciência. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Epilepsia, cerca de 30% dos indivíduos são refratários, apesar de tratamento adequado com anticonvulsivantes. Na literatura, há poucos estudos que abordam esta temática. Assim, o objetivo do trabalho é analisar o perfil das internações por epilepsia no Estado do Tocantins. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza ecológica e epidemiológica, com coleta de dados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As variáveis observadas foram a quantidade de registro de internações por epilepsia no Estado do Tocantins por ano, faixa etária, sexo, raça/cor, caráter de atendimento, casos de óbitos por epilepsia por ano, faixa etária e sexo. A análise dos dados foi estática. **RESULTADOS:** Durante o período analisado houve aumento de 285 internações (1.239,1%), sendo o maior número de hospitalizações no sexo masculino (56,31%), em crianças de 1-4 anos (25,57%), de cor/raça parda (64,20%) com caráter de urgência (98,52%). **CONCLUSÃO:** Tais achados reafirmam a literatura estudada, porém chama atenção o aumento da mortalidade, no entanto, não se pode generalizar tal achado devido as limitações desta pesquisa. Dessa forma, estudos que abordem o contexto nacional e busquem explorar possíveis causas para o resultado observado neste estudo se fazem necessários para traçar melhores condutas.

Palavras-chave: internações. epilepsia. Tocantins.

INTRODUÇÃO

A epilepsia é definida como afecção crônica, repetitiva e espontânea de crises epiléticas, ocasionadas pela descarga anormal, contínua e sincrônica do estímulo nervoso pelos neurônios presentes no córtex cerebral (LIMA, 2005). Há seis possíveis etiologias para esta condição: genética, estrutural, infecciosa, metabólica, imune, ou ainda desconhecida (COSTA, 2020).

As crises epiléticas podem se originar a partir de um hemisfério ou de ambos, determinando assim crises focais e generalizadas. O padrão de cada crise é variável podendo vir acompanhada ou não de envolvimento motor e perda da consciência (COSTA, 2020).

O tratamento da epilepsia objetiva o cessamento das crises, a fim de proporcionar qualidade de vida ao paciente, mediante uso de anticonvulsivantes, sendo os tradicionalmente prescritos o fenobarbital, a fenitoína, a carbamazepina, o ácido valpróico e os benzodiazepínicos, além de novas drogas como a gabapentina, lamotrigina, topiramato e a tiagabina (COSTA, 2020). No entanto, a prevalência mundial de doença ativa gira em torno de 0,5-1,0% da população, com cerca de 30% dos pacientes com doença refratária, nos quais as crises persistem mesmo com o tratamento (NOLASCO, 2020).

Entretanto, apesar de ser uma doença prevalente, com incidência que varia de acordo com idade, sexo, nível socioeconômico e síndrome epilética (COSTA, 2020), a epilepsia é uma temática pouca explorada no estado do Tocantins, com estudos prévios que não contemplam os anos da pandemia do SARS-CoV-19 (NOLASCO, 2020; FERNANDES DE SOUZA, 2021). Além disso, abordam apenas o perfil epidemiológico da mortalidade da doença no estado (AMORIM,

2022).

Portanto, o objetivo do estudo consiste em analisar o perfil das internações por epilepsia no estado do Tocantins entre os anos de 2007 e 2021.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza ecológica e epidemiológica, com abordagem quantitativa, realizado mediante coleta de dados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Foi analisado o número de internações por epilepsia no estado do Tocantins no período entre os anos de 2007 e 2021 segundo as variáveis: quantidade de registro de internações por epilepsia no Estado do Tocantins por ano, faixa-etária, sexo, raça/cor, caráter de atendimento, casos de óbitos por epilepsia por ano, faixa-etária e sexo.

Os dados foram agrupados em planilhas e expostas em tabelas no *Microsoft Excel*, permitindo análise estática e elucidação do perfil epidemiológico das internações pela doença entre os anos em estudo.

Não foi necessária a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois tratam-se de dados de acesso público, para os quais não há identificação dos participantes.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Entre janeiro de 2007 e dezembro de 2021, foram computadas 5.638 internações por epilepsia no estado do Tocantins, sendo que os anos com maiores destaques em número de internações foram 2020 com 514 internações (9,11%), e 2007, com apenas 23 (0,47%) (tabela 01).

Tabela 1 - Internações por Epilepsia e por Ano de Atendimento no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Ano	N (5638)	%
2007	23	0,47%
2008	309	5,48%
2009	300	5,32%
2010	324	5,74%
2011	408	7,23%
2012	439	7,78%
2013	418	7,41%
2014	441	7,82%
2015	380	6,73%
2016	468	8,30%
2017	473	8,38%
2018	409	7,25%
2019	424	7,52%
2020	514	9,11%
2021	308	5,46%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Quando analisadas as internações de acordo com as Microrregiões do estado, observou-se duas microrregiões com maior quantidade de casos, Porto Nacional com 1782 (31,6%) e Araguaína com 1342 (23,8%). A microrregião com menor casos foi a do Jalapão com 204

(3,61%) como representado na tabela 02.

Tabela 2 - Internações por Epilepsia e por Microrregiões no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Microrregiões	N (5638)	%
Bico do Papagaio	482	8,54%
Araguaína	1342	23,8%
Miracema	376	6,66%
Rio Formoso	381	6,75%
Gurupi	685	12,14%
Porto Nacional	1782	31,6%
Jalapão	204	3,61%
Dianópolis	384	6,81%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Ao se observar a faixa etária, a pediátrica foi a mais acometida, em especial crianças entre 1-4 anos com 25,57% (1442), seguida pela de 5-9 anos 15,46% (872) e menores de 1 ano com 11,81% (666). Os idosos apresentam menor casos de internação por epilepsia com apenas 2,66% (150), como apontado na tabela 03.

Tabela 3 - Internações por Epilepsia e por Faixa-Etária no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Faixa Etária	N (5638)	%
Menor 1 ano	666	11,81%
1-4 anos	1442	25,57%
5-9 anos	872	15,46%
10-14 anos	426	7,55%
15-19 anos	270	4,78%
20-29 anos	451	7,99%
30-39 anos	425	7,53%
40-49 anos	308	5,46%
50-59 anos	248	4,39%
60-69 anos	204	3,61%
70-79 anos	176	3,12%
80 anos e mais	150	2,66%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Em relação ao sexo (Tabela 04), a maior incidência foi no sexo masculino com 56,31% (3175), enquanto o sexo feminino representa 43,68% (2463).

Tabela 4 - Internações por Epilepsia e por Sexo no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Sexo	N (5638)	%
Masculino	3175	56,31%
Feminino	2463	43,68%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

A raça parda mostrou-se com maior incidência representando 64,20% (3620) das internações, entretanto, chama-se atenção para os 25,54% (1384) que não possuem informação quanto à raça/cor. A raça branca registrou 7,69% (434), seguida da preta com 1,80% (102). As raças amarela e indígena não chegaram a registrar 1% do internações por epilepsia, apresentando respectivamente 0,90% (51) e 0,83% (47) (Tabela 05).

Tabela 5 - Internações por Epilepsia e por Raça/Cor no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Raça/Cor	N (5638)	%
Branca	434	7,69%
Preta	102	1,80%
Parda	3620	64,20%
Amarela	51	0,90%
Indígena	47	0,83%
Sem informação	1384	25,54%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Na tabela 06, observa-se que o caráter de atendimento mais utilizado para os casos de epilepsia, majoritariamente é o de urgência com 98,52% (5555).

Tabela 6 - Internações por Epilepsia e por Caráter de Atendimento no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Caráter de Atendimento	N (5638)	%
Eletivo	83	1,47%
Urgência	5555	98,52%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Constatou-se que houveram ao total 99 óbitos por epilepsia durante o período analisado, com maior número registrado em 2020 com 15,15% (15), seguido pelos anos de 2018 e 2009, ambos com 10,10% (10). O ano de 2013 foi o único a não registrar óbito (Tabela 07).

Tabela - Óbitos por Epilepsia e por Ano de Atendimento no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Ano	N (99)	%
2007	1	1,01%
2008	9	9,09%
2009	10	10,10%
2010	5	5,05%
2011	9	9,09%
2012	7	7,07%
2013	-	-
2014	4	4,04%
2015	2	2,02%
2016	5	5,05%
2017	7	7,07%
2018	7	7,07%
2019	10	10,10%
2020	15	15,15%
2021	8	8,08%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

A incidência de óbitos foi maior no sexo masculino, 55,55% (55), e nas faixas etárias de 1 a 4 anos e 30 a 39 anos 13,13% (13) respectivamente (Tabela 08).

Tabela 8 - Óbitos por Epilepsia e por Sexo, Faixa-Etária e Caráter de Atendimento no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Sexo	N (99)	%
Masculino	55	55,55%
Feminino	44	44,44%
Faixa-Etária		
Menor 1 ano	12	12,12%
1-4 anos	13	13,13%
5-9 anos	5	5,05%
10-14 anos	5	5,05%
15-19 anos	4	4,04%
20-29 anos	7	7,07%
30-39 anos	13	13,13%
40-49 anos	9	9,09%
50-59 anos	6	6,06%
60-69 anos	6	6,06%
70-79 anos	8	8,08%
80 anos e mais	11	11,11%
Caráter de Atendimento		
Urgência	99	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Conforme apresentado na tabela 09, foi possível notar que os anos com maiores gastos públicos para com as internações por epilepsia foram o de 2020, 2016 e 2019 com 11,44% (249.166,79), 10,96% (238.593,48) e 9,68% (210.899,28) respectivamente. No ano de 2007, observou-se o menor custo com apenas 0,55% (12.059,16).

Tabela 9 - Valor Serviços Hospitalares por Epilepsia e por Ano de Atendimento no Estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021

Ano	N (2.176.603,11)	%
2007	12.059,16	0,55%
2008	89.863,52	4,12%
2009	101.843,67	4,67%
2010	84.905,39	3,90%
2011	131.730,19	6,05%
2012	116.379,95	5,34%
2013	88.558,72	4,06%
2014	132.176,66	6,07%
2015	166.551,48	7,65%
2016	238.593,48	10,96%
2017	192.144,73	8,82%
2018	194.916,22	8,95%
2019	210.899,28	9,68%
2020	249.166,79	11,44%
2021	166.813,87	7,66%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Ao longo do período analisado, ocorreu aumento em torno de 1.239% (285) nas internações por epilepsia no estado do Tocantins, sendo mais prevalente as internações nas regiões de Porto Nacional e Araguaína. Em escala estadual, o número de hospitalizações está em concordância com estudo presente na literatura, o qual observou o estado entre 2007 e 2017, no entanto, diferem quanto ao ano de pico das internações (FERNANDES DE SOUZA, 2021), que nesse estudo corresponde a 2020. Em relação a microrregião, os estudos anteriores não abordaram esta variável (FERNANDES DE SOUZA, 2021; AMORIM, 2022; NOLASCO; 2020).

Apesar de o maior número de hospitalizações terem sido registradas no primeiro ano da pandemia do COVID-19, não se pode estabelecer uma relação direta entre esta e o agravamento da epilepsia. Embora, seja possível fazer correlações, tendo em vista as inseguranças que o cenário pandêmico acarretou, com aumento do estresse e desenvolvimento de transtornos psi-

cológicos. Além disto, limitou o acesso ao sistema de saúde, prejudicando pacientes portadores de doenças crônicas, como a epilepsia, resultando no manejo incorreto desta doença e aumento na frequência das crises (TEDRUS, 2021).

De modo geral, ocorreu predomínio das internações na faixa etária pediátrica. Tal resultado corrobora com os estudos presentes na literatura que indicam que cerca de 50% dos casos de epilepsia ocorrem em crianças menores de 5 anos de idade (RIZZUTI, 2000), demonstrado pelo maior número de internações em crianças entre 1-4 anos de idade, resultado visto também por Nolasco (2020), em 2018 no estado do Tocantins. Em contrapartida, menor foi a quantidade de hospitalizações registradas na faixa etária adulta, visto serem pacientes previamente diagnosticados e em tratamento.

Ao se observar a variável sexo, as internações se concentram no sexo masculino, possivelmente devido ao fato dessa doença ser mais prevalente nesse sexo, podendo isto está associado a maior exposição desta população a situações de risco para o desenvolvimento da epilepsia (AMORIM, 2022; FERREIRA, 2009).

Quanto à raça, pacientes pardos corresponderam a maior percentual das hospitalizações (64,2%), achado similar ao observado em estudo na região Norte entre 2010 e 2014, assim como a urgência foi o caráter de atendimento primordial na hospitalização por epilepsia (LIMA, 2018).

Dentre os anos em estudo, o número de óbitos aumentou 7% contrapondo os estudos nacionais que indicaram redução na mortalidade (FERREIRA, 2009). O perfil dos óbitos no estado mostra prevalência no sexo masculino, das faixas etárias de 1 a 4 anos e 30 a 39 anos, seguida por idosos. Estes achados contrapõem a literatura, que indica maior mortalidade durante a vida adulta devido as morbidades presentes nesse público (FERNANDES DE SOUZA, 2021; AMORIM, 2022).

Em relação as gastos públicos com as hospitalizações, o maior valor registrado foi de 249.166,79, no ano de 2020. Ao se observar os gastos no decorrer dos 14 anos de estudo, observa-se que o valor chega em torno de 2.176.603,11, achado similar foi observado na região Nordeste no ano de 2010, em contrapartida, com apenas 562.729,24 gasto na região Norte (LIMA, 2018). Tal observação não indica o porquê desse gasto inferior, assim, não se pode afirmar que isso ocorre pela falta de investimentos na região Norte ou pela menor demanda de internações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, este estudo contribuiu com a análise das internações por epilepsia no estado do Tocantins entre os anos de 2007 e 2021, demonstrando aumento significativo das internações e da mortalidade no decorrer dos anos, com predomínio das hospitalizações na faixa etária pediátrica, sexo masculino, raça parda, e tendo a urgência como caráter de atendimento mais usado pelos pacientes.

Dessa forma, reafirma os achados observados na literatura, porém chama atenção para o aumento da mortalidade por uma doença passível de tratamento. No entanto, não é possível se generalizar tal análise, visto a pesquisa ter sido realizada a nível estadual. Além disto, devido à escassez de estudos e a natureza desta pesquisa, não é possível estabelecer correlações de

causa e efeito.

Assim, é válido elencar a necessidade de novas pesquisas no estado que possam traçar de uma forma mais ampla e complexa o perfil desses pacientes, com melhores dados quanto às demais variáveis, a fim de identificar as causas relacionadas com este aumento, e assim, envidar recursos para o aperfeiçoamento de condutas em portadores de epilepsia.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, G. S.; GOMES, M. A.; DE AZEVEDO, N. B.; GONTIJO, A. A.; CASAGRANDE, E.; MONTEIRO, L. D. Perfil epidemiológico dos óbitos por epilepsia no Estado do Tocantins entre 2009 e 2019: Epidemiologic profile of epilepsy deaths in the State of Tocantins between 2009 and 2019. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 15, 2022.
- COSTA, L. L. de O.; BRANDÃO, E. C.; MARINHO SEGUNDO, L. M. de B. Atualização em epilepsia: revisão de literatura. *Revista de Medicina*, [S. l.], v. 99, n. 2, p. 170-181, 2020.
- FERREIRA, I. L. M.; SILVA, T. P. T. Mortalidade por epilepsia no Brasil, 1980-2003. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.89-94, jan-fev. 2009
- FERNANDES DE SOUZA, I.; AIRES DIAS, S.; CALAZANS LAMEIRA DA SILVA, T.; LEITE BITENCOURT, E.; RIBEIRO GUEDES, V. Perfil epidemiológico da epilepsia e mal epilético em pacientes menores de 19 anos no estado do Tocantins entre 2007 a 2017: epidemiological profile of epilepsy and epileptic evil in patients under 19 years old in the state of tocantins between 2007 to 2017. *Revista de Patologia do Tocantins*, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 33–37, 2021.
- FERRAZ, L. R.; ORRICO, J. L.; OLIVEIRA, M. L. G. de; CORREIA, L. C. B.; MONTENEGRO, M. V.; RÉGO, M. V. A. S.; CARVALHO, T. L. Impacto da pandemia de COVID-19 nos indicadores de morbimortalidade de epilepsia no Brasil. *Jornal Memorial da Medicina*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 9, 2022.
- LIMA, José M. Lopes. Epilepsia - A abordagem clínica. *Revista Portuguesa de medicina Geral e Familiar*, v. 21, n. 3, p. 291-8, 2005.
- LIMA, L. J.; BRITO, R. C.; FARIAS M. C. A. D. Morbimortalidade hospitalar por epilepsia: análise de dados oficiais. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar.b Cajazeiras*, v.3, n.1, p.120-130, jan-jul. 2018.
- NOLASCO, M. N., FERREIRA, W. M., RIVERO, J. R. L., Epidemiologia dos casos de internação hospitalar por epilepsia no estado do Tocantins em 2018. *Braz. J. Hea. Rev. Curitiba*, v.3, n.6, p.17268-17280, dez.2020
- RIZZUTTI, Sueli; MUSZKAT, Mauro; VILANOVA, Luiz Celso Pereira. Epilepsias na infância. *Neurociências*, p. 108, 2000.
- TEDRUS, G. M. D. A. S.; SILVA, J. F. C. P.; BARROS, G. S. The impact of COVID-19 on patients with epilepsy: O impacto da COVID-19 em pacientes com epilepsia. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. São Paulo, v. 79, n. 4, p. 310-314, abril/2021.



Proposta de projeto de núcleo de educação permanente em uma unidade de pronto atendimento em Ananindeua- PA

Waylla Emanuely Olegária da Luz

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.17](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.17)

RESUMO

A implementação da Educação Permanente em Saúde é um método eficaz e transformador que deve ser explorado pelos profissionais tanto pela assistência como gestão, mantendo a equipe de saúde atualizada e apta a exercer suas funções, baseando suas ações em evidências científicas. Este projeto iniciou-se em junho de 2020, em uma Unidade de Pronto Atendimento, no município de Ananindeua, seguido de um levantamento literário em bancos de dados de enfermagem e portarias do ministério da saúde afins, com o objetivo elaborar e propor um núcleo de educação permanente, destinado a suprir a carência de atualização dos profissionais de saúde. Para isto, foi utilizado métodos de revisão seletiva da literatura, com posterior elaboração de métodos de investigação quanto a necessidade treinamento, com bases em ferramentas de gestão consolidada na literatura, como 5W e 2 H e o método Kirkpatrick, aplicando questionários elaborados no google forms, para análise de dados, assim como a regulamentação das ações educativas, com a finalidade atender as necessidades encontradas no serviço e otimizar a assistência prestada. Desta forma, este trabalho elabora um instrumento de inovação tecnológica educativa que pode ser aplicada em qualquer unidade de pronto atendimento ou adaptado para instituições de urgência e emergência, fazendo cumprir as legislações vigentes e utilizando ferramentas atualizadas no campo da educação, gestão de RH, capacitação e treinamento.

Palavras-chave: educação permanente em saúde. qualificação profissional. unidade de pronto atendimento.

ABSTRACT

The implementation of Continuing Education in Health is an effective and transformative method that must be explored by professionals both by care and management, keeping the health team updated and able to perform their functions, basing their actions on scientific evidence. This project began in June 2020, in an Emergency Care Unit, in the municipality of Ananindeua, followed by a literary survey of nursing databases and related health ministry ordinances, with the objective of preparing and proposing a nucleus of permanent education, aimed at supplying the lack of updating of health professionals. For this, selective literature review methods were used, with subsequent development of investigation methods regarding the need for training, based on management tools consolidated in the literature, such as 5W and 2H and the Kirkpatrick method, applying questionnaires prepared in google forms, for data analysis, as well as the regulation of educational actions, with the purpose of meeting the needs found in the service and optimizing the assistance provided. In this way, this work elaborates an educational technological innovation instrument that can be applied in any emergency care unit or adapted for urgent and emergency institutions, enforcing the current legislation and using updated tools in the field of education, HR management, training and training.

Keywords: permanent health education. professional qualification. emergency care unit.

INTRODUÇÃO

A implementação da Educação Permanente em Saúde é um método eficaz e transformador que deve ser explorado pelos profissionais e gestão assistencial, para manter a equipe de saúde atualizada e apta a exercer suas funções, baseando suas ações em dados científicos.

Assim como, percebe-se que é fundamental uma reflexão sobre os processos de trabalho e ensino no ambiente da urgência e emergência, uma vez que o profissional que ali atua tem um potencial de excelência para rever e mudar sua prática nos cuidados assistencial.

Logo, a capacitação é uma estratégia bastante utilizada diante os enfrentamentos adversos no âmbito da saúde, muito do aprendizado ocorre por este meio, diante ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e boas práticas.

Contudo, a implantação da educação permanente em saúde no ambiente hospitalar e principalmente no âmbito de urgência e emergência é um desafio constante, que requer habilidade, versatilidade e dinamismo, para melhor rendimento e otimização dos resultados. Pois, são diversos os empecilhos encontrados pelos gestores e/ou núcleos de educação permanente ao introduzir práticas educativas no cotidiano da gestão nas urgências, como por exemplo, ambiente desfavorável, rotina intensa, falta de adesão da equipe, ineficiência do método de ensino-aprendizagem utilizado, falta de acesso a dispositivos tecnológicos entre outros.

Pois, o fato de que as UPAs são unidades de atendimento que prestam serviço a aproximadamente 13 anos, pois a primeira Upa do Brasil foi inaugurada em 30 de maio de 2007. Assim, entende-se que o sistema de gestão necessita ser lapidado para a otimização dos serviços prestados à população, assim como melhorar aproveitamento dos profissionais que desempenham assistência direta e/ou indireta a população.

Nesse contexto, mesmo sendo importante a difusão da capacitação no ambiente da urgência e emergência, nem sempre essas ações são praticadas metodicamente, tornando-se ações empíricas, que emergem conforme a necessidade. Já que, não são eficazes para reconsiderar as próprias práticas da capacitação, nem levam à análise dos múltiplos sentidos que a capacitação assume.

Diante disso, questiona-se “como aperfeiçoar as ações educativas em uma Unidade de Pronto Atendimento em Ananindeua – PA, de maneira a utilizar o potencial dos profissionais como capacitadores, realizar ciclos de capacitações programadas, melhorando o desempenho dos profissionais e qualidade da assistência? ”.

Logo, é necessário encontrar instrumentos e elaborar estratégias para manter esses profissionais atualizados e implementar a Educação Permanente em Saúde na rede de Urgência e Emergência em nível intermediário. Esta pesquisa vem com proposta de um projeto de Núcleo de Educação Permanente em uma Unidade de Pronto Atendimento em Ananindeua- PA. Com o intuito de: estimular práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho; fortalecer o trabalho em equipes multiprofissionais; promover a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas; articular a Educação Permanente em Saúde e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação; fortalecer a gestão da Educação Permanente em Saúde; melhorar a qualidade do serviço público prestado; incentivar e apoiar as iniciativas de capacitação promovidas pela própria instituição, mediante o aproveitamento de habilidades e conhecimentos de servidores de seu próprio quadro de pessoal; e avaliar permanentemente os resultados das ações de capacitação.

Por tanto, é importante reconhecer que a Educação Permanente em Saúde é um processo lento e progressivo, que não pode perder o foco principal que visa à qualidade. As UPAs

por serem um setor de urgência e emergência exige continuidade do serviço e empenho dos profissionais para transformar diariamente o cenário em que os mesmos estão inseridos. Pois, entende-se que o objetivo principal da educação permanente em saúde é promover treinamento sem desvinculá-lo dos principais norteadores da educação, aprofundar e aperfeiçoar os conteúdos teóricos e práticos do profissional, de modo a adaptá-lo mais rapidamente à estrutura do serviço em que o profissional atua.

Evidencia-se que a educação permanente em saúde é apropriada para desenvolver novas ideias no cenário das transformações para a adaptação e implementação do trabalho/cuidado nas UPA. As estratégias de aprendizagem podem servir para desenvolver o pensamento crítico e dialógico, possibilitando um espaço de participação coletiva e colaborando no processo de compreensão da realidade do trabalho e promoção de estratégias adequadas para a produção de novos conhecimentos em busca de transformações.

Nesse contexto, considera-se que a educação permanente em saúde seja uma estratégia de gestão participativa no âmbito do cuidado. Assim sendo, potencializa ações educativas baseadas no diálogo, na reflexão crítica, na problematização e na integração de novos conhecimentos para as realidades vivenciadas no trabalho, oferecendo elementos recursos e estratégias para a produção do seu pensar e agir.

Observando as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem e a ausência de qualquer movimento no sentido de rever as práticas, transformou-se em uma grande preocupação de minha parte quanto ao produto final do trabalho da enfermagem – qualidade da assistência prestada ao usuário, assim como a utilização da educação permanente como ferramenta de gestão de qualidade, melhoria, e implementadora de mudanças em ambiente.

Por tanto, esta pesquisa objetiva a criação de um núcleo de educação permanente em uma Unidade de Pronto Atendimento, com métodos revisão seletiva da literatura, com posterior elaboração de métodos de investigação quanto a necessidade deste serviço bem definida, com bases em ferramentas de gestão consolidada na literatura, assim como a regulamentação das ações educativas, com a finalidade atender estas necessidades encontradas no serviço e otimização a assistência prestada nesta unidade.

DESENVOLVIMENTO

No Brasil, desde o século XIX, a Educação em Saúde vem sendo utilizada como ferramenta de prevenção e promoção da saúde na rede de atenção básica, uma vez que, anteriormente a esse período a política sanitária era realizada de forma autoritária e compulsória, bem retratada no período de campanha de vacinação de Osvaldo Cruz, onde as pessoas eram vacinas a força, sem orientação e/ou explicação, para adesão consciente da campanha. Logo, somente em 1923, com a criação do Departamento Nacional de Saúde, a educação sanitária e a propaganda foram introduzidas na técnica rotineira das ações em saúde (Silva, 2010). Período em que a educação sanitária surge com um papel de substituir os métodos repressivos das campanhas sanitárias pela persuasão e conscientização dos métodos educativos e preventivos junto a indivíduos e coletividades (Rocha, 1997)

Desde então, surgiu de maneira empírica a educação permanente em saúde, já que ha-

via a necessidade de preparar os profissionais para propagação das orientações definidas nos planos de promoção e prevenção de saúde, sendo criado os primeiros centros de saúde brasileiros, nos quais as ações de educação em saúde passaram a se desenvolver pelos educadores sanitários e professoras, que eram treinados para exercerem a função de educar a população escolar. Assim, a padronização das informações e do desempenho dos técnicos era desejável pelos serviços, que se valiam de cursos de formação dos educadores com ênfase no uso de equipamentos e materiais de comunicação e da repetição das mesmas falas em qualquer lugar onde estivessem (Figueró, 1999).

Pois, o processo de educar em saúde pode ser entendido como um diálogo que se estabelece entre as pessoas, com o objetivo de mobilizar forças e motivação para mudanças, seja de comportamento, de atitude ou de adaptações às novas situações de vida, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população (Santos, 2012).

A Educação Permanente em saúde só foi oficialmente regulamentada em 2004, e redefinida em 2007, como o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (*apud* Ministério da Saúde, 2007). Coincidentemente, em 30 de maio de 2007, foi o ano de inauguração da primeira Unidade de Pronto Atendimento do Brasil, localizada na Vila do João, uma das comunidades que compõem o Complexo da Maré no Rio de Janeiro. Logo, com o surgimento das UPAs.

A partir de então, as práticas de educação permanente em saúde são consideradas ferramentas de gestão, sendo utilizadas na implementação de novas práticas em ambiente hospitalar, mudança de rotinas, otimização e qualificação do atendimento, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, na qual dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Sabe-se que o ambiente hospitalar é de constante mudança de protocolos e rotinas, assim torna-se importante introduzir de maneira efetiva um instrumento tecnológico eficaz, que sirva de implementação, fiscalização e avaliação da qualidade da assistência prestada, desta maneira articulando as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços.

Portanto, os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios (*apud* Ministério da Saúde, 2007).

As atividades de educação em saúde potencializam o alcance da melhoria qualitativa dos serviços ofertados, a democratização do conhecimento, a utilização de tecnologia simplificada e a participação dos profissionais na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas (*apud* Ministério da Saúde, 2007).

Por tanto, entende-se que a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação

permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (*apud* Ministério da Saúde). Sendo utilizada pela gestão como ferramenta de implementação de mudanças aprimoramento dos profissionais e qualidade do serviço prestado.

METODOLOGIA

Este projeto iniciou-se em junho de 2020, em uma Unidade de Pronto Atendimento, no município de Ananindeua, seguido de um levantamento literário em bancos de dados de enfermagem, assim com portarias do ministério da saúde afins, com o objetivo elaborar e propor um núcleo destinado a suprir a carência que se apresenta no que diz respeito a educação permanente nos serviços de enfermagem em unidades de pronto atendimento. Logo, a proposta é de criação de um Núcleo de Educação Permanente para estes serviços, que seja regulamentado e composto através de um regimento formal, com estratégia e finalidade bem definidas, que possua autonomia de buscar as necessidades da equipe e junto com esta proporcionar situações que transformem o cotidiano, a prática da enfermagem e, finalmente se traduza em melhoria da assistência de enfermagem.

Para o levantamento de recursos humanos destinados a monitorar e/ou palestrar os temas abordados nas ações educativas, será realizado anualmente entre do próprio corpo técnico da unidade um formulário, utilizando a praticidade do GOOGLE FORMS, com o intuito de fazer o levantamento da área de conhecimento teórico e prático dos profissionais, propondo aos mesmos a possibilidade de realizarem ações educativas, com gratificação de dois dias de folga, podendo ser marcada no prazo de 30 dias posteriores ao término da ação educativa, havendo o registro de pelos menos 70% do público alvo atingido.

Será utilizada como ferramenta para elaboração das ações educativas para o planejamento anual os 5W2H que é basicamente um formulário para execução e controle de tarefas, onde são atribuídas as responsabilidades e determinado como as ações deverão ser realizados, assim como o local e/ou meio, motivo e prazo para conclusão com os custos envolvidos.

Recebeu esse nome devido a primeira letra das palavras em inglês:

1. What (o que será feito – ação educativa...)
2. Who (quem fará – palestrante, mediador...),
3. When (quando será feito – dia, hora, período...),
4. Where (onde será feito – local e/ou meio on line),
5. Why (por que será feito – necessidade da administração, sugestão dos servidores, evento adverso recorrente, mudança do perfil de atendimento...)

6. How (como será feito – palestra presencial, palestra virtual, roda de conversa, problematização, discussão de caso...)
7. How Much (quanto custará – descrição e justificativo dos recursos materiais...).

Os temas abordados serão selecionados de maneira sistemática através do Levantamento de Necessidade de Treinamento (Meneses e Zerbini, 2009) no qual, inicialmente, ocorre a investigação dos determinantes do problema de desempenho observado (condições, motivação e competências) e, posteriormente, de três diferentes análises:

- A análise organizacional, que objetiva estabelecer condições ambientais, assim como, o contexto geral e necessidade da empresa

- A análise de tarefas, cujo objetivo é identificar as exigências do cargo, trabalho, posto ou ocupação, bem como os conhecimentos, habilidades e atitudes associados aos desempenhos das tarefas, logo serão realizados o levantamento de acordo com as necessidades dos cargos e categorias, sob uma ótica grupal.

- A análise individual, que pretende identificar os colaboradores que apresentam discrepâncias de desempenhos, bem como escolher adequadamente o tipo de treinamento necessário, de acordo com a identificação da problemática e/ou adaptação de metodologia adotada nas oficinas. Neste caso as ações educativas serão aplicadas a um público alvo reduzido e/ou individualizado, com o intuito de obter melhores resultados.

Após definir os temas abordados será utilizado o método KIRKPATRICK, para avaliar os treinamentos desenvolvidos e a sua eficácia no desenvolvimento de pessoas, conforme as estratégias e metas definidas (Hourneaux e Eboli, 2009).

Logo, para garantir que a instituição tenha uma avaliação de qualidade, e as atividades desenvolvidas tenha credibilidade, sendo utilizada pela gestão como método de implementação de mudança e desenvolvimento profissional do corpo técnico, além de avaliar os resultados, ele também levará em consideração os fatores que interferem neles com base em quatro níveis (reação, aprendizagem, comportamento no cargo e resultados).

REAÇÃO: o primeiro nível da avaliação tem três dimensões: satisfação do aprendizes, relevância e engajamento e a sua função é mensurar, qualitativamente e de forma quantitativa, a percepção dos estudantes a respeito da aprendizagem.

A aprendizagem não depende somente das características do treinamento e do ambiente organizacional, mas também de características pessoais e das percepções. Por isso que nessa etapa, é avaliada a satisfação relativa as ações educativas realizadas.

Nesta etapa, o produto da avaliação é capaz de identificar as possíveis razões para falta de adesão dos profissionais e ou a ineficácia da abordagem dos conteúdos propostos.

- Ação: nesta etapa será aplicado um questionário direto aos profissionais para avaliar a eficácia do treinamento realizado.

APRENDIZAGEM: o segundo nível da avaliação de Kirkpatrick verifica se os funcionários realmente aprenderam o que foi ensinado, ou seja, se eles adquiriram os conhecimentos, habilidades e atitudes pretendidos com base na sua participação no curso.

Considera-se esta etapa a mais trabalhosa, e importante, pois deve ser contemplado 100% da coleta de dados, não aceitando subjetividade nos resultados.

- Ação: pretende-se aplicar um questionário antes e após as ações educativas, e avaliada por meio de números de acertos o nível de aprendizado dos funcionários.

COMPORTAMENTO: o nível seguinte diz respeito à definição se aconteceu, de fato, uma mudança no comportamento dos colaboradores, ou seja, se eles estão aplicando o que aprenderam durante o treinamento, no dia a dia de trabalho.

Além disso, também é verificado se ele aplicou o que aprendeu no ambiente de trabalho, bem como se houve condições necessárias, por parte da organização, para a aplicação dos novos conhecimentos. Não só condições físicas e de rotina, mas também por parte da liderança, já que o comportamento do gestor do setor influencia no comportamento do colaborador.

- Ação: pretende avaliar o nível de satisfação dos coordenadores antes e após as ações educativas aplicadas, dando margem de um mês após os treinamentos realizados. Assim como, avaliação individual com os funcionários.

RESULTADO: é a hora de identificar os ganhos obtidos com o treinamento realizado. Essa etapa é considerada a mais difícil de ser mensurada, mas é a melhor forma de avaliar um programa de treinamento. É analisado se houve algum ganho de tempo na execução de tarefas ou procedimentos organizacionais, redução de acidentes em setores específicos e redução da rotatividade de pessoal.

- Ação: será aglutinado estatisticamente os resultados das etapas 2 e 3, juntamente com questionário aplicado as coordenações e gestão, para comprovar a eficiência e eficácia do treinamento e validar a sua aplicação junto aos colaboradores.

Com base nestas ferramentas será construída o modelo de ações educativas e após aprovação da comissão do NEP, será inclusa no cronograma anual.

Após a análise da legislação vigente, referente a elaboração de Núcleo de Educação Permanente, portaria nº 198/GM de fevereiro de 2004, definiu a regulamentação interna do NEP descrito a seguir.

REGULAMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Dispõe sobre a natureza e o funcionamento do Núcleo de Educação em Permanente, de uma Unidade de Pronto Atendimento, no município de Ananindeua.

CAPÍTULO I

Das definições, objetivos e competências

Art. 1º- DEFINIÇÃO: O NEP se caracteriza como um núcleo multidimensional e tem por finalidade desenvolver e articular atividades de ensino, de extensão e de pesquisa voltadas à Educação em Saúde junto aos servidores para otimizar a Formação e de Educação Permanente

em Saúde junto aos diversos profissionais, com vistas a promoção da saúde, a qualificação da formação e da atuação profissional.

Art.2º - O Núcleo de Educação Permanente tem por finalidade:

Fortalecer o trabalho em equipes multiprofissionais;

Promover a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas; articular a Educação Permanente em Saúde e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação;

Fortalecer a gestão da Educação Permanente em Saúde;

Melhorar a qualidade do serviço público prestado;

Incentivar e apoiar as iniciativas de capacitação promovidas pela própria instituição,

Mediante o aproveitamento de habilidades e conhecimentos de servidores de seu próprio quadro de pessoal e;

Avaliar permanentemente os resultados das ações de capacitação.

Estabelecer parcerias e intercâmbios acadêmicos, técnicos e científicos com instituições congêneres.

Realizar e divulgar eventos relacionados à Educação em Saúde,

Formação Profissional e Educação Permanente em Saúde.

CAPITULO II

Da posição

Art.3º - O Núcleo de Educação Permanente está diretamente subordinado a Direção Geral da unidade e vinculado as políticas e programas da Secretaria Municipal de Saúde.

CAPITULO III

Da composição

Art. 4º – O Núcleo de Educação Permanente é constituído por trabalhadores da unidade, com representante de todas as categorias da enfermagem, indicados entre si e nomeados em portaria com validade de 2 anos, podendo ser renovado a cada dois anos por tempo indeterminado, dando prioridade aos servidores que obtiverem qualificações de títulos afim a educação em saúde.

O NEP tem a seguinte estrutura organizacional: Coordenador, Palestrantes e Colaboradores.

Art.5º – O Coordenador do Núcleo de Educação Permanente será indicado pelo grupo pelo mesmo período de tempo.

CAPITULO IV

Das competências

Art.6º - Ao Coordenador do Núcleo de Educação Permanente cabe:

Cumprir e fazer cumprir as normas deste REGULAMENTO;

Convocar e presidir as reuniões ordinárias mensal e extraordinárias quando julgar necessário.

Acompanhar a aplicação dos encaminhamentos sugerindo intervenções quando julgar necessário.

Representar o Núcleo de Educação Permanente em eventos e reuniões externas a unidade.

Acolher as propostas e contribuições dos trabalhadores pondo em pauta nas reuniões.

Participar sempre que solicitado em reuniões com a Direção Geral e com equipes de trabalho levando prestação de contas sobre o trabalho desenvolvido pelo núcleo.

Avaliar permanentemente o trabalho desenvolvido pelo núcleo.

Elaborar o planejamento de ações de educação permanente anual.

Realizar o levantamento da qualificação dos servidores anualmente, por meio do formulário em anexo, elaborado no GOOGLE FORMS.

Apresentar projetos de interesse ao serviço e aos trabalhadores.

Incentivar pesquisas realizadas na unidade.

Expor trimestralmente resultados obtidos com as ações educativas a administração e aos servidores.

Art.7º - Aos representantes do Núcleo de Educação Permanente cabe:

Propor projetos de interesse do grupo de trabalhadores.

Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Participar da organização e logística de eventos propostos pelo grupo e aprovados em ata.

Organizar os fluxos referentes as atividades das instituições de ensino na Unidade de Pronto Atendimento juntamente com a coordenação.

Realizar pesquisa junto a administração e servidores quanto a necessidade dos assuntos abordados

Fomentar a participação dos trabalhadores nos eventos promovidos pelo núcleo e na apresentação de projetos.

Realizar projetos e divulgar pesquisas em revistas, anuais e/ou eventos científicos.

CAPÍTULO V

Da divulgação científica

Art.8º – A coordenação do NEP deverá divulgar as produções científica desenvolvidas no âmbito do núcleo.

§ 1º Entende-se por divulgação científica a utilização de recursos, técnicas e processos para a comunicação de informações científicas a comunidade acadêmica e ao público em geral.

Parágrafo único - Caberá aos participantes do núcleo informar a Coordenação os produtos elaborados no âmbito do NES, bem como os canais de divulgação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação permanente em saúde é fundamental para a organização e planejamento dos processos de trabalho, logo diante a necessidade de capacitar, aprimorar, atualizar e implementar mudanças, há a necessidade de utilizar a educação como método de transformação do profissional de saúde. Contudo, apesar da regulamentação e das estratégias do SUS em desenvolvimento do profissional de saúde, a realidade é bem distante das regras.

Logo, este trabalho propôs um projeto de elaboração de Núcleo de Educação Permanente, pois sabe-se que a melhor forma de implementar mudanças, desenvolver profissionais, é através do compartilhamento de conhecimento. Assim, além de ser utilizada como uma ferramenta pela gestão para desempenhar uma assistência de qualidade, será utilizada como método para qualificação, aprimoramento e atualização dos profissionais de saúde. Profissionais os quais possuem as árduas rotinas diárias e necessitam manterem-se atualizados, no qual o tempo é extremamente valioso.

Portanto, trabalhar em uma instituição na qual entende que o aprimoramento profissional é fundamental para o bom desempenho do profissional, torna-se de extrema relevância para um melhor atendimento prestado, resultando em uma assistência de qualidade. Mas, para que as ações educativas sejam realizadas de modo sistemático e suas ações sejam pautadas em bases científicas, esse projeto foi embasado em ferramentas consolidadas no meio científico: como o levantamento de recursos humanos com base no 5H 3 W, o levantamento das necessidades de treinamento baseada no LNT, assim como a avaliação das ações aplicadas, baseada método avaliativo KIRPATRICK. Assim, almejando bons resultados diante as ações educativas realizadas.

Desta forma, este trabalho não possui objetivo finalizado e sim um ponto de partida, no qual propõe um instrumento de inovação tecnológica educativa onde possa ser aplicada em qualquer unidade de pronto atendimento ou adaptado para instituições de urgência e emergência, fazendo cumprir as legislações vigentes e utilizando ferramentas atualizadas no campo da educação, gestão de RH, capacitação e treinamento. Assim, estruturando ações permanentes de qualificação dos profissionais de saúde no sentido único de otimizar o desempenho da equipe e conseqüentemente, melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

REFERÊNCIAS

Davini, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.9).

Figueiró AC. Pensando a prática de educação popular em saúde. Nós da Rede: Boletim da Rede de Educação Popular em Saúde 1999; 2:3-4.

Hourneaux F. e Eboli M. Os 50 anos da Metodologia de Kirkpatrick: Reflexões sobre a Mensuração de Resultados em Educação. [periódico na internet] 2009. [acesso 6 jan 2020]. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/45/GPR1342.pdf.

Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidade de Educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Texto Contexto Enfermagem. 2007;16(2):254-62.

Meneghim M.C.; Pereira A.C.; Silva M.C.S. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. [periódico na Internet] 2010 [acesso 5 de junho de 2020];5(2). Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>.

Meneses, P. P. M.; Zerbini, T. Análise, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 50-64, jul./dez. 2009 55.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

Ministério da Saúde (BR). Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Brasília (DF); 2007.

Santos AS. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. Online Braz J Nurs. [periódico na Internet] 2006 [acesso 6 jan2020];5(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/435/102>.

Trezza M.C.S.F., Santos R.M., Santos J.M. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. Texto e Contexto Enferm. 2007; 16(2):326-34.



A identidade de gênero como resultado da interação de fatores genéticos, hormonais e sociais: uma revisão

Eduard Lucas Souza Araujo

Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Maria Claudia Gross

Doutora em Genética, Conservação e Biologia Evolutiva pelo Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia. Professora adjunta na Universidade Federal da Integração Latino-americana.

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.167.18

RESUMO

Estima-se que até 2% da população brasileira sofre de alguma incongruência entre o gênero com o qual estas pessoas se identificam e o gênero que lhes foi atribuído em seu nascimento, estando, portanto, dentro do espectro de indivíduos classificados como transexuais. É de suma importância a elucidação dos fatores biológicos envolvidos na determinação do gênero gonadal e da identidade de gênero para que se possa entender os mecanismos pelos quais os seres humanos experienciam de diferentes formas a sua sexualidade e a sua identidade. A cascata da determinação do sexo gonadal passa pela expressão de genes contidos nos cromossomos sexuais e autossômicos, além de sofrer a ação de diferentes hormônios sexuais, e requerem o correto funcionamento dos receptores nucleares destes hormônios. Além disso, o processo que culmina na expressão da identidade de gênero do indivíduo e sua conformidade ou não com o sexo biológico, está atrelado ao tempo de exposição do indivíduo à determinados hormônios sexuais e sofre ação destes hormônios desde o início da vida intrauterina até a puberdade. Neste sentido, é apresentado neste trabalho uma revisão de literatura das evidências obtidas até os dias atuais sobre a fisiologia da determinação sexual humana, tendo como base trabalhos publicados entre 1990 e 2023.

Palavras-chave: determinação biológica do sexo. transexualidade. incongruência de gênero.

ABSTRACT

It is estimated that up to 2% of the Brazilian population suffers from some incongruence between the gender with which these people identify and the gender assigned to them at birth, thus being within the spectrum of individuals classified as transsexuals. It is extremely important to elucidate the biological factors involved in determining gonadal gender and gender identity so that one can understand the mechanisms by which human beings experience their sexuality and identity in different ways. The cascade of gonadal sex determination goes through the expression of genes contained in the sex and autosomal chromosomes, in addition to being affected by different sex hormones, and requires the correct functioning of the nuclear receptors of these hormones. In addition, the process that culminates in the expression of the individual's gender identity and whether or not it conforms to the biological sex is linked to the individual's exposure time to certain sex hormones and undergoes the action of these hormones from the beginning of intrauterine life. until puberty. In this sense, this paper presents a literature review of the evidence obtained to date on the physiology of human sex determination, based on works published between 1990 and 2023.

Keywords: biological determination of sex. transsexuality. gender incongruence.

INTRODUÇÃO

Identidade de gênero é a percepção pessoal de cada um sobre se sentir e ser homem, mulher, nenhum dos dois, ou ainda, se identificar com algum outro gênero que não se enquadra nessa classificação binária. Portanto, a transgeneridade é um conceito que abrange pessoas transexuais e travestis, se referindo a indivíduos que experienciam algum grau de incongruência entre sua identidade de gênero e o sexo atribuído a este indivíduo ao nascimento (WINTER *et al.*, 2016).

Estima-se que a proporção de indivíduos que apresentam alguma incongruência de gênero varia entre 0,1 e 2% da população (GOODMAN *et al.*, 2019). Contudo, este valor pode estar subestimando em função dos critérios de inclusão definidos nos estudos e da dificuldade de acesso à essas populações por questões sociais e econômicas. O primeiro estudo populacional brasileiro voltado a este tema, realizado em 2018, em uma abordagem transversal, estimou que cerca de 2% da população adulta brasileira se identifica como transexuais ou pessoas não-binárias, o que corresponde a quase 3 milhões de cidadãos (SPIZZIRRI *et al.*, 2021).

O processo de desenvolvimento sexual é complexo e se inicia no momento da fertilização com o estabelecimento do sexo cromossômico do zigoto. Ainda, o desenvolvimento é determinado pela interação de genes, fatores transcricionais, hormônios e receptores hormonais (DOMINICE *et al.*, 2002). Embora muitos eventos que participam do processo de desenvolvimento sexual não estejam totalmente elucidados, está estabelecido que a determinação do sexo gonadal é responsável pela diferenciação sexual durante a vida fetal, sendo fundamental compreender os fatores que influam na identificação do indivíduo com o seu sexo. Desta forma, este trabalho apresenta uma revisão integrativa sobre a temática.

METODOLOGIA

A revisão integrativa foi realizada por meio de uma pesquisa eletrônica, usando as bases de dados PubMed, MEDLINE, LILACS, SciELO e Google Acadêmico empregando-se os seguintes descritores de maneira combinada: “transexualidade”, “transexualismo”, “travestismo”, “travesti”, “transgênero”, “fatores biológicos”, “diferenciação sexual”, “determinação biológica do sexo”, “determinação de gênero”, “dimorfismo sexual”. A busca foi efetuada na língua portuguesa, espanhola e inglesa. Os critérios de inclusão foram artigos completos que abordavam o tema “Diferenciação sexual em humanos”, publicados entre 1990 e 2023, escritos nas línguas espanhola, inglesa e portuguesa. Foram excluídos estudos que não investigassem o tema proposto, artigos duplicados e que não atendessem aos critérios de inclusão requeridos.

Na primeira etapa, foram selecionados 124 artigos mediante leitura de títulos e resumos. Na segunda etapa, realizou-se a leitura na íntegra destes artigos empregando os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se à seleção de 43 artigos. Os resultados obtidos foram agrupados em 4 tópicos relacionados à determinação biológica do sexo e do gênero: papel do cromossomo Y na determinação gonadal, desenvolvimento embrionário das gônadas e genes envolvidos, influência dos hormônios gonadais no desenvolvimento sexual e influências biológicas na identidade de gênero.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Determinação biológica do sexo e do gênero

Nos seres humanos o processo de determinação sexual é dividido em quatro etapas clássicas: a primeira correspondendo a determinação do sexo cromossômico, definida já na fertilização; a diferenciação das gônadas do embrião em testículos ou ovários; a diferenciação dos genitais internos e externos e o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários que ocorre em resposta ao estímulo endócrino (GOODFELLOW; DARLING, 1988).

O Papel do cromossomo Y na determinação gonadal

Células progenitoras do embrião se diferenciam em células testiculares e ovarianas, sendo este processo chamado de determinação do sexo gonadal. O desenvolvimento de tecidos gonadais se dá por uma delicada cascata de fatores pró-ovarianos ou pró-testiculares controlada por mecanismos genéticos antagônicos. O desencadeamento da cascata para o desenvolvimento de tecido masculino, leva a repressão de fatores pró-ovarianos que, se não suprimidos, culminam na formação de tecido feminino. Evidências sugerem ainda, que há uma contribuição de fatores epigenéticos para a expressão de genes de determinação sexual, mas os mecanismos precisos desta interação ainda estão sendo elucidados (STÉVANT; NEF, 2019).

Inicialmente acreditava-se que a presença do cromossomo Y fosse o único fator necessário para a determinação do testículo, contudo, após a descoberta de mulheres portadoras de cromossomo Y e homens com cromossomos sexuais XX, foi iniciada a busca por um “fator de determinação testicular”. Descobriu-se então uma região do braço curto do cromossomo Y, o gene SRY (do inglês sex-determining region Y), que atua iniciando a proliferação de células somáticas da gônada em desenvolvimento, e contribui para a formação das células de Sertoli (DAMIANI; DICHTCHEKENIAN; SETIAN, 2000).

O gene SRY consiste em um único éxon e codifica uma proteína de 204 aminoácidos. Esta proteína atua como fator de regulação da transcrição gênica que ao se ligar ao DNA induz seu dobramento. O padrão de expressão de SRY se inicia por volta da sexta semana de gestação, coincidindo com o início da diferenciação das gônadas primordiais em testículos, sua expressão é reduzida, mas se mantém nas células de Sertoli e células germinativas (MELLO; ASSUMPÇÃO; HACKEL, 2005). Mutações no gene SRY estão relacionadas principalmente à quadros de disgenesia gonadal pura, porém também podem ser encontrados casos de disgenesia gonadal parcial, hermafroditismo verdadeiro e reversão sexual com função ovariana parcial (ASSUMPÇÃO. *et al.*, 2002).

Apesar da importância do SRY na determinação testicular, a cascata que envolve o controle da gonadogênese depende da ação de genes autossômicos e ligados ao X, que atuam antes e depois da determinação testicular. E, apesar de o sexo constitutivo do desenvolvimento fetal ser feminino, a gonadogênese feminina depende também da expressão de outros genes autossômicos (MELLO *et al.*, 2005). O quadro 1, adaptado de Stévant e Nef (2019), traz os genes envolvidos nos principais eventos do desenvolvimento inicial das gônadas e da crista genital.

O desenvolvimento embrionário das gônadas e genes envolvidos

O desenvolvimento gonadal começa por volta da quarta semana de gestação, na parede do saco vitelino, onde se diferenciam as células germinativas primitivas, oriundas de células endodérmicas. Estas células então migram ao longo do mesentério dorsal para a região da crista genital, ou crista urogenital. Na quinta semana ocorre o espessamento da crista genital pela proliferação do epitélio celômico e, subsequentemente, pela fragmentação da membrana basal subjacente para formar os cordões sexuais primários. As células germinativas primitivas atingem a crista genital por volta da sexta semana de desenvolvimento e se incorporam aos cordões sexuais para formar gônadas indiferenciadas. (SAJJAD, 2010).

Quadro 1 – Genes envolvidos no desenvolvimento gonadal.

GENE	Nome	Fenótipo
GATA4	GATA-binding protein 4	A inativação condicional do gene prejudica a proliferação e a fragmentação da membrana basal do epitélio celômico. Este gene também controla a expressão de NR5A1 e LHX9
NR5A1(AD4BP, SF1)	Nuclear receptor subfamily5, group A, member1	A inativação constitutiva do gene leva à degeneração da crista genital por apoptose e a completa ausência das glândulas adrenais e das gônadas
WT1	Wilms' tumor 1	A mutação constitutiva induzida deste gene, leva à interrupção do desenvolvimento urogenital e ausência de gônadas, causada pelo aumento da morte celular
LHX9	LIM homeobox 9	A inativação constitutiva do gene em ratos leva à ausência de gônadas devido à falha na proliferação do epitélio celômico.
EMX2	Empty spiracles homeobox 2	A inativação constitutiva do gene em ratos leva à ausência de gônadas por falha na migração de células epiteliais da membrana basal do celoma, mas não afeta o desenvolvimento de glândulas adrenais
SIX1 e SIX4	SIX homeobox 1 e 4	A inativação destes dois genes resulta em gônadas menores com reversão sexual das gônadas masculinas para femininas devido à falha na expressão de SRY. Estes genes também regulam a expressão de NR5A1 e ZFM2, reguladores diretos do SRY
INSR e IGF1R	Insulin receptor e IGF receptor 1	A inativação destes dois genes afeta a expressão de NR5A1 e reduz a taxa de proliferação de células germinativas primitivas em indivíduos XX e XY antes da determinação sexual. Em ratos, a inativação do gene leva à reversão sexual masculina para feminina e à ausência de glândulas adrenais
NUMB	NUMB endocytic adaptor protein	A inativação condicional deste gene leva à falha na polarização das células do celoma, reduzindo o número de células de suporte e esteroidogênicas, e ao acúmulo de células indiferenciadas durante o desenvolvimento das gônadas
NRG1	Neuregulin 1	A inativação condicional deste gene leva à redução do número de células epiteliais do celoma e atrasa a diferenciação das células de Sertoli
SRY	Sex-determining region of the Y chromosome	O SRY inicia um aumento importante na proliferação de células somáticas do celoma em indivíduos XY em duas fases distintas: primeiramente a proliferação acontece em células portadoras do gene NR5A1 e contribui para a formação de células de Sertoli, e posteriormente, em células não portadoras de NR5A1, que estão localizadas abaixo do epitélio celômico e não dão origem às células de Sertoli.
RSPO1 e WNT4	R-spondin 1 e Wntless-type MMTV integration site family, member 4	A inativação constitutiva destes genes resulta em falha na proliferação do epitélio celômico em gônadas XY, levando à redução do número de células de Sertoli, e na formação de testículos hipoplásicos

Fonte: Adaptado de Stévant e Nef (2019).

O embrião nos primeiros estágios de desenvolvimento possui então dois sistemas de ductos associados à diferenciação urogenital, os Ductos de Wolffian e os Ductos de Müller, estes possuem potencial para se desenvolverem em tratos reprodutivos masculinos e femininos respectivamente. Os genes da família Wnt atuam no desenvolvimento dos ductos Müllerianos e na supressão da diferenciação das células de Leydig no ovário. Por outro lado, os genes *Ins13* e *HOX* juntamente com a ação de hormônios gonadais masculinos, participam da descida intra-abdominal dos testículos e no desenvolvimento da genitália interna masculina (DOMENICE *et al.*, 2002).

O dimorfismo morfológico pode ser observado a partir da sétima semana, quando as gônadas passam a adquirir características histológicas do sexo cromossômico. Após a determinação do sexo gonadal procede-se com a produção dos hormônios sexuais específicos. Estes hormônios influenciam na diferenciação sexual dos ductos acessórios e dos genitais externos, além dos caracteres sexuais secundários. Já na vida intrauterina a presença ou ausência de testosterona influencia na diferenciação sexual do encéfalo, e também na determinação da identidade de gênero e orientação sexual dos seres humanos (ROSELLI, 2018; SWAAB; WOLFF; BAO, 2021).

Os caracteres sexuais secundários cumprem ainda um importante papel no desenvolvimento do dimorfismo sexual humano. Essa diferenciação fenotípica, associada ainda à aspectos sociais e culturais, influencia a percepção dos indivíduos acerca de sua imagem corporal e do que é a expressão de seu gênero. Neste sentido, pessoas transgênero podem desenvolver uma condição chamada disforia de gênero, que surge da incongruência entre sua aparência física e sua identidade de gênero, afetando de diferentes formas a qualidade de vida dessas pessoas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; VAN DE GRIFT *et al.*, 2016).

Influência dos hormônios gonadais no desenvolvimento sexual

Após a determinação sexual, as gônadas diferenciadas apresentam células responsáveis pela liberação de hormônios sexuais que afetarão de forma distinta o desenvolvimento do embrião. Nos testículos, por volta da quinta semana de gestação, as células de Sertoli começam a produzir o hormônio antimülleriano (AMH) que causa a regressão dos ductos de Muller (que nas mulheres culminariam na formação das trompas de Falópio, útero, cérvix e parte da vagina). Outro grupo celular, as células de Leydig, na sexta semana de gestação, passam a produzir testosterona a partir do colesterol, atingindo as células alvo pelas vias parácrina e endócrina. A testosterona então é metabolizada, um de seus compostos é a dihidrotestosterona (DHT) que é necessária para induzir a diferenciação da genitália externa masculina. Além disso, a testosterona estabiliza os ductos de Wolffian, estrutura embrionária que dará origem ao epidídimo, vasos deferentes e vesícula seminal. Além disso, a DHT também induzirá a formação da próstata, e a diferenciação de tecidos embrionários para a formação do pênis e do escroto (YAMADA *et al.*, 2006).

Ambos os sexos expressam o receptor androgênico (RA), um tipo de receptor nuclear que se liga aos hormônios androgênicos. Nas mulheres, geralmente os baixos níveis de androgênios resultam na formação da genitália externa feminina. Durante o desenvolvimento dos ovários, os cordões sexuais indiferenciados passam por modificações para formar os folículos primordiais (as oogônias), estas células se multiplicam e acabam por entrar em prófase meiótica cessando sua divisão, que será completada durante a ovulação na vida adulta. Os ductos de Muller se desenvolvem anteroposteriormente em tuba uterina, cornos e corpo do útero (MIYAGAWA *et al.*, 2009; YATSENKO; RAJKOVIC, 2019)

A masculinização da genitália externa durante a vida embrionária exige a presença de hormônios androgênicos e a correta ação do RA em um período específico do desenvolvimento. A ação destes hormônios no desenvolvimento sexual humano pôde ser melhor entendida através do estudo de indivíduos portadores de distúrbios do desenvolvimento sexual (DSD). Dentre os DSD podemos destacar a síndrome da insensibilidade completa ao androgênio (CAIS), em

indivíduos 46, XY esta doença é causada por uma mutação deletéria nos RA. Tais indivíduos desenvolvem testículos normais que secretam grandes quantidades de testosterona, contudo, apresentam ao nascimento genitália feminina completa (PAPADIMITRIOU *et al.*, 2006; WERNER; GRÖTSCH; HIORT, 2010).

Outro DSD que contribuiu para o entendimento do desenvolvimento sexual humano é a hiperplasia adrenal congênita (CAH). Indivíduos 46,XX apresentam na vida intrauterina ovários normais, contudo, pela alta produção de androgênios, a genitália externa pode apresentar, em alguns casos, desenvolvimento fenotipicamente masculino completo (KAMRATH; HARTMANN; WUDY, 2013).

A ação dos hormônios sexuais durante o desenvolvimento embrionário também leva a alterações em outros tecidos do corpo incluindo o encéfalo, influenciando assim na estrutura cerebral e no comportamento dos indivíduos (BERENBAUM; BELTZ, 2011). Além disso, os androgênios parecem exercer mais influência sobre as diferenças antropométricas ao nascimento entre meninos e meninas, do que o sexo cromossômico em si (DE ZEGHER *et al.*, 1998).

A maioria dos indivíduos com CAIS apresentam uma identidade de gênero feminina, diferente de pessoas 46, XX com CAH, que apresentam traços comportamentais femininos. Tal comportamento parece ter mais influência da androgenização sofrida durante a embriogênese do que do status hormonal atual dos indivíduos estudados, apontando para uma “programação” comportamental que ocorre no embrião em desenvolvimento (JÜRGENSEN *et al.*, 2007).

Durante a puberdade os hormônios sexuais levam à uma acentuada diferenciação corporal entre indivíduos do sexo masculino e feminino. Em pessoas portadoras de CAIS, a feminização do corpo é observada apesar dos altos níveis de androgênios, nesta condição o estrogênio está presente em e concentrações séricas no limite superior da normalidade para indivíduos do sexo masculino (PAPADIMITRIOU *et al.*, 2006). Em pessoas 46,XX com CAH, que durante a puberdade apresentam níveis elevados de androgênios, pode ocorrer o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos como crescimento de músculos, alongamento do clítoris e engrossamento da voz (WERNER; GRÖTSCH; HIORT, 2010).

Desta forma, apesar da influência dos androgênios para a diferenciação da genitália externa do embrião, durante a puberdade estes hormônios influenciam apenas no desenvolvimento de características sexuais secundárias, mas perdem o poder de influenciar a diferenciação dos genitais. Em humanos 46,XY portadores de mutações na 5 α -redutase 2, enzima responsável pela conversão de testosterona em DHT, ocorre a produção reduzida de deste hormônio e, ao nascimento estes indivíduos podem apresentar uma aparente genitália feminina, mas que sofre masculinização durante a puberdade pelo aumento da síntese de testosterona (MAIMOUN *et al.*, 2011). Estes indivíduos podem então sofrer uma mudança em seu gênero, através da masculinização da genitália externa, passando de feminino para masculino. Além disso, é possível que portadores desta mutação, que apresentem genitálias externas de aparência feminina ao nascimento, possam sofrer de alguma uma incongruência de gênero, apresentando uma identidade de gênero masculina. Tal situação levanta o debate acerca da influência genética e hormonal no desenvolvimento cerebral, implicando em sua anatomia, comportamento e identidade (NGUN *et al.*, 2011).

O mecanismo pelo qual os androgênios exercem efeitos distintos em diferentes células

e tecidos por meio de um único receptor ainda estão sendo estudados. Contudo, parece claro que os níveis e o tipo de androgênio presentes levam a determinados efeitos na expressão de genes distintos no núcleo celular (DESLYPERE *et al.*, 1992; HOLTERHUS *et al.*, 2002). O quadro 2 adaptada de Hiort (2013) apresenta alguns distúrbios da produção de androgênios, sua forma de ação e o fenótipo correspondente ao distúrbio.

Quadro 2 - Doenças específicas da biossíntese e ação de androgênios e seus respectivos fenótipos.

Alteração	Via interrompida	Gene	Fenótipo ao nascimento	Fenótipo na puberdade	Via alternativa
Deficiência de 5 α -Redutase	Síntese de Dihidrotestosterona	SRD5A2	Hipospadia pseudovaginal perineoescretal, virilização variável	Virilização excessiva	5 α -Redutase tipo 1
Deficiência de 17 β -hidroxiesteróide desidrogenase	Síntese de testosterona	HSD17B3	Na maioria dos casos, a genitália externa apresenta característica femininas	Virilização, em alguns casos ocorre o desenvolvimento das mamas	17 β -hidroxiesteróide desidrogenase tipo 5
Insensibilidade de Androgênica	Ação androgênica	AR	Na Síndrome da Insensibilidade Completa à androgênios, genitália externa feminina	Feminização	Aromatização intracelular de estrogênios

Fonte: Adaptado de Hiort (2013).

Em suma, os hormônios androgênicos exercem diferentes funções ao longo do desenvolvimento e crescimento humano, dependendo do tipo de androgênio envolvido, sua concentração, do tempo de exposição e da ação do RA. Os efeitos dos androgênios sobre a diferenciação de tecidos durante a vida intrauterina não podem ser revertidos, Hiort (2013) propõe que para além da diferenciação óbvia dos genitais externos, esse conceito pode ser estendido também para o desenvolvimento cerebral do indivíduo, afetando seu comportamento e sua identidade sexual.

Influências biológicas na identidade de gênero

Através da ação genética e hormonal durante a vida intrauterina ocorre uma diferenciação anatômica e funcional entre o cérebro masculino e feminino. Este mecanismo influencia permanentemente aspectos do comportamento do indivíduo adulto como o comportamento sexual, cognição, agressividade, identidade de gênero e orientação sexual. Em humanos a diferenciação sexual ocorre durante o primeiro trimestre de gestação, enquanto a diferenciação do cérebro se inicia no segundo trimestre. Essa diferenciação, como abordado anteriormente, sofre grande influência dos hormônios gonadais, mas também é resultado da expressão de diferentes genes dos cromossomos sexuais (ROSELLI, 2018).

A definição da identidade de gênero dos indivíduos é um fenômeno complexo, havendo atualmente um grande debate acerca da influência de fatores biológicos e sociais que contribuem para seu estabelecimento. Alguns trabalhos analisaram a ocorrência de transgeneridade em gêmeos, mas ofereceram poucas evidências para uma associação específica para o envolvimento de fatores genéticos (COOLIDGE; THEDE; YOUNG, 2002; SEGAL, 2006). Dentre os resultados encontrados estão um aumento na incidência de um polimorfismo do alelo A2 de CYP17A1 em homens transexuais, mas que não foi associado a mulheres transexuais (BENTZ *et al.*, 2008). Além disso, há também relatos de polimorfismos em receptores de androgênio e

estrogênio (HARE *et al.*, 2009; HENNINGSSON *et al.*, 2005), e mutações nos genes FBXO38, SMO2 e TDRP entre gêmeos monozigóticos em que um indivíduo apresentava disforia de gênero (MORIMOTO *et al.*, 2017).

Em relação à importância da ação de hormônios sexuais durante a vida intrauterina para a identidade de gênero, existem na literatura alguns casos de indivíduos XY, que foram submetidos nos primeiros meses de vida à procedimentos plásticos que designaram sua genitália externa como feminina, e que foram criados como indivíduos do sexo feminino, tendo alguns recebido tratamentos hormonais visando a feminilização de seu corpo, mas que sofreram posteriormente por não se identificarem com o sexo que lhes foi atribuído (COHEN-KETTENIS, 2005; REINER; GEARHART, 2004).

Ainda, estudos analisaram as diferenças morfológicas e funcionais entre os cérebros de indivíduos cisgênero e transgênero. Foram encontradas maiores semelhanças entre pessoas com a mesma identidade de gênero, do que entre indivíduos do mesmo sexo biológico, incluindo diferenças no número de neurônios e volume de áreas subcorticais (GARCIA-FALGUERAS; SWAAB, 2008; ZHOU *et al.*, 1995), número de algumas proteínas do infundíbulo (TAZIAUX *et al.*, 2016), diferenças microestruturais na matéria cinzenta e branca (HOEKZEMA *et al.*, 2015; RAMETTI *et al.*, 2011; SIMON *et al.*, 2013), diferenças na resposta neuronal quando expostos a odores de esteroides que conhecidamente induzem respostas hipotalâmicas distintas entre homens e mulheres (BERGLUND *et al.*, 2008; BURKE *et al.*, 2014) e na função visual-espacial destes indivíduos (BURKE *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A determinação sexual dos seres humanos se inicia na fertilização do embrião sendo primeiramente dependente do sexo cromossômico. A correta expressão de genes ligados ao cromossomo Y levará ao desencadeamento de uma delicada cascata de fatores pró-testiculares, acarretando na supressão de fatores pró-ovarianos que, caso contrário, culminam no desenvolvimento sexual feminino.

A partir da determinação genética do testículo, é iniciada a liberação de hormônios androgênicos que agirão pelas vias parácrinas e endócrinas para induzir a diferenciação dos tecidos do embrião. A ação dos hormônios androgênicos dependerá do correto funcionamento dos receptores celulares de androgênios, e levarão a formação das genitálias internas e externas, além de influenciar o dimorfismo sexual encefálico e na composição biométrica do indivíduo.

Após o nascimento, a presença ou ausência de androgênios determinará a expressão de caracteres sexuais secundários masculinos ou femininos, respectivamente. Além disso, estudos apontam que estes hormônios possam estar envolvidos no comportamento sexual e comportamental de homens e mulheres.

Pesquisas recentes buscam elucidar os mecanismos biológicos envolvidos no fenômeno da transexualidade. Foram encontradas evidências de fatores genéticos como polimorfismos nos genes que expressam o citocromo P450 e receptores de androgênios e estrogênios, além de mutações associadas a casos de disforia de gênero em gêmeos monozigóticos. Ademais, estudos de neuroimagem encontraram semelhanças morfológicas e funcionais entre cérebros

de indivíduos transexuais e indivíduos pertencentes ao sexo biológico com os quais se identificavam. Contudo, as evidências são fracas, sendo necessários novos estudos para o completo entendimento dos mecanismos envolvidos neste processo.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSUMPÇÃO, J. *et al.* Novel mutations affecting SRY DNA-binding activity: the HMG box N65H associated with 46, XY pure gonadal dysgenesis and the familial non-HMG box R30I associated with variable phenotypes. *Journal of Molecular Medicine*, v. 80, n. 12, p. 782–790, 1 dez. 2002.
- BENTZ, E.-K. *et al.* A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertility and Sterility*, v. 90, n. 1, p. 56–59, jul. 2008.
- BERENBAUM, S. A.; BELTZ, A. M. Sexual differentiation of human behavior: Effects of prenatal and pubertal organizational hormones. *Frontiers in Neuroendocrinology*, v. 32, n. 2, p. 183–200, abr. 2011.
- BERGLUND, H. *et al.* Male-to-Female Transsexuals Show Sex-Atypical Hypothalamus Activation When Smelling Odorous Steroids. *Cerebral Cortex*, v. 18, n. 8, p. 1900–1908, 1 ago. 2008.
- BURKE, S. M. *et al.* Male-typical visuospatial functioning in gynephilic girls with gender dysphoria — organizational and activational effects of testosterone. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, v. 41, n. 6, p. 395–404, 1 nov. 2016.
- BURKE, S. M. *et al.* Hypothalamic Response to the Chemo-Signal Androstadienone in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *Frontiers in Endocrinology*, v. 5, 28 maio 2014.
- COHEN-KETTENIS, P. T. Gender Change in 46, XY Persons with 5 α -Reductase-2 Deficiency and 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 4, p. 399–410, ago. 2005.
- COOLIDGE, F. L.; THEDE, L. L.; YOUNG, S. E. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, v. 32, n. 4, p. 251–257, 2002.
- DAMIANI, D.; DICHTCHEKENIAN, V.; SETIAN, N. O enigma da determinação gonadal: o que existe além do cromossomo Y? *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 44, n. 3, p. 248–256, jun. 2000.
- DE CASTRO, I. F.; REIS FILHO, A.; MOREIRA, D. R.; SALGADO, P. O.; CARDOSO, S. A. Os entraves à população transgênero no acesso à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 1, p. e5289, 11 jan. 2021.
- DE ZEGHER, F. *et al.* Androgens and Fetal Growth. *Hormone Research in Pediatrics*, v. 50, n. 4, p. 243–244, 1998.
- DESLYPERE, J.-P. *et al.* Testosterone and 5 α -dihydrotestosterone interact differently with the androgen receptor to enhance transcription of the MMTV-CAT reporter gene. *Molecular and Cellular Endocrinology*, v. 88, n. 1–3, p. 15–22, out. 1992.
- DOMIENICE, S. *et al.* Aspectos Moleculares da Determinação e Diferenciação Sexual. *Arquivos*

Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 46, n. 4, p. 433–443, ago. 2002.

GARCIA-FALGUERAS, A.; SWAAB, D. F. A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain*, v. 131, n. 12, p. 3132–3146, 1 dez. 2008.

GOODFELLOW, P. N.; DARLING, S. M. Genetics of sex determination in man and mouse. *Development*, v. 102, n. 2, p. 251–258, 1 fev. 1988.

GOODMAN, M. *et al.* Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, v. 48, n. 2, p. 303–321, jun. 2019.

HARE, L. *et al.* Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *Biological Psychiatry*, v. 65, n. 1, p. 93–96, jan. 2009.

HENNINGSSON, S. *et al.* Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*, v. 30, n. 7, p. 657–664, ago. 2005.

HOEKZEMA, E. *et al.* Regional volumes and spatial volumetric distribution of gray matter in the gender dysphoric brain. *Psychoneuroendocrinology*, v. 55, p. 59–71, maio 2015.

HOLTERHUS, P. M.; PIEFKE, S.; HIORT, O. Anabolic steroids, testosterone-precursors and virilizing androgens induce distinct activation profiles of androgen responsive promoter constructs. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, v. 82, n. 4–5, p. 269–275, nov. 2002.

JÜRGENSEN, M. *et al.* Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, v. 51, n. 3, p. 443–453, mar. 2007.

KAMRATH, C.; HARTMANN, M.; WUDY, S. Androgen Synthesis in Patients with Congenital Adrenal Hyperplasia due to 21-Hydroxylase Deficiency. *Hormone and Metabolic Research*, v. 45, n. 02, p. 86–91, 23 jan. 2013.

MAIMOUN, L. *et al.* Phenotypical, Biological, and Molecular Heterogeneity of 5 α -Reductase Deficiency: An Extensive International Experience of 55 Patients. *The Journal of Clinical Endocrinology e Metabolism*, v. 96, n. 2, p. 296–307, fev. 2011.

MELLO, M. P. DE; ASSUMPÇÃO, J. DE G.; HACKEL, C. Genes envolvidos na determinação e diferenciação do sexo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 49, n. 1, p. 14–25, 2005. MIYAGAWA, S. *et al.* Genetic Interactions of the Androgen and Wnt/ β -Catenin Pathways for the Masculinization of External Genitalia. *Molecular Endocrinology*, v. 23, n. 6, p. 871–880, 1 jun. 2009.

MORIMOTO, Y. *et al.* Deep sequencing reveals variations in somatic cell mosaic mutations between monozygotic twins with discordant psychiatric disease. *Human Genome Variation*, v. 4, n. 1, p. 17032, 27 jul. 2017.

NGUN, T. C. *et al.* The genetics of sex differences in brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, v. 32, n. 2, p. 227–246, abr. 2011.

PAPADIMITRIOU, D. T. *et al.* Puberty in Subjects with Complete Androgen Insensitivity Syndrome. *Hormone Research in Paediatrics*, v. 65, n. 3, p. 126–131, 2006.

RAMETTI, G. *et al.* The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *Journal of Psychiatric Research*, v. 45, n. 7, p. 949–954, jul. 2011.

REINER, W. G.; GEARHART, J. P. Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth. *New England Journal of Medicine*, v. 350, n. 4, p. 333–341,

22 jan. 2004.

ROSELLI, C. E. Neurobiology of gender identity and sexual orientation. *Journal of neuroendocrinology*, v. 30, n. 7, 1 jul. 2018.

SAJJAD, Y. Development of the genital ducts and external genitalia in the early human embryo. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, v. 36, n. 5, p. 929–937, 16 set. 2010.

SEGAL, N. L. Two Monozygotic Twin Pairs Discordant for Female-to-Male Transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, v. 35, n. 3, p. 346–357, 27 jun. 2006.

SIMON, L. *et al.* Regional Grey Matter Structure Differences between Transsexuals and Healthy Controls—A Voxel Based Morphometry Study. *PLoS ONE*, v. 8, n. 12, p. e83947, 31 dez. 2013.

SPIZZIRRI, G. *et al.* Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports*, v. 11, n. 1, p. 2240, 26 jan. 2021.

STÉVANT, I.; NEF, S. Genetic Control of Gonadal Sex Determination and Development. *Trends in genetics : TIG*, v. 35, n. 5, p. 346–358, 1 maio 2019.

SWAAB, D. F.; WOLFF, S. E. C.; BAO, A. M. Sexual differentiation of the human hypothalamus: Relationship to gender identity and sexual orientation. *Handbook of Clinical Neurology*, v. 181, p. 427–443, 1 jan. 2021.

TAZIAUX, M. *et al.* Kisspeptin Expression in the Human Infundibular Nucleus in Relation to Sex, Gender Identity, and Sexual Orientation. *The Journal of Clinical Endocrinology e Metabolism*, v. 101, n. 6, p. 2380–2389, 1 jun. 2016.

VAN DE GRIFT, T. C. *et al.* Body Satisfaction and Physical Appearance in Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, v. 45, n. 3, p. 575–585, 16 abr. 2016.

WERNER, R.; GRÖTSCH, H.; HIORT, O. 46,XY disorders of sex development – the undermasculinised male with disorders of androgen action. *Best Practice e Research Clinical Endocrinology e Metabolism*, v. 24, n. 2, p. 263–277, abr. 2010a.

WINTER, S. *et al.* Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, v. 388, n. 10042, p. 390–400, jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision. 2. ed. Geneva: [s.n.]. v. 3

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for mortality and morbidity statistics.

YAMADA, G. *et al.* Molecular genetic cascades for external genitalia formation: An emerging organogenesis program. *Developmental Dynamics*, v. 235, n. 7, p. 1738–1752, jul. 2006.

YATSENKO, S. A.; RAJKOVIC, A. Genetics of human female infertility†. *Biology of Reproduction*, v. 101, n. 3, p. 549–566, 1 set. 2019.

ZHOU, J.-N. *et al.* A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, v. 378, n. 6552, p. 68–70, nov. 1995.



Eritema polimorfo gestacional: relato de caso

Gestational polymorphic erythema: case report

Renato Gomes Catalan

Graduando do Curso de Medicina na Universidade Santo Amaro

Marcelo Antonini

Médico do serviço de ginecologia e obstetrícia do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE)

Letícia Ketzer Taufer

Médica do serviço de ginecologia e obstetrícia do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE)

Maria Luiza Toledo Leite Ferreira da Rocha

Médica do serviço de ginecologia e obstetrícia do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE)

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.19

RESUMO

Durante o período gestacional, a mulher passa por mudanças metabólicas, vasculares e endócrinas, que podem ocasionar alterações fisiológicas e dermatológicas³. As repercussões fisiológicas podem apresentar-se na forma de hiperpigmentação, telangiectasias, hemangiomas, eritema, hirsutismo, entre outras. Quanto às alterações dermatológicas, o pengifóide gestacional, o eritema polimorfo gestacional (EPG) e a erupção atópica estão entre as principais manifestações. O EPG está associado a primigestas, gestações gemelares e ganho de peso excessivo durante esse período. Apresenta-se na forma pápulas eritematosas, placas eritemato-edematosas, vesículas, lesões em alvo e púrpura¹. A clínica é bastante inespecífica, podendo ter como diagnóstico diferencial, o Monkeypox, Herpes Zóster/Simples e Zika vírus, que serão confirmados ou descartados com exames complementares¹.

Palavras-chave: eritema polimorfo gestacional. Monkeypox. Herpes Zóster. Herpes Simples. Zika vírus.

ABSTRACT

During the gestational period, the woman undergoes metabolic, vascular and endocrine changes, which can cause physiological and dermatological changes. The physiological repercussions can be in the form of hyperpigmentation, telangiectasias, hemangiomas, erythema, hirsutism, among others. As for dermatological alterations, gestational pengifoid, gestational polymorphic erythema (PGE) and atopic eruption are among the main manifestations. EPG is associated with primigravidae, twin pregnancies, and excessive weight gain during this period. It presents as erythematous papules, erythematous-edematous plaques, vesicles, target lesions and purpura. The clinic is quite nonspecific, and may have Monkeypox, Herpes Zoster/Simples and Zika virus as a differential diagnosis, which will be confirmed or discarded with complementary tests.

Keywords: Gestational polymorphic erythema. Monkeypox. Herpes Zoster. Simple Herpes. Zika virus.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso de uma paciente com eritema polimorfo gestacional (EMG) e discutir sobre sua fisiopatologia, sintomatologia, epidemiologia e tratamento. Serão abordados, também, seus fatores de risco e complicações materno-fetais.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi utilizado o prontuário da paciente, obtido no sistema informatizado do IAMSPE e fotos da paciente. Para discutir mais sobre o quadro e seus diagnósticos diferenciais, foram utilizados artigos do Scielo, Pubmed e Google acadêmico, além de documentos do Ministério da Saúde (MS).

CASO CLÍNICO

Paciente SNV, 31 anos, sexo feminino, casada, natural de Minas Gerais, procedente de São Paulo e trabalha em área administrativa de escola fundamental. Procurou pronto atendimento (PA), devido a lesões cutâneas que se iniciaram em região abdominal e que evoluíram com piora e de maneira difusa pelo corpo. Relata, ainda, prurido associado às lesões. Inicialmente foi tratada como quadro de escabiose e liberada com antialérgico e loção de permetrina. Paciente apresentou piora do quadro, retornando ao PA 3 dias após, sendo avaliada pela infectologia que solicitou PCR para Herpes e Monkeypox, sendo liberada para casa. Retornou no dia seguinte, devido a nova piora do quadro, sendo internada para investigação da etiologia. Paciente negou febre, dores no corpo, mialgia e cefaleia.

Paciente é primigesta, com 31 semanas (pela data do ultrassom), nega comorbidades, em uso de Ogestan gold e Vitamina D 2000UI. Relata alergia a Amoxicilina, nega vícios e cirurgias prévias. Paciente relata recente viagem ao interior de Minas Gerais, local onde havia pasto e animais. Nega mudança nos hábitos ou nos produtos de uso diário. Paciente está em dia quanto a sua vacinação.

No exame de entrada, realizado no centro obstétrico, paciente apresentava lesões difusas nos membros, com diminuição na região do tronco. Nas extremidades, as lesões apresentavam polimorfismo (mácula, pápula, vesícula e crosta). Nos pés, essas coalesciam em placas, com hiperemia. Não apresentava outras alterações no exame físico.

Figura 1



3º dia de internação

Inicialmente, a paciente recebeu os seguintes diagnósticos diferenciais: Rash cutâneo polimórfico, Monkeypox, quadro alérgico e outras dermatoses. Foi solicitado PCR para Monkeypox, Herpes Zóster, Herpes Simples e Zika vírus, avaliação da infectologia e da dermatologia, e isolamento da mesma.

A paciente, durante a internação, apresentou piora do quadro, apresentando coalescência das lesões, cicatrização daquelas que estavam no formato de vesícula, com aumento da hiperemia local. Relatava prurido, com agravamento no período noturno e negava outros sintomas associados. A avaliação do feto foi realizada constantemente nesse período, não apresentando sinais de sofrimento fetal.

Figura 2



6º dia de internação

Já com resultados negativos do PCR para Monkeypox e Varicela, paciente passou por avaliação da dermatologia, que suspeitou de eritema multiforme gestacional, sendo sugerido início de tratamento com corticoterapia oral com prednisona 40mg 1x/dia por 5 dias, desescalando 10mg/dia a cada 5 dias até chegar em 10 mg/dia. Foi orientada a suspensão das vitaminas utilizadas no pré-natal, que poderiam levar ao agravamento do quadro. Após início do tratamento com corticoide, paciente evoluiu com diminuição das lesões e melhora do prurido, não relatava nenhum outro sintoma associado. Recebeu alta após 12 dias de internação com acompanhamento e tratamento ambulatorial, além de encaminhamento para dermatologia.

Figura 3



8º dia de internação

Exames laboratoriais:

- (01/12/22): RT-PCR varicela zóster, herpes simples, Zika vírus e Monkeypox: não detectado
- (02/12/22): S.pyogenes negativo / Sars-Cov-2 negativo

DISCUSSÃO

Eritema polimorfo gestacional

Durante a gestação, a mulher passa por diversas alterações metabólicas, imunológicas, vasculares e endócrinas³. Esta leva a elevação do estrogênio, progesterona, β -HCG, prolactina e outros hormônios, que acometem o organismo como um todo. Nesse período, há alterações fisiológicas e dermatológicas. Dentre as principais alterações fisiológicas estão: hiperpigmentação, tendo o melasma como principal apresentação, telangiectasias, hemangiomas, eritema, hirsutismo, entre outras. Quanto às alterações dermatológicas, a penfigóide gestacional, a eritema polimorfo gestacional e a erupção atópica, estão entre as patologias mais comuns desse grupo, apesar de ter baixa incidência na população geral^{1,3}.

A eritema polimorfo gestacional (EPG) é uma dermatose específica, comum e autolimitada. Tem prevalência de um caso a cada 160 gestantes, predominando nas primigestas⁴. Pode estar associado também a gestações de gemelares e excessivo ganho de peso durante esse período¹. Essa doença pruriginosa e urticariforme, costuma ter início no 3º trimestre da gestação ou no puerpério imediato. Tem origem desconhecida, mas recentes estudos demonstraram tratar-se de uma reação de hipersensibilidade. O quadro, inicialmente, costuma apresentar-se na forma de pápulas eritematosas, principalmente sobre as estrias abdominais, que evoluem como placas eritemato-edematosas acompanhadas de vesículas, lesões em alvo e púrpura. Não há associação com atopia e não há dados que demonstrem acometimento fetal¹.

Ao exame histopatológico, inicialmente pode ser observado edema na derme e espongiose com infiltrado de eosinófilos na fase urticariforme. Na fase vesicular há predomínio de es-

pongiose e vesiculação subepidérmica. Na resolução do quadro, há presença de paraceratose e acantose. Os diagnósticos diferenciais incluem penfigóide gestacional, escabiose e eritema multiforme⁴.

A paciente apresentou um quadro bastante semelhante com o descrito acima, o que, juntamente, com a evolução do quadro e exames complementares, levou a descartar as outras hipóteses diagnósticas e realizar o tratamento específico para essa doença.

Monkeypox

Inicialmente, foi apontado como hipótese um quadro de Varíola dos macacos, zoonose que infecta os seres humanos, a partir de animais, que é transmitida pelo vírus Monkeypox, do gênero *Orthopoxvirus*. Seus sintomas são semelhantes aos da varíola, porém são menos graves. O vírus tem um período de incubação de 1 a 2 semanas².

A forma de transmissão dessa zoonose, se acentua principalmente por contato do ser humano com secreções e gotículas respiratórias de animais infectados. A transmissão de um indivíduo infectado para outro, hígido, é pelo contato físico².

Os sintomas mais comuns são: pústulas na pele (agudas), podendo estar associado a cefaleia, febre ($> 38,5^{\circ}\text{C}$), linfonodomegalia, dores musculares, no corpo e no dorso, astenia, entre outros. Além desses se houver suspeita, deve ser levado em consideração viagens recentes para locais endêmicos. O diagnóstico, juntamente com a clínica, é feito por meio do valor do RT-PCR para Monkeypox. Segundo a OMS, pessoas abaixo de 50 anos são mais suscetíveis a esta patologia, devido a vacinação contra a varíola ter sido interrompida em 1980, em razão da sua erradicação. Ainda não há muitos dados na literatura quanto às complicações desta patologia para o feto, por tratar-se de uma doença relativamente nova, mas alguns estudos mostram que o vírus pode atravessar a barreira hemato-placentária (BHP) e levar a um quadro de varíola congênita².

Herpes Zóster

Infecção pelo vírus varicela zoster (herpes-vírus tipo 3), normalmente resultante da reativação viral, que estava em sua forma latente. O quadro primário costuma aparecer na forma de exantema maculopapular de distribuição centrípeta, evoluindo com pústulas e crostas em 3 a 4 dias, podendo ter febre associada. É um quadro benigno e autolimitado na infância, mas sua apresentação no adulto e na gestante costumam ser mais graves^{5,7}.

O quadro secundário, quando o vírus é reativado, na maioria dos casos é decorrente a uma imunossupressão, devido a outras infecções, medicamentos ou outros fatores. A mesma causa inflamação do gânglio da raiz sensorial da pele e do seu respectivo dermatomo, podendo até levar a um acometimento de sistema nervoso central (SNC). Acomete mais idosos e pacientes infectados por HIV. Os sintomas mais comuns são: dor lancinante e disestésica, podendo estar associado a exantema. Em grande parte dos casos há formação de vesículas em base eritematosa. As lesões costumam ser unilaterais, mas podem disseminar-se pelo corpo em pacientes imunocomprometidos⁷.

Seu diagnóstico baseia-se nos sintomas e no exame de RT-PCR específico para o antígeno. Pode ser também complementado pelo teste de Tzanck. O tratamento deve ser feito com

uso de sintomáticos e antivirais. No caso de gestantes, que podem transmitir o vírus por meio da BHP, está indicado o uso de imunoglobulina humana antivaricela-zóster em até 10 dias após a exposição. Isso devido ao risco de complicações, podendo levar a um quadro de síndrome da varicela fetal (SVF) ou varicela no recém-nascido (VRN), que podem levar o recém-nascido ao óbito. A prevenção é de extrema importância e é feita por meio da vacinação⁷.

Herpes simples

O herpes simples é uma infecção causada pelo herpes simplex vírus. A transmissão ocorre de maneira interpessoal. O vírus instala-se no organismo, assim como na varicela zóster, ficando na forma latente na raiz de um nervo, reativando em situações em que há um imunocomprometimento. Costuma acometer a região dos lábios e genital, mas pode aparecer em outros lugares do corpo. Os sintomas mais comuns são: aparecimento de vesículas, podendo estar associado à coceira e ardência local. O quadro normalmente evolui com lise dessas vesículas e formação de crostas. O diagnóstico, além de clínico, pode ser feito por meios do HSV, exame específico para detecção do vírus. O tratamento é feito com o uso de sintomático e antiviral. A transmissão para o RN costuma ser vertical, podendo levar à um quadro que tem alta morbimortalidade^{8,9}.

Zika vírus

Infecção por um arbovírus, pertencente ao gênero *Flavivirus* da família *Flaviviridae*. Tem transmissão sexual, transfusional, pela BHE e por meio da picada de artrópodes, como o *Aedes Aegypti*. O paciente pode ser assintomático, mas pode apresentar sintomas como cefaléia, febre, exantema maculo-papular, dor articular, muscular e retroorbitária, e conjuntivite. O diagnóstico é feito pelo resultado do RT-PCR e sorologia para o Zika Vírus. O tratamento é feito com o uso de sintomáticos. Alguns estudos demonstraram que o quadro, quando associado ao uso de ácido acetilsalicílico, pode evoluir na forma de trombocitopenia, devendo ser evitado o seu uso durante a infecção. Quando adquirida na gestação, esta infecção pode levar a diversas complicações no feto, como microcefalia, alterações oculares e até deficiências do desenvolvimento (Síndrome congênita do Zika Vírus)^{6,10,11}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Eritema Polimorfo Gestacional é, dentre os quadros dermatológicos, um dos mais comuns na gestação, principalmente quando as pacientes apresentam fatores de risco. Por se tratar de uma doença autolimitada e sem muitas complicações, não apresenta riscos materno-fetais. Para resolução do quadro, devem ser administrados anti-histamínico e corticoide tópico para os casos mais leves, mas para pacientes mais graves, o corticóide deve ter via de administração oral, como foi feito para a paciente em questão.

REFERÊNCIAS

- Fernandes L, Rodrigues De Mendonça C, Amaral W. Alterações dermatológicas na gravidez: revisão de literatura. FEMINA. Vol. 42, nº2. Página 102-108. 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n2/a4802.pdf>
- Alves B. Varíola dos macacos. Biblioteca virtual em saúde MS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/02-6-variola-dos-macacos/> .
- Zimmerman JB, Duarte AMBR, Silva AC, Burato BLC. Erupção polimórfica da gravidez: relato de caso e revisão da literatura. Rev Fac Ciênc Med Sorocaba. 2019;21(1):39-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/1984-4840.2019v21i1a8>
- Alves GF, Nogueira LSC, Varella TCN. Dermatologia e gestação. Scielo. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962005000200009>
- Watanabe EK, Graicer G. Varicela durante o 3º trimestre período gestacional. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. v.20, supl., out. 2018. 35º Congresso da SUMEP/ Relato de caso. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/40028>.
- Teixeira JC. Programa vacinal para gestantes. Guia prático: infecções no ciclo gravídico-puerperal. FEBRASGO. nº1 - vol. 2 - set. 2016. cap.10. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/02-INFECCOyES_NO_CICLO_GRAVIDO_PUERPERAL.pdf.
- Hérpes-zóster. Manual MSD. 2021. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doencas-infecciosas/herpes-v%C3%ADrus/herpes-z%C3%B4ster>.
- Moroni RM, Tristão EG, Urbanetz AA . Infecção por vírus herpes simples na gestação: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e profiláticos.
- Herpes simples. Biblioteca virtual em saúde, ministério da saúde. (Sociedade Brasileira de Dermatologia). Março de 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/herpes-simples/>.
- Yuill TM. Infecção pelo Zika Vírus (ZIKV). Manual MSD. Ago. 2021. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doencas-infecciosas/arbov%C3%ADrus-arenav%C3%ADrus-e-filov%C3%ADrus/infec%C3%A7%C3%B5es-pelo-v%C3%ADrus-da-zica-zikv>.
- Sharp TM, Jordan JM, Padilla JP. Et al. Zika Virus Infection Associated With Severe Thrombocytopenia. PubMed. Jul. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27418575/>.

AGRADECIMENTOS

Agradeço os meus orientadores Dr. Marcelo Antonini, Dra. Leticia Taufer, Dra. Maria Luiza Toledo Leite Ferreira da Rocha, por me auxiliarem na execução deste trabalho e ao serviço de Ginecologia e Obstetrícia do IAMSPE, por ter a oportunidade de acompanhar esse caso, bem como sua evolução, na qualidade de estagiário/interno do curso de Medicina.



Projeto de intervenção: (Des) construção do filho sonhado

Diego Vinicius Rodrigues
Patricia de Oliveira Batista
Suzana Freitas de Carvalho

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.20](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.20)

INTRODUÇÃO

O CENSO demográfico 2010 divulgado em 2012 pelo IBGE (IBGE, 2010) aponta que 45,6 milhões de pessoas declararam ter ao menos um tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% da população brasileira. Entretanto, parece que o aumento desta população não se refletiu no desenvolvimento de recursos e mecanismos sociais para lidar com estas pessoas e suas famílias.

A deficiência é hoje uma problemática que tem levado um número cada vez maior de psicólogos a se interessar por desenvolver e explorar esse campo, o que tem contribuído para importantes debates, tanto em relação ao conceito de deficiência (AMIRALIAN *et al.*, 2000) como sobre outros aspectos relacionados ao desenvolvimento, aprendizagem e outros atendimentos a essas pessoas.

A gravidez, por si só, já é um evento de muita significação na vida da mulher e é permeada por valores e transformações que se constituem como ímpares. A gestação de um filho envolve diversos sentimentos, tais como alegria, realização pessoal, preocupação, angústia, entre outros, geralmente acompanhados pela idealização de uma criança perfeita (ROECKER, 2012).

A chegada de um bebê com deficiência produz descontinuidade relacionada a essa idealização do nascimento perfeito, com sonhos desmoronados e sentimentos negativos, não só para a mãe, mas também para o cônjuge e toda a família ampliada (BRASIL, 2003).

O vínculo maternal não começa após o nascimento da criança, e sim no momento em que existe o desejo de ser mãe, na descoberta da gravidez, e tais desejos e fantasias podem vir a desmoronar com a notícia de que a criança desejada tem o diagnóstico de que nasceu com alguma síndrome ou deficiência (BRAZELTON, CRAMAR, 1992).

Quando um filho nasce, a primeira coisa que os pais conferem é se a criança é “perfeita” e, nesse caso, ficam aliviados e comemoram. Caso contrário, há a morte do filho sonhado, e tal constatação gera profunda tristeza, medo do futuro, frustração e vergonha. É preciso vivenciar o processo de luto pelo filho que foi idealizado, para que seja possível estabelecer um vínculo de amor e cuidado com o filho que nasceu. Muitas vezes, pessoas que passam por essas experiências se fortalecem e dão um novo significado à vida (ALVES, 2012).

Lorenzetti (2012) relata que a cobrança mais comum é de que, imediatamente, os pais aceitem, amem e cuidem desse filho “inesperado”, desse filho que não era sonhado e, muito menos, desejado. Junto com a cobrança vem o julgamento: os pais não amam/aceitam esse filho; ou não estavam preparados para serem pais; ou as duas coisas. Além da cobrança e do julgamento, em geral, não há mais nada. Aqueles pais tristes, assustados, angustiados e com medo, na maioria das vezes, estão sozinhos.

É sabido que o despreparo ou até mesmo a maneira falha com que os profissionais comunicam o diagnóstico da criança ao nascer que poderá desencadear trauma na vida dos familiares e influenciar diretamente no desenvolvimento da criança. Os pais após receberem a notícia de maneira correta, terão mais chances de elaborar e ressignificar este momento. Ao sentirem acolhidos e orientados, terão melhor manejo na busca por informações sobre o diagnóstico e no preparo para as situações futuras relacionadas ao cuidado e tratamento da criança (GONTIJO, 2017).

A partir do exposto, entendemos que preparar o profissional responsável por dar a notícia do nascimento do filho com deficiência é de suma importância. Portanto, pretende-se com este projeto de intervenção, compreender as dificuldades encontradas por esses profissionais e demonstrar como espera-se que a notícia seja conduzida junto aos pais e familiares.

Esperamos também que esta capacitação aos profissionais possa refletir na maneira como os pais e familiares recebem a notícia, além de possibilitar o estímulo pela busca de conhecimento sobre as potencialidades de desenvolvimento e tratamento da criança. Trata-se, portanto, da conscientização e formação desses indivíduos para que estejam cada vez mais preparados para lidar com sabedoria os desafios que a vida lhes impôs.

METODOLOGIA

O projeto que nos propusemos desenvolver é um projeto de intervenção em saúde comunitária, que denominamos “ (Des) construção do filho sonhado” e que será implementado na maternidade do Hospital São João de Deus em Divinópolis/MG.

O projeto de intervenção é uma proposta de ação feita pelo aluno (ou grupo) sob orientação de um professor, para resolução de um problema real observado. O projeto de intervenção como o próprio nome alude fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Os sujeitos ao pesquisarem sua prática ou realidade, produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam e ressignificam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam.

Segundo Aguiar (1997) a pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades, assumindo uma intervenção de caráter sócio analítico não visando à mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto.

A intervenção será realizada com os profissionais de saúde da maternidade (médicos, enfermeiros e psicólogos) responsáveis por dar a notícia do nascimento do recém-nascido com deficiência. Os responsáveis pela intervenção serão os alunos: Diego Rodrigues, Patrícia Oliveira e Suzana Freitas do 5º período de Psicologia da UEMG.

OBJETIVO GERAL

Preparar a equipe para o momento de dar a notícia à família do nascimento do recém-nascido com deficiência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender as dificuldades dos profissionais para dar a notícia;
- Discutir sobre as síndromes/deficiências e as possibilidades de desenvolvimento da criança;

- Estimular a busca por conhecimento sobre as deficiências e locais de referência para acolhimento e tratamento;
- Disponibilizar materiais didáticos que auxiliem no momento da notícia.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A deficiência é um conceito definido através de Lei Federal do Brasil, instituída Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que determina:

“Art. 2 Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Todo pai e toda a mãe esperam um filho perfeito, que atenda às suas expectativas e fantasias (BRAZELTON E CRAMER, 1992). O nascimento de um bebê é considerado um momento de transição no desenvolvimento da família, pois altera a forma que os membros familiares se relacionam e levam os pais a terem que se adaptar a um novo papel (SILVA E DESSEN, 2004). É na família que o recém-nascido estabelece suas primeiras relações interpessoais.

Segundo Vendrusculo (2014, p. 8) “A notícia de que há um bebê a caminho, aponta para uma série de mudanças na vida de um casal, especialmente no que se refere em preparar a chegada do filho”. Assim o casal passa a se preparar para o nascimento do bebê. Quando surge a deficiência tudo muda, Sanches e Júnior (2011, p. 367) ressaltam que quando é feito o diagnóstico de deficiência do filho os pais precisarão se adaptar a essa nova condição, possivelmente surgirão sentimentos de negação, de tristeza, medo, luto e tristeza. Muito disso ocorre em função a idealização que os pais mantiveram sobre o bebê desejado.

Também segundo Sousa (2011, p. 23) o instante do diagnóstico de deficiência é praticamente decisivo na vida da criança e da família, a partir dele vão surgindo novas indagações, receios e dúvidas com relação ao crescimento, com relação a como deverão agir e como irá se desenvolver a criança, o momento do diagnóstico se torna incerto, com incertezas de como serão o futuro da criança e de todos que convivem com ela.

Segundo Sanches e Junior (2011, p. 372) os pais tendem a sentir-se sem norte e sem ter a quem recorrer no momento do diagnóstico de deficiência do filho.

Acrescentam Oliveira e Poletto (2015, p. 111) que estes sentimentos vivenciados pelos pais são uma espécie de enfrentamento no momento do impacto da deficiência, onde perderam a idealização do filho sonhado.

Cunningham (2008, p. 41-44) acrescenta afirmando que são emergidos os seguintes sentimentos diante do diagnóstico de deficiência do filho: Choque, luto, incerteza, culpa, medo, revolta, dor, desesperança entre outros. O luto vem emergindo por perderem o bebê que haviam imaginado. A culpa existe pelo fato de muitos pais acreditarem ser os responsáveis pela deficiência.

Ainda segundo Nunes, Dupas e Nascimento (2011.p. 229) “Tomar conhecimento da síndrome, ainda durante a gestação, pode ser visto de duas maneiras, uma positiva, possibilitando

o preparo da família para a chegada da criança, e a outra de forma pessimista, acreditando que seria sofrer antecipadamente”.

A forma como é transmitida a notícia de deficiência no filho pode ter influência decisiva nas reações vivenciadas pelos pais uma vez que o diagnóstico de deficiência parece gerar uma situação crítica de impacto, caracterizada por sentimentos de desconforto, como angústia, medo, culpa e vergonha. (LEMES E BARBOSA, 2007)

O nascimento de uma criança com deficiência traz uma nova realidade para a família. De acordo com MacCollum (1984) os pais experimentam a perda das expectativas e dos sonhos que haviam construído em relação ao futuro descendente. A extensão e a profundidade do impacto deste nascimento são indeterminadas, depende da dinâmica interna de cada família e do significado que este evento terá para cada um (FABER, 1972).

Para os profissionais envolvidos com as famílias de pessoas portadoras de deficiência, é de suma importância que tenham o maior conhecimento possível das dinâmicas pelas quais passam estas famílias para se instrumentalizarem emocional e racionalmente, uma vez que a literatura (REGEN E COLS., 1993; OMOTE, 1980; PETEAN, 1995; PETEAN E PINA-NETO, 1998) tem enfatizado a necessidade de que esses pais recebam o maior número possível de informações, que tenham suas dúvidas esclarecidas para que possam decidir com maior segurança os recursos e condutas primordiais para o bom desenvolvimento de seu filho.

Plano de intervenção

Atividade constituída para atender a uma determinada demanda, transformando uma ideia em ação, definir a análise e seguir passos e tentar atendê-la.

Esse projeto refere-se a demanda de uma equipe de profissionais da saúde que encontra dificuldade ao dar a notícia à família do nascimento do recém-nascido com deficiência. Esta foi detectada a partir da experiência profissional de uma das integrantes do grupo, bem como da experiência pessoal de outra colega. Assim, nos propusemos ajudar esses profissionais a sentirem mais seguros e preparados para o referido momento. Uma vez que a falta de formação dos profissionais no manejo com a família no momento do diagnóstico e da notícia os leva a um não-comprometimento com sua responsabilidade profissional e provoca na família insatisfação pela forma como foram abordados e tratados.

Desenho das ações

Será utilizado inicialmente a metodologia de grupo focal para que possamos conhecer o que de fato é desafiador para os profissionais no momento da notícia. Para Kitzinger (2000), o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema e experiências relacionadas.

Em um segundo momento, pretende-se realizar uma roda de conversa para discutir com os participantes sobre as principais síndromes e deficiências detectadas ao nascer, bem como as possibilidades de desenvolvimento da criança. De acordo com Campos (2000) a Roda de

Conversa é um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. O objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação.

Para que os participantes se sintam estimulados a buscar por mais conhecimento sobre as deficiências e locais de referência para acolhimento e tratamento dessa criança e sua família, propomos que o terceiro encontro seja bastante didático-pedagógico, portanto, serão trabalhadas dinâmicas tais como a dinâmica do barbante.

No último e quarto encontro, a fim de que os respectivos profissionais pudessem compreender o que é ter um filho com deficiência e como a notícia para a família do nascimento do filho com deficiência pode ter diversas repercussões, discutiremos dois artigos intitulados “Comunicando à mãe o nascimento do filho com deficiência” e “Expectativas dos pais diante do nascimento de um filho”. Após a discussão, disponibilizaremos um informativo com dicas importantes para ajudar os pais nesse momento, confeccionada pelos alunos. Posteriormente será permitido que todos expressem suas opiniões e esclareçam dúvidas quanto à postura a ser tomada no momento exato do contato com a família.

O quadro a seguir sintetiza o cronograma do projeto de intervenção e a forma como será conduzido.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO				
ENCONTRO	DATA/HORA	OBJETIVO	ATIVIDADE	MATERIAL
I	06/06/2018 19h	Conhecer o que de fato é desafiador para os profissionais com relação ao nascimento de um bebê com deficiência.	- Apresentação da proposta de intervenção; - Grupo focal - Reflexão	Quadro Pincel Papel A4
II	13/06/2018 19h	Discutir as principais Síndromes e deficiências	Roda de conversa	Data show
III	20/06/2018 19h	Estimular a busca por mais conhecimento sobre as deficiências e locais de referências	Vídeos de APAEs Reportagens Record Série do Fantástico Dinâmica do Barbante*	Data show Caixa de som Barbante
IV	27/06/2018 19h	Discutir dois artigos para compreender o que é ter um filho com deficiência e as diversas repercussões possíveis em consequência da maneira como a notícia foi dada a família após o nascimento	- Leitura dos artigos - Discussão - Disponibilizar a cartilha	Data show Artigos impressos Cartilha

*Na dinâmica do barbante, um rolo é jogado aleatoriamente para todos os participantes sentados em círculo. Cada participante que recebe o rolo deve segurar um pedaço e ir passando para o próximo. Ao receber o rolo de barbante, o participante diz seu nome, uma característica própria e sua expectativa em relação à oficina. Quando o barbante volta para a mão de quem o jogou primeiro, o coordenador da dinâmica solicita a alguns dos participantes que soltem o seu pedaço e, com isso, a rede que havia sido formada começa a emaranhar-se. O significado do trabalho em rede é discutido com o grupo, mostrando que na medida em que o indivíduo vai soltando o barbante é como se ele estivesse deixando de exercer seu papel como parte dessa rede, preferindo agir de forma isolada, tornando a rede desconexa e enfraquecida. É o que acontece

quando a família do bebê não se sente acolhida e preparada para enfrentar o novo, sem informação e apoio das redes de referência a pessoa com deficiência. Neste sentido é importante que desde o primeiro momento em que a família tem contato com esse filho ela sinta-se apoiada de todas as formas.

Ressaltamos que o tempo previsto para cada encontro seja de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento da criança com deficiência pode configurar o “encontro inesperado”, fazendo emergir sentimentos de fracasso e impotência. O “momento da notícia”, como é chamado por pais e profissionais à ocasião da comunicação do diagnóstico da deficiência do filho, é considerado o período mais difícil desta trajetória.

A divergência entre o bebê sonhado e idealizado pelo casal, e o bebê real e “imperfeito” proporciona um processo de luto complexo, pois se refere à ferida narcísica dos próprios pais e uma negação prolongada a respeito das dificuldades da criança, proporcional à esperança que os pais parecem nutrir de resgatar o filho idealizado e perdido.

Entendemos, portanto, que atuar auxiliando os profissionais na maneira como a notícia é dada, é de grande importância. E se, na prática, está havendo dificuldades e uma dissociação no manejo entre família e profissionais, acreditamos que este projeto de intervenção poderá ser benéfico e tranquilizador para ambas as partes.

Faz-se necessário que os profissionais estejam atentos às questões psíquicas dos pais e do bebê, respeitando a sua singularidade e fornecendo-lhes suporte para um exercício mais satisfatório das funções parentais.

O bebê que nasce com deficiência apresenta questões peculiares que integram o curso do seu desenvolvimento e, por isso, reforçamos a necessidade de um olhar profissional cuidadoso, que acolha precocemente a família com a finalidade de que estas relações não sejam norteadas pela iatrogenia.

Desta forma, notamos que há uma certa urgência no investimento do profissional que atua na área. O presente projeto poderá orientar e nortear o profissional para que não fragilize ainda mais a família do recém-nascido. Para que a notícia e as orientações sejam dadas no momento certo, com devidos cuidados, e assim, seja acalentador no exercício das suas funções junto ao filho.

Por fim, ao longo do projeto, buscamos demonstrar o quanto o “encontro inesperado” dos pais com o filho deficiente, sem uma mediação cuidadosa por parte dos profissionais das instituições de saúde, traz implicações profundas em toda a família.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K. F. e ROCHA, M. L. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, nº 3/4,1997, pp. 87-102.
- ALVES, Elaine Gomes dos Reis. A morte do filho idealizado. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012; 36(1):90-97.
- AMIRALIAN, M.L.T.M.; PINTO, E.B.; GHIRARDI, M.I.; LICHITIG, I.; MASINI, E.S.F. E PASQUALIN, L. (2000). Conceituando deficiência. Revista Saúde Pública, nº 34 (1), 97-3.
- ARAÚJO MARTINS, Cristina; CORREIA PINTO DE ABREU, Wilson Jorge; DO CÉU AGUIAR BARBIERI DE FIGUEIREDO, Maria. Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. Referência-Revista de Enfermagem, v. 4, n. 2, 2014.
- ARAUJO, Luiz Alberto David; COSTA FILHO, Waldir Macieira da. O Estatuto da Pessoa com Deficiência-EPCD (Lei 13.146, de 06.07. 2015): algumas novidades. Revista dos Tribunais| vol, v. 962, n. 2015, p. 65-80, 2015.
- BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B. G. As primeiras relações. São Paulo: Martins. 1992.
- BRUNHARA, Fabíola; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. Mães e filhos especiais: reações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. Paidéia, v. 9, n. 16, p. 31-40, 1999.
- CAMPOS, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
- CONCEIÇÃO LEMES, Lucyana; MARCHETI BARBOSA, Maria Angélica. Comunicando à mãe o nascimento do filho com deficiência. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 4, 2007.
- FABER, B. (1972). Effects of a Several Retarded Child on the Family. In: E. P. Trapp e P. Himmelstein (Eds). Readings on the exceptional Child: Research and Theory. Appleton-Century-Crofts. New York.
- GONTIJO. Leonardo. O nascimento de Uma Criança com Deficiência. Revista Incluir. Março, 2017. <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-45-6-milhoesdedeficientes,893424>
- KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). Qualitative research in health care. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.
- LAKE. 1989, p. 7-8
- LAZZAROTTO, Sonia Maria Rossi; FACULDADES, Celer; TAVARES, Maria Lucia Badalotti. Expectativas dos pais diante do nascimento de um filho.
- LEMES, Lucyana Conceição; BARBOSA, Maria Angélica Marcheti. Telling the mother that her newborn has a disability. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 20, n. 4, p. 441-445, dez. 2007.
- LORENZETTI, V. A emoção da criança excepcional. In: Girolamo, N.P.Di, O castelo das aves feridas. 4ª. Ed. São Paulo:
- MCCOLLUM, A. T. (1984). Gireving Over the Lost Dream. Excepcional Parent14: 9-12.
- MASSOLI, Letícia Paulina De Oliveira; ALVES, Stephanie Cristine; ESPER, Marcos Venicio. Contexto familiar de crianças com deficiência. Constr. psicopedag., São Paulo, v. 28, n. 29, p. 7-20, 2022. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

69542020000100002&Ing=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 fev. 2023. <http://dx.doi.org/10.37388/CP2020/v28n29a02>.

NUNES, L. R. O. P., e SCHIRMER, C. R., org. Salas abertas: formação de professores e práticas pedagógicas em comunicação alternativa e ampliada nas salas de recurso multifuncionais [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2017, 357 p. ISBN: 978-85-7511-452-0. Available from: doi: 10.7476/9788575114520. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/xns62/epub/nunes9788575114520.epub>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): 2003.

OMOTE, S. (1980). Reações de Mães de Deficientes Mentais ao Reconhecimento da Condição dos Filhos Afetados: Um estudo Psicológico. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, Isaura Gisele de; POLETTTO, Michele. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 102-119, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200009&Ing=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 fev. 2023.

PETEAN, E. B. L.E e Pina-Neto, J. M. (1998). Investigação em aconselhamento genético: Impacto da primeira notícia - a reação dos pais à deficiência. Medicina U: 288-295

PETEAN, E.B.L. (1995). Avaliação Qualitativa dos Aspectos Psicológicos do Aconselhamento Genético Através do Estudo Prospectivo do Atendimento das Famílias. Tese de Doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas.

PINA-NETO, J. M. (1983) Aconselhamento genético: avaliação dos resultados através do seguimento tardio das famílias. Tese de Livre-Docência apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ROECKER, Simone *et al.* A vivência de mães de bebês com malformação. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 17-26, mar. 2012.

DEZOTTI, Mariângela Carvalho. Indivíduo com síndrome de Down: história, legislação e identidade / Mariângela Carvalho Dezotti; orientação Edna Antonia de Mattos. São Paulo: s.n., 2011.

SANCHES, Geraldo Antônio Fiamenghi Júnior. Relatos maternos sobre o impacto do diagnóstico da deficiência dos filhos, Caderno Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19, p. 366-74, 2011.

SANCHES, Gisele Ap. Ribeiro; ALMEIDA JÚNIOR, Oswaldo Francisco de. Mediação da

SILVA, N.L.P.; DESSEN, M.A. O que significa ter uma criança com deficiência mental na família? Educar, Curitiba, n. 23, p. 161-183, 2004. Editora UFPR.

SILVESTRE, Gilberto Fachetti; HIBNER, Davi Amaral; RAMALHO, Camila Villa Nova. A responsabilidade civil da empresa pela inacessibilidade da pessoa com deficiência ao estabelecimento empresarial: questões materiais e processuais. Revista Argumentum, v. 18, n. 3, p. 731-758, 2018.

VENDRUSCULO, Larissa Ester Bartz. A descoberta da deficiência do filho: o luto e a elaboração dos pais. Trabalho de Conclusão de Curso. UNIJUÍ – Universidade regional do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. 2014.

ANEXO – em anexo, arquivo completo da cartilha

❌ NÃO USE
Deficiência, inútil, doente e excepcional
Portador de síndrome de Down, retardado e portador de retardamento mental
Doença genética
Pessoa especial, com necessidades especiais
Trabalhadores com deficiência são melhores, pessoas com síndrome de Down são anjos, ingênuas e carinhosas
Defeituoso, condenado, erro genético e anomalia
O risco de ter uma criança com síndrome de Down
✅ USE
Pessoa com deficiência
Pessoa com síndrome de Down
Condição genética
Necessidades específicas
Evite estereótipos
Palavras positivas ou neutras
A probabilidade / as chances de ter uma criança com síndrome de Down

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS UEMG
UNIDADE DIVINÓPOLIS



UEMG - DIVINÓPOLIS

DIEGO VINICIUS RODRIGUES
PATRICIA DE OLIVEIRA BATISTA
SUZANA FREITAS DE CARVALHO

PSICOLOGIA COMUNITARIA

UEMG- DIVINÓPOLIS

(DES) CONSTRUINDO O FILHO SONHADO

A MANEIRA CORRETA DO PROFISSIONAL DAR A NOTÍCIA AOS PAIS.

5º PERÍODO DE PSICOLOGIA - PSICOLOGIA COMUNITARIA

DICAS IMPORTANTES PARA AJUDAR OS PAIS NESTE MOMENTO



- Ter empatia ao comunicar o diagnóstico da criança ao pais e entender que é um momento difícil para eles.
- A maneira que a família consegue enfrentar estas situações, depende diretamente da forma que suas relações em grupo e individuais funcionam em momentos de dificuldade.
- Chame todos os presentes pelo nome, isto cria um vínculo importante com a família.
- Forneça aos pais informações sobre os próximos passos a serem realizados, de preferência informações escritas, para que eles possam reler em outro momento.

- Assuma uma postura profissional e amigável, que demonstre seu conhecimento sobre o assunto, e também sua compreensão com o momento vivenciado.
- Não demonstre sentimentos negativos, como pena ou tristeza.
- Use palavras simples, e não termos médicos.
- Demonstre disponibilidade para esclarecer informações em outros momentos, transparecendo confiança e segurança aos pais.
- Garanta que mãe e filho possam ficar juntos, a menos que haja indicação médica para separá-los.
- Não demonstre sentimentos negativos, como pena ou tristeza.



- Oriente familiares e qualquer pessoa que esteja envolvida com os cuidados básicos da criança. Auxilie na hora da mamada e enfatize a importância do aleitamento materno. Mostre a importância do carinho e aconchego na hora da alimentação. O colo da mãe é o melhor estímulo para um recém-nascido, com ou sem deficiência.





Desafios do enfermeiro gestor na atenção básica de saúde

Alex Feitosa Nepomuceno
Darci Rosane Costa Freitas Alves
Nadson Ferreira Barroso
Mariana de Souza de Oliveira
Keila Fernandes pontes Queiroz
Otoniel Damasceno Sousa
Erica Ravenna Araujo Alves

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.21](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.21)

RESUMO

O processo de gerir em instituições de saúde, por si só, já se caracteriza um desafio, principalmente no Brasil, que possui um sistema de saúde copiado por todo o mundo e ainda se trata de um país com dimensões continentais. Comumente, a frente da gestão destas organizações, estão enfermeiros, que embora desenvolvam na maioria das vezes seu trabalho com primazia, enfrentam grandes desafios. Visto isto, este trabalho teve como objetivo geral descrever quais são os principais desafios do enfermeiro gestor atuante na Atenção Básica de Saúde (ABS), e para isto, adotou-se o método de revisão narrativa que em seu processo, fez buscas na MEDLINE, LILACS, BDENF via BVS e na biblioteca da SciELO e no buscador virtual Google Scholar, e assim apreendeu-se doze estudos para compô-la. Com a aplicação deste método observou-se que os principais desafios enfrentados por enfermeiros gestores na ABS foram as atividades burocráticas, influência de conhecimento teórico de gestão, exercício concomitante da função assistencial e gerencial, as relações interpessoais, praticar a gestão democrática, sucateamento de equipamentos e da máquina pública, ausência de insumos humanos e materiais e a falta de reconhecimento profissional. O profissional enfermeiro ao assumir a gerência da ABS, deve buscar tornar-se um visionário e incentivador da assistência como excelência, demonstrar proatividade, ter uma postura responsável e estimular e apoiar a tomada de decisão ética de todos os membros da equipe, assim como manter a eticidade na condução do seu trabalho, proporcionar feedback entre si e a equipe e entre a equipe e o usuário. Diante disto, vê-se a necessidade de intervenções multisetoriais para superar esses obstáculos, relacionados tanto as mudanças curriculares das universidades, como em investimentos financeiros e de pessoal pelos órgãos responsáveis pelas ABS.

Palavras-chave: enfermeiras e enfermeiros. gestão em saúde. atenção básica de saúde.

ABSTRACT

The management process in health institutions, by itself, is already a challenge, especially in Brazil, which has a health system copied all over the world and is still a country with continental dimensions. Commonly, the front of the management of these organizations are nurses, who, although they develop their work with primacy in most cases, face great challenges. Given this, this study aimed to describe the main challenges of the nurse manager working in Primary Health Care, and for this, the narrative review method was adopted, which in its process, searched MEDLINE, LILACS, BDENF via VHL and in the SciELO library and in the Google Scholar virtual search engine, and thus twelve studies were seized to compose it. With the application of this method, it was observed that the main challenges faced by nurse managers in the Primary Health Care were bureaucratic activities, influence of theoretical knowledge of management, concomitant exercise of the care and management function, interpersonal relationships, practicing democratic management, scrapping of equipment and the public machine, absence of human and material inputs and lack of professional recognition. The professional nurse, when taking over the management of ABS, should seek to become a visionary and promoter of assistance as excellence, demonstrate proactivity, have a responsible attitude and encourage and support ethical decision-making for all team members, as well as maintain ethics in conducting their work, providing feedback between themselves and the team and between the team and the user. In view of this, there is a need for multisectoral interventions to overcome these obstacles, related to both curricular changes in universities, as well as financial and personnel investments by the bodies responsible for Primary Health Care.

Keywords: nurses. health management. primary health care.

INTRODUÇÃO

Um novo modelo de organização relacionada às praxes de gerenciamento do cuidado em saúde vem sendo traçado, ancorando-se em teorias e na ciência que possui competência de intermediar as relações abstrusas das carências e dificuldades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob esta perspectiva, pode-se julgar o SUS como o maior e mais completo sistema assistencialista público de saúde do mundo, fundamentando-se em princípios norteadores: integralidade, universalidade, equidade, descentralização e a participação popular. Este, tem em sua base uma trama que se assenta a Atenção Básica de Saúde (ABS), que mediante um processo de gerenciamento do cuidado holístico e qualificado, assegura aos seus usuários a porta de entrada para os mais diversos serviços nas mais diferentes complexidades (FERREIRA; NEVES; ROSA, 2022).

A qualidade referente aos serviços oferecidos no âmbito da saúde possui dependência de uma gestão do cuidado eficiente. Neste sentido, quando há uma organização e operacionalização da rede de serviços de forma bem definida e qualificada, há uma tendência em ter alto níveis de resolutividade, amenizando as buscas por especialidades, o que na maioria dos casos ocasiona obstruções e morosidade no sistema. Deste modo, torna-se fundamental que haja a colaboração e participação factual da Enfermagem com os demais profissionais, suscitando atividades intersetoriais e incentivando a participação social com vistas a tornar o sistema mais acolhedor e resolutivo as necessidades da comunidade (KOVACS *et al.*, 2021).

O processo referente à gestão do cuidado na área da Enfermagem é atribuído a íntima relação que esta possui pela ciência do cuidar, a começar pelos planos de intervenção, planejamento, organização e gerência na administração dos cuidados, estando sempre de acordo com o olhar holístico, no qual compreende a integralidade de forma ininterrupta, deste modo colocando em ação as políticas e diretrizes técnicas das instituições nas quais ela se faz presente e necessária. Neste sentido, o enfermeiro deve gerir a instituição de modo que a cultura organizacional tenha atitudes voltadas à prática do autocuidado por meio de capacitações voltadas ao aprimoramento e ensino, suscitando estratégias para direcionar a prática profissional (CARDOSO *et al.*, 2019).

Para o enfermeiro gestor, uma das suas competências refere-se a supervisionar sua equipe, com vistas a conquistar bons resultados, de modo coletivo e tendo sempre como objetivo fundante atender as demandas de serviços da comunidade (MARTINS, *et al.*, 2020). Ainda para cada tentáculo dos serviços de saúde, exige que haja planejamento apropriado, frente a singularidade de cada um deles, requerendo uma gestão com posicionamentos e ações singulares frente as dimensões e complexidades, e neste cenário, as ABS apresentam-se com um espaço desafiador, justamente por ser a porta de entrada para o SUS (FERNANDES, *et al.*, 2019).

Para que haja a consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil, é mais que fundamental a articulação da gestão em saúde que comporta-se como uma ferramenta essencial neste processo, onde ela é capaz de unir e integrar ações da assistência e transformar-se em elemento primordial na execução dos serviços de saúde quanto ao gerenciamento dos recursos, planejamento das aplicações de insumos, elaboração de estratégias, resolver situações diagnósticas, garantir funcionamento efetivo dos profissionais envolvidos e ser resolutiva em todas as demandas essenciais para o funcionamento satisfatório da Estratégia Saúde da Família

(ESF) (FERREIRA; ABRAHÃO, 2020).

Tendo em consideração a significância e pertinência da temática acerbada por esta pesquisa, o presente manuscrito elaborou como problemática de pesquisa: Quais os desafios do enfermeiro gestor na Atenção Básica de Saúde?

JUSTIFICATIVA

A complexidade do SUS, em atender vários níveis de atenção e extensão territorial brasileira, sem dúvida, caracteriza um desafio para a APS conseguir articular e gerir inúmeras dimensões que cercam os serviços e a heterogeneidade da população. Mediante o que foi encontrado na literatura, após leituras flutuantes sobre o tema, observou-se como é desafiador para o enfermeiro gerir esse nível de atenção no Brasil, pois este processo esbarra em uma série de questões estruturais de macro alcance, como as relativas a instâncias superiores, a exemplo das secretarias, como o micro relacionados as dificuldades internas e cotidianas da APS. Deste modo, este estudo justifica-se por dar visibilidade a temática e, por, em certa medida, mitigar as lacunas do conhecimento relacionada à gestão desenvolvida por enfermeiros na APS.

REFERENCIAL TEÓRICO

Gestão e Atenção Básica de Saúde

Para que haja qualidade assistencial aos usuários da ABS, faz-se relevante a articulação de inúmeros componentes, como a gestão, tecnologia, sistematização do processo de trabalho, disposição de insumos, elaboração do quadro qualitativo e quantitativo de profissionais, e ações de educação permanente e educação em saúde, de modo que sejam abastadamente amplas que possibilitem o desenvolvimento holístico dos serviços e trabalhadores da instituição (SIGNOR *et al.*, 2015).

O propósito da gestão em saúde é garantir condições para concretizar a atenção à saúde conforme as necessidades do indivíduo e da população e, sobretudo, garantir que sejam realizadas ações ancoradas nos princípios do SUS. Isto torna-se possível por meio de uma gestão tecnicamente capacitada, com poder de autonomia e ancorada em pesquisas científicas e em dados que representam as reais e mais urgentes necessidades dos seus usuários (FERREIRA; NEVES; ROSA, 2022).

Isto equivale compreender que a gestão no âmbito da ABS, possui dupla responsabilidade, pois ao tempo em que comanda e regula o primeiro nível de atenção de acesso aos serviços de saúde, também assume como compromisso coordenar o processo de reposicionamento do sistema procurando uma prática voltada para a intersetorialidade. Refere-se, conseqüentemente, de uma gestão estratégica necessitando de recursos que possibilitem a identificação de toda trama social e de problemas de saúde que compõe o cenário na qual a ABS encontra-se (PIRES *et al.*, 2019).

Entende-se por gestão da ABS como modo de articular as necessidades e problemas de saúde nos mais diversos arranjos sociais que habitam espaços geograficamente delimitado, lan-

çando mão de recursos e conhecimentos organizacionais e da comunidade de tal maneira que seja capaz estabelecer prioridades, e levar em consideração possibilidades realistas de ações, angariar recursos e gerir o decurso até conseguir solucionar e controlar os problemas (OPAS, 1992).

A gestão em instituições de saúde tem como objetivo monitorar elementos inerentes a elas como os recursos financeiros, humanos, qualidade e satisfação dos serviços tanto de ordem dos profissionais como pelos usuários. Fato este que coloca a saúde como um negócio no qual precisa seguir recomendações, tendências e necessidades do mercado, o que impõe ao gestor um cenário desafiador por precisar ponderar entre orientações do mercado e as questões humanitárias, sobretudo mantendo o foco na recuperação, promoção e prevenção da saúde e assistencial (SANTOS *et al.*, 2020).

Por meio da Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS), observa-se crescimento e evolução no campo, na qual tem trazido contribuições na elaboração de práticas e saberes, envolvendo pesquisa científica e ações que visam a implementação do SUS, o que exige domínio em áreas como administração, economia, ciência política e social, direito para que nelas, sejam ancorados as práticas e o raciocínio da gestão (RAVIOLI; DE SOÁREZ; SCHEFFER, 2018).

Anteriormente a isto, ainda no final do século XX, as práticas gerenciadas na área hospitalar, tinham apenas o foco a administração de despesas, racionar a oferta, renovar os moldes da prestação de serviços e elaborar um novo paradigma de disposição do cuidado assistencial à saúde no contexto das políticas públicas, assim, não levando em conta questões humanitárias, os interesses dos profissionais atuantes na organização, assim como não estando atentos aos interesses e reais necessidades dos usuários do serviço (PIRES *et al.*, 2019).

Muitos fatores interferem e contribuem no processo de gerenciamento de organizações de saúde, pois é mais que necessária a reorganização dos serviços em tramas assistenciais suplementares e local, o que exige maior esforço dos gestores das entidades públicas (conselhos e secretarias de saúde), assim como a ajustamento do orçamento para que esteja articulado com o financiamento. Para além destes objetivos, é fundamental que haja qualidade e capacitação para o processo de fornecimento assistencial de cuidados, e desta forma solucionar os problemas de morosidade devido ao alto fluxo da demanda (ARCARI, *et al.*, 2020).

Diversas são as críticas, reflexos da insatisfação, quanto a gestão dos serviços de saúde brasileiro, e estas mostram a magnitude dos problemas diariamente enfrentados e faz uma projeção dos desafios que estão por vir. No que se refere a rede de hospitais no Brasil, muitos estudiosos cravam que ainda que existam muitos prestadores de serviços de saúde hospitalar, estes possuem uma crônica precariedade gerencial, e que ainda estão muito aquém de responder efetivamente aquilo que é obrigado a ofertar, que seria uma assistência efetiva, adequada, resolutive e otimizada (SANTOS *et al.*, 2020).

Ainda é visto como uma prática brasileira, designar profissionais de qualquer área para exercer funções gerenciais, e ainda há a crença de que o ato de administrar se aprende em campo, com a experiência, isso sem qualquer preparo teórico ou educacional formal prévio. Raramente encontram-se gestores que tiveram vivenciado e realizado graduação, programas e treinamentos formativos para a compreensão das habilidades e conhecimentos inerentes à gestão, como ser um líder de grupo, como motivar e favorecer a efetividade e eficácia das insti-

tuições com vistas a melhoria das relações interpessoais e qualidade de vida dos profissionais no ambiente de trabalho (LORENZETTI *et al*, 2014).

Desta forma, é mais do que relevante que os gestores que estejam a frente das organizações de saúde, sobretudo aquelas pertencentes a rede do SUS, estejam preparados profissionalmente para assumir tal função, estando sempre a lembrar que a ABS é a principal porta de entrada para os serviços de saúde, e este é o espaço em que se estabelece vínculos de confiança com os usuários, estes que devem ser o principal foco, e planejar ações que os fidelizem a este serviço para evitar que eles precisem de assistência em instituições de maior complexidade de atendimento (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Muitas são as maneiras de avaliar se o trabalho do gestor na ABS está surtindo impacto positivo sob a comunidade, e neste sentido, é importante destacar O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foi instituído por meio da Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011, e possui como objetivo primordial impulsionar o maior alcance ao acesso e aperfeiçoamento da qualidade da ABS, com segurança e padrões de qualidade em todo território nacional, de forma que seja possível haver transparência e efetividade das atuações do Estado (BRASIL, 2011; SEIDL, *et al.*, 2014).

Este programa dispõe de quatro etapas diferentes, que em certa medida integram e executa-se de modo ininterrupto para o aperfeiçoamento da qualidade e acesso, tem como início a fase um que refere-se ao processo de estabelecimento do contrato e a adesão aos indicadores entre os gestores e as equipes profissionais de saúde; a fase dois compreende o momento em que se desenvolve ações que serão realizadas para oportunizar movimentos de transformação do processo de gerenciamento institucional e gestão do cuidado; na terceira fase realiza-se a análise externa, momento em que são elaboradas um conjunto de atividades para avaliar as condições da qualidade e acesso dos participantes, e por último, a fase quatro, na qual concebe o processo de contratualização dos gestores e equipes, com o acréscimo de novos modelos e indicadores de qualidade (BEZERRA; MEDEIROS, 2018).

Sob esta perspectiva, os serviços de saúde precisam ser guiados pela essência e prioridade do cuidado, o que significa compreender que a prestação de atenção universal e contínua ao usuário, jamais suprimindo a realidade em que este trata-se de um indivíduo singular e insubstituível, deste modo, ele é o principal foco para quem deve-se destinar os cuidados, e por esta razão, deve-se levar em consideração todas as dimensões que o compõem: física, espiritual, cultural e psicológica (SIGNOR *et al.*, 2015).

A prática da gestão em enfermagem

Pode-se compreender o processo de trabalho na área da enfermagem como variados subprocessos que abrange pesquisa, ensino, gestão e cuidado, em que cada um possui sua particularidade e coabitam em diversas situações. Na esfera da gestão dispõe de elementos próprios, e os instrumentos necessários para o trabalho do enfermeiro correspondem a atuar em recursos humanos e na organização laboral, precisando ser executada por diferentes dispositivos que inclui: dimensionamento de pessoal, planejamento, seleção e recrutamento, supervisão, educação continuada entre outras (ANDRADE *et al.*, 2019).

A conciliação entre os aspectos assistenciais e gerenciais no cuidado de enfermagem é

enigmática, em particular, sua visibilidade, uma vez que o enfermeiro está assegurado pelo Conselho Profissional o exercício gerencial. No entanto, ainda assim é emergente a necessidade de transformações no currículo da formação do enfermeiro, baseando-se em um ensino que possibilite adquirir competências, como é indicado nas Diretrizes Curriculares Nacionais em Curso de Graduação em Enfermagem, que vigora desde novembro de 2011, por meio da Resolução N°3 (TENÓRIO *et al.*, 2019)

Achados dão conta de que desde o início do século XIX, as atividades relacionadas a gestão são empregadas no exercício da enfermagem, sobretudo do enfermeiro. Por mais de um século e meio, a organização do espaço onde ocorre o processo de cuidado é elemento essencial no desenvolvimento das atividades de enfermagem, uma vez que esteve ancorado nisto desde o seu surgimento. Atualmente, estabeleceu-se que o enfermeiro está definido como nas dimensões assistenciais à saúde, nos processos formativos e educacionais, na pesquisa e na gestão, dimensões essas interdependentes e que tem relação direta com a qualidade da assistência prestada (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

No Brasil, alguns pesquisadores revelam que as análises feitas e os diagnósticos encontrados apontam fragilidades muito importantes quanto ao processo gestor na esfera da saúde no país, uma vez que compreendem que a consolidação e implementação do SUS requer que a seara da gestão seja uma das suas maiores prioridades, e esteja totalmente de acordo e articulado com disposição de recursos financeiros direcionados às necessidades do sistema (ANDRADE; AMBONI, 2010).

Atualmente, o processo de gerir instituições de saúde no Brasil, tem se apresentado como algo desafiador, precisando estar vinculado com questões complexas como o social, a política e a economia. Durante o procedimento de transformação e gestão destas instituições, naturalmente e majoritariamente cabe ao enfermeiro desenvolver o papel de gestor, e por esta razão acaba ganhando protagonismo nesta seara, pois dentre os profissionais da área da saúde, é um dos únicos que possui em sua formação inicial contato como uma disciplina voltada para gestão (ROCHA; SOUSA; MARTINS, 2016).

Assim, é possível observar a atuação do enfermeiro na condição de gestor em vários setores do SUS, onde encontram-se na gestão de Unidades Básicas de Saúde (UBS), na coordenação de secretarias, sejam elas municipais, estaduais ou federais, assim como gerindo órgãos da área competente da enfermagem no âmbito hospitalar. Está sob a responsabilidade do enfermeiro aplicar a assistência e cuidados de enfermagem aos usuários em todo e qualquer espaço de atenção à saúde, e isto requer dele a utilização de habilidades e competências características de gestão (FREITAS, 2018).

Cabe ao profissional enfermeiro, enquanto exerce a função do gestor, lançar mão das competências relacionadas à área de assessoria e gestão, e ele como líder, deve conduzir as relações interpessoais da equipe comandada de modo que deem a eles condições de sentirem confiança, segurança, reconhecimento, fácil acesso a comunicação, promoção do desenvolvimento das suas competências individuais, coletivas e emocionais, assim como da mesma maneira, oportunizar uma gestão que incentive que o trabalho seja desenvolvido com autonomia, para que o usuário seja visto e assistido como principal foco da equipe multiprofissional da organização de saúde (BALSANELLI; CUNHA, 2014).

Muitos autores classificam o trabalho do enfermeiro gestor no campo hospitalar como totalmente relacionado a burocracias como também aquele em que há uma maior dependência da equipe multiprofissional constituída nestas organizações, por outro lado, o enfermeiro que exerce a função de gestão no âmbito da ABS, é atribuído com mais descentralização do poder e lhe dá mais autonomia, porém enfrenta muitos desafios em liderar as questões interpessoais da equipe ao qual ele é responsável (LORENZETTI *et al.*, 2014b).

Neste sentido, o papel desenvolvido pelo enfermeiro gestor é factual e decisivo para o êxito e crescimento sustentável da organização, apesar da conjuntura assistencial, não apenas por gerenciar um grupo de profissionais, mas sobretudo, pelo papel decisivo que exerce sobre o processo de planejamento, investigação e pesquisa para avaliar as necessidades da comunidade e tomar decisões assertivas visando um atendimento efetivo, resolutivo e integral (FREITAS, 2018).

Santo e Miranda (2007) definem algumas competências gerenciais do profissional enfermeiro como: realizar uma análise crítica para deliberar as tomadas de decisão e desenvolve raciocínio autônomo; organiza as tramas de serviços da saúde; desenvolve ferramentas para observação das situações de saúde faz a provisão e a previsão de serviços e insumos; identifica os fatores que estejam contribuindo ou impedindo a efetividade da assistência à saúde; desenvolve novas técnicas e estratégias gerenciais com o propósito de obter uma gestão mais eficaz e moderna, entre outras habilidades.

Schiavetto (2013) considera essencial analisar e pesquisar sobre a prática gerencial do enfermeiro no contexto da ABS, pois isto seria fundamental para as mudanças com vistas a melhorias nos serviços, e traria maior segurança para este profissional no exercício do seu cargo. Tudo isto sendo alimentado por treinamentos, capacitações e atualizações no campo da gestão e realizando levantamentos dos principais desafios e complexidades enfrentadas durante o seu processo de trabalho.

Além das diversas habilidades aqui elencadas, o enfermeiro enquanto gestor na ABS, deve também buscar tornar-se um visionário e incentivador da assistência como excelência, demonstrar proatividade, ter uma postura responsável e estimular e apoiar a tomada de decisão ética de todos os membros da equipe, assim como manter a ética na condução do seu trabalho, proporcionar feedback entre si e a equipe e entre a equipe e o usuário, pois estes são elementos que irão lhe fornecer informações suficientes no seu exercício profissional (CHAVES; TANAKA, 2016).

A atuação política do enfermeiro enquanto gestor da ABS é totalmente intrínseca ao seu trabalho, isso não significa dizer que será posto em segundo plano o cuidado, a assistência, na verdade este é o ponto central e nevrálgico do processo, mas este posicionamento irá favorecer em todas as dimensões da gestão, pois este envolve todos os fatores que compõe este cenário de atuação, e certamente contribuirá para facilitar a prática deste profissional (ZÁRATE-GRAJALES; MEJÍAS, 2019).

Este processo inclui a superação da hierarquia e da rigidez da organização, além de buscar alinhar os interesses da equipe, já que a compreensão das diversas áreas e suas abordagens podem ser uma adversidade, e assim mediar os conflitos emergentes destas relações, e preservar a singularidade de cada profissional, além de importante é fundamental para que estes

se sintam autônomos para sua tomada de decisão durante a prestação da assistência para os usuários e comunidade (BLACKMAN *et al.*, 2017).

OBJETIVO

Objetivo geral

Descrever os principais desafios do enfermeiro gestor atuante na Atenção Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Entre as tipologias de revisões de literatura, a narrativa é tida como a mais clássica. Este tipo de revisão também é conhecido como bibliográfica. Esta refere-se a uma revisão vasta, que responde a um problema de pesquisa amplo, discute suas temáticas de forma global, sem haver qualquer preocupação em findar suas fontes de referências. Nesta, são explorados diversos referenciais e desprende-se de exigências rígidas para sua elaboração (CORDEIRO *et al.*, 2007).

No processo de construção desta revisão, os referenciais emergiram das fontes de buscas por meio Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), consultando as bases Literatura Latino Americana em Ciência de Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), e da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), na biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no buscador virtual Google Scholar, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Enfermeiras e Enfermeiros”; “Gestão em Saúde” e “Atenção Básica de Saúde”. O cruzamento dos descritores na BVS realizou-se por meio do operador booleano “AND” no período de julho e agosto de 2022.

Por se tratar de uma revisão narrativa, a busca por manuscritos em três fontes deu-se com o propósito de alargar o leque de possibilidades para a construção da pesquisa.

Os critérios de inclusão aplicados foram materiais como monografias, artigos, teses, dissertações e demais itens técnicos acerca da temática abordada, que estejam disponíveis integralmente e nos idiomas português, inglês e espanhol, sem a aplicação de recorte temporal na busca. Excluíram-se desta pesquisa, estudos duplicados e que houvessem alguma incompatibilidade com o objetivo proposto nesta pesquisa.

A busca pelos materiais ocorreu casualmente, procurando produções que haviam dados que respondessem ao objetivo elaborado por este estudo. A análise dos dados deu-se com a leitura prévia flutuante dos materiais eleitos para esta pesquisa, logo após a leitura dos resumos e por último a leitura integral das obras incluídas, realizando o processo analítico com a confrontação ou corroboração dos autores que produziram pesquisas recentes. Neste processo, encontrou-se na primeira busca, encontraram-se 1012 títulos, após aplicar o filtro referente as bases supracitadas, obtiveram-se 785 pesquisas, e após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, elegeram-se doze estudos para esta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se três grupos de situações desafiadoras enfrentados por enfermeiros gestores atuantes na ABS que versaram genericamente sobre as limitações impostas pela natureza humana e profissional, as nuances entre dividir as atividades gerenciais e assistenciais enquanto enfermeiro e as questões inerentes ao próprio processo de gerência, relacionado ao domínio do conteúdo e habilidades relacionadas a gestão.

Nos estudos de Borges *et al.* (2016), Almeida e Santos (2016), Burgués, Asensio e Mateo (2017), e Chouinard *et al.* (2017), Silva e Menezes (2019), Souza e Junqueira (2019) Cardoso *et al.* (2019), observou-se que o fato enfermeiro exercer a função assistencial e gerencial ao mesmo tempo é encarado com um grande desafio para ele, assim como mediar as situações de conflitos de interesse e de relações entre os profissionais da equipe, os usuários e a comunidade. Estes autores também apontaram que as atividades burocráticas inerentes ao cargo e os eventuais desconhecimentos de técnicas e habilidades da gestão também se apresentam como questões desafiadoras a eles.

O campo para a atuação do enfermeiro, com o passar dos anos, vem sofrendo aplicações, não estando mais a ele restrito, realizar apenas a atividade assistencial, pois este pode desenvolver outras habilidades e atuar e coabitar outras áreas de atuação, a exemplo da gestão. No entanto, tornar-se especialista em um determinado campo faz com que o desempenho desse profissional seja mais assertivo e possa contribuir significativamente no espaço escolhido (SILVA, *et al.*, 2017).

A dupla jornada exercida por um enfermeiro que atua na ABS, é uma prática que ocorre com bastante frequência, sobretudo quando ele precisa cobrir a ausência um colega de trabalho que precisou se afastar, ou para preencher a escala pela ausência de profissional contratado, o que entende-se ser problema gerado por um agente que na hierarquia, está acima dele, ao tempo em que os órgãos responsáveis por coordenar a rede de serviços não dispõem de recursos para investir na contratação de mais profissionais (FERREIRA; ABRAHÃO, 2020).

Quanto a estes aspectos Migowski, Migowski e Libânio (2020) afirmam que, inevitavelmente, uma UBS é composta por grupo multiprofissional, que compõem os diversos seguimentos da saúde, no entanto, embora sejam de áreas de formação inicial diferentes, estes se complementam e possuem uma relação de interdependência para que possam, juntos, alcançar o cuidado holístico dos usuários, no entanto, cada profissional é constituído de uma subjetividade e matéria única, na qual, de forma orgânica, quando expostos a situações conflituosas podem emergir desentendimentos que faz-se necessária a interferência do gestor, e buscar realizar a mediação destes conflitos.

Cabe ao líder a responsabilidade sob a mediação dos conflitos no ambiente de trabalho, onde, comumente há um viés danoso, podendo ser reflexo da ruptura de alguma regra e ter como consequência algum equívoco que provoque danos, além de intervir em eventuais divergências que sejam de ordem ideológica e cultural que entremeiam a conduta humana e que podem interferir no desempenho profissional de algum componente da equipe, buscando manter um ambiente de trabalho saudável e prestando uma assistência qualificada (MARTINS, *et al.*, 2020).

Mostra-se complexa a ação de gerir unidades de saúde, e lidar com questões burocráticas que tomam um tempo exacerbado do gestor, além de exigir dele plena atenção quanto a este aspecto, já que as burocracias sempre apresentam com pormenores extremamente importantes e que podem impactar diretamente no produto, atingindo de forma sistemática o ambiente laboral, o serviço prestado e as condições de trabalho da equipe (FERNANDES, *et al.*, 2019).

Quanto aos desafios relacionados ao insuficiente conhecimento teórico e técnico e a indisposição das habilidades acerca da gestão que torna complexo o exercício profissional nessa área pelo enfermeiro, Aragão *et al.* (2016) afirma que este profissional, em sua formação inicial realizam apenas a aproximação com conceitos fundamentais e gerais, o que faz mais do que necessário que o enfermeiro busque em outras fontes, alcançar o conhecimento, por meio de especializações, pois este é o local oportuno em qualificar-se e minimizar dificuldades futuras, o tornando mais hábil para exercer esta função.

Ainda assim, desenvolver competências características de um gestor de unidades de saúde, deve considerar a oferta e a procura pelo serviço, e cabe a ele analisar aspectos demográficos, epidemiológicos e políticos para que ele tenha possibilidade de assegurar a previsão e provisão de serviços de qualidade e que sejam exequíveis em tempo hábil para a comunidade, alinhando sempre suas decisões em participação com sua equipe (RODRIGUES, *et al.*, 2019).

Por meio desta pesquisa, verificou-se ainda, que ainda na seara dos elementos humanos, para o enfermeiro gestor, outro grande desafio é praticar a gestão democrática, e isto ficou claro nos estudos de Gleriano *et al.* (2019), Chounair *et al.* (2017), Burgués *et al.* (2015), Gea-Caballero, *et al.* (2019).e Gomes *et al.* (2022); que afirmaram que corriqueiramente, os demais profissionais da equipe se esquivam em opinar em reuniões com a pauta sobre as tomadas de decisão, que devem ser de forma coletiva e das escolhas referentes a ela, deixando apenas sob a responsabilidade do gestor agir nessas situações.

O objetivo da gestão democrática é a articulação entre os profissionais com a finalidade integrar e empoderar as organizações com o propósito de construir um elemento unificado que favoreça a todos, por meio do compartilhamento das responsabilidades e das decisões que necessitem serem tomadas a favor do funcionamento efetivo e resolutivo da organização. Neste sentido, a gestão democrática é de fundamental importância na ABS por ter em sua essência os princípios doutrinários do SUS (PADILHA *et al.*, 2018)

Outro desafio apontado pela literatura foi o sucateamento de materiais e da máquina pública, ausência de insumos materiais, falta de reconhecimento pelos órgãos reguladores e equipe de trabalho reduzida, como apontado por Turci-Lima e Macinko (2015) e Werle e Medeiros (2017) que trouxeram em seus estudos estes achados que compuseram esta revisão.

A oferta dos serviços de saúde públicos é diretamente afetada e prejudicada quando falta a administração das organizações insumos materiais necessários para o desenvolvimento de suas atividades, desde as mais básicas até as mais complexas, como a quantidade insuficiente de profissionais capacitados e a desarticulação das secretarias com as unidades em que são responsáveis, sendo esta fragilidade, uma característica da gestão no Brasil (PIRES *et al.*, 2019).

Mudanças significativas atravessaram a gestão pública brasileira, e por meio do paradigma ao qual ancorava-se o gerenciamento, que frente a necessidade característica particular a momentos, aplicou-se um modelo patrimonialista que não conseguiu atender as necessidades

dos usuários. Na tentativa de superar isto, surgiu o modelo burocrático, no entanto, este requiriu alto investimento e acabou gerando a necessidade de um novo modelo de gestão gerencial que teve como propósito profissionalizar, firmar hierarquias e trazer impessoalidade e formalidade para o processo, que muito embora tenha sido benéfico em certa medida, contribuindo para avanços, ele revelou ineficácia quando observado que realizou uma implementação de forma fragmentada (SILVA; TEIXEIRA; LIBARINO, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta revisão, foi possível inferir que os principais desafios enfrentados por enfermeiros gestores na ABS foram atividades burocráticas, ausência de conhecimentos específicos sobre gerenciamento, exercício concomitante da função assistencial e gerencial, as relações interpessoais, praticar a gestão democrática, sucateamento de equipamentos e da máquina pública, ausência de insumos humanos e materiais e a falta de reconhecimento pelos órgãos reguladores.

Esta pesquisa possibilitou conhecer os principais desafios enfrentando por este profissional, e possui potencial para auxiliar no desenvolvimento de novas pesquisa e servir de fonte de informação para profissionais, estudantes e sociedade civil interessada na temática, como também tem a chance de oportunizar a outros pesquisadores o desenvolvimento de novos estudos conforme as lacunas provenientes deste estudo.

Como limitações da pesquisa, considera-se que foram a vasta produção científica acerca do tema, porém com abordagens que podem destoar no propósito central da pesquisa, e a escassez de estudos originais relacionados à temática, onde em sua maior parte, são produtos de revisões de literatura.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F; SANTOS, A. M. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks?. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 80, p. 1-12, 2016.

ANDRADE, R. O. B; AMBONI, N. Estratégias de gestão: processos e funções do administrador. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

ANDRADE, S. R. *et al.* Configuração da gestão do cuidado de enfermagem no Brasil: uma análise documental. *Enfermagem em Foco*, v. 10, n. 1, 127-133, jan/fev, 2019.

ARAGÃO, O. C, *et al.* Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Revista de Saúde Pública do Paraná*., Londrina, v. 17, n. 2, p. 66-74, dez, 2016

ARCARI, J. M. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v; 25, n. 2, 407-420, nov/jun, 2020.

BALSANELLI, A. P; CUNHA, I. C. K. O. Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 5, p. 938-943, abr/ago, 2014.

BEZERRA, M. M; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde em Debate*, v; 42, n. 2, p.188-202, out, 2018.

BLACKMAN, I. *et al.* Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*, v. 26, n.1, p. 33-41, maio, 2017.

BORGES, F. A, *et al.* gerenciamento em saúde: o olhar de trabalhadores da saúde da família rural. *Ciênc Cuid Saude*, v. 15, n. 3, p. 466-473, jul/set, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 02 Ago. 2022.

BURGUÉS, A. B; ASENSIO, I. C; MATEO, G. F. Implantación de la gestión enfermeira de la demanda en las entidades procedoras de servicios de Atencions Primaria de Salud de Catalunã. *Atención Primaria*, v. 49, n. 9, p. 518-524, nov. 2017.

CARDOSO, H. M. *et al.* Percepção do enfermeiro da atenção primária à saúde frente a atribuição de gestor da unidade. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. v. 8, n. 2, p. 3-17, ago/dez, 2019.

CHAVES, L. D. P; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, maio/fev, 2012.

CHOUINARD, V, *et al.* Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model, *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 437, p. 1-9, 2017.

CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 34, n. 6, p.428-431, 2007.

FERNANDES, J. C, *et al.* Competências necessárias ao Gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. *Saúde Debate*, v. 43, n. esp. 6, p. 22-35, dez, 2019.

FERREIRA, A. S; ABRAHÃO, A. L. Gerência do cuidado em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 5, e. 68953087, p. 1-18, 2020.

FERREIRA, L. R; NEVES, V. R; ROSA, A; S. Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade. *Escola Anna Nery*, v. 26, e20210287, p. 1-10, abr/jan, 2022.

FREITAS, C. G. M. A. P. Gestão em enfermagem: o perfil das competências. 2018. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 201 f., 2018.

GEA-CABALLERO, V, *et al.* Percepción del entorno de práctica enfermera de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, en departamentos con gestión pública y privada. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, v. 43, n. 2, p. 159-168, 2019.

GLERIANO, J. S, *et al.* Processo de trabalho: percepção da equipe de saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, v. 13, e. 240566, p. 1-8, 2019.

GOMES, A. P. L. N. *et al.* Perfil dos gestores da atenção primária em saúde, desafios e oportunidades. *Revista Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 33, n.1, p. 1-23, 2022.

KOVACS, R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health.*, v. 9, n. 3, 331-9, mar, 2021.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 417-425, fev, 2014a.

LORENZETTI, J. *et al.* Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, out/dez, 2014b.

MARTINS, M. M, *et al.* Estratégias de gestão de conflitos utilizados por enfermeiros gestores portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem.*, v. 73, suppl. 6, e. 20190336, p. 1-8, 2020.

MENDELSON, A. *et al.* The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care. *Annals of Internal Medicine*, v. 165, n. 5, p. 341-353, jan, 2017.

MIGIWSKI, E. R; MIGOWSKI, S. A; LIBÂNIO, C. S. Relações interpessoais entre os profissionais da saúde do Consultório na Rua. *Revista Stricto Sensu*, v. 5, n. 2, p. 22-33, jul/dez, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica. Washington, D.C.; 1992. 159p.

PADILHA, R. Q. *et al.* Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 12, p. 4249-4257, jul/jan, 2018

PEREIRA, A. S. *et al.* Metodologia da Pesquisa Científica. 1ª ed. Santa Maria: UFMS, NTE.

PIRES, D. E. P. *et al.* Gestão em saúde na Atenção Primária: o que é tratado na literatura. *Texto & Contexto Enfermagem.*, v. 28, e20160426, 1-19, 2019.

PIRES, D. E. P, GELBCKE, F. L; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n. 2, p. 311-325, set, 2004.

RAVIOLI, A. F; SOÁREZ, P. C; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.34, n. 4, e00114217, p.1-16, jul/jan, 2018.

ROCHA, M. C. J; SOUSA, P; MARTINS, M. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, v. 18, n. 2, p. 89-105, jul/dez, 2016.

RODRIGUES, W. P, *et al.* Importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. *Revista Saúde em Foco*, e. 11, p. 382-395, 2019.

SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, A. S. S; MIRANDA, S. M. R. C. A enfermagem na gestão em Atenção Primária à Saúde. Barueri: Manole, 2007.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3597-3609, ago/dez, 2020.

SCHIAVETTO, L. A gestão das Unidades de Atenção Básica em Saúde em um município paulista: concepções dos enfermeiros sobre o trabalho gerencial. 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 103 f., 2013

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 38, out, 2014.

SIGNOR, E. *et al.* Educação Permanente em Saúde: desafios para a gestão em saúde pública. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v; 5, n. 1, p. 1-11, jan/mar, 2015.

SILVA, M. A; TEIXEIRA, S. S; LIBARINO, C. As implementações da gestão pública no atendimento às necessidades dos usuários de um posto de saúde em Vitória da Conquista-BA. *Revista Innovare.*, e. 28, p. 1-22, jul/dez, 2019.

SILVA, R. F; MENEZES, C. P. F. O enfermeiro na gestão e seus desafios: uma revisão integrativa. Monografia (Graduação) – Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdades Doctum de Serram, Serra, 20 f. 2019.

SILVA, V. L. S; *et al.* Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. USP: São Paulo, v. 51, e03206, 2017.

SOUZA, L. M. M. JUNQUEIRA, M. A. B. A função gerencial do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Monografia (Residência) – Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 13 f. 2019.

TENÓRIO, H. A. A. *et al.* Gestão e gerenciamento de enfermagem: perspectivas de atuação do discente. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 13, e240535, p. 1-10, 2019.

TURCI, M. A; LIMA-COSTA, M. F. L; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, set, 2015

WERLE, G; MEDEIROS, C. R. G. Os desafios do enfermeiro na coordenação da Unidade Básica de Saúde. 2017. Monografia (Graduação) – Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, 15 f. 2017.

ZÁRATE-GRAJALES, R. A; MEJPIAS, M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enfermería Universitaria*, v. 16, n. 4, p. 436-451, out/dez, 2019.



Atuação da enfermagem em pacientes oncológicos: artigo de atualização

Roselane Ferreira Seabra

Graduanda em Enfermagem pelo centro Universitário metropolitano da Amazônia - Unifamaz

Danilo Moreira Pereira

Mestrando em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Lais Souza dos Santos

Graduanda do curso de enfermagem - UNICSUL

Robson Pantoja Portilho

Pós-graduação em Enfermagem Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilização- CME

Camila Corrêa Modesto

Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará - UEPA

Guilherme Higino de Carvalho Soares

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí - UFPI

Taiza Amanda do Rosário

Graduada em Enfermagem - UFVJN

Dione Milhomem Araujo Nascimento

Pós-Graduada em Saúde Pública - FAEME

Daylon Brendon Cardoso Ribeiro

Graduado em enfermagem pela Universidade - CEUMA

Wagner Conceição da Silva

Graduando em Enfermagem pela Faculdade do Maranhão - FACAM

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.167.22

INTRODUÇÃO

O processo de revolução industrial associada à urbanização das grandes cidades e às ações de promoção de saúde contribuiu significativamente para a qualidade de vida populacional (MANO-SOUSA, 2020). Por outro lado, este processo, unido às exposições aos riscos ambientais (GOMES-CARNEIRO, 1997), mudanças nos hábitos alimentares (OLIVEIRA, 2013) e o comportamento do ser humano causou aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativa, como por exemplo, o câncer, considerado um grave problema mundial e a principal causa de elevados custos no tratamento (GUERRA *et al.*, 2005). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que até o ano de 2030 27 milhões de pessoas serão diagnosticadas com câncer (FORMAN *et al.*, 2014).

O câncer é um tipo de neoplasia que compreendem um amplo conjunto de desordens que podem ser agrupadas mediante a convergência de algumas características, tais como: descontrole (aumento) da proliferação celular, redução ou perda da diferenciação celular e autonomia de crescimento (crescimento não subordinado ao controle fisiológico, principal característica que diferencia as neoplasias das hiperplasias e displasias) (KUMAR, 2008; BIFULCO; JÚNIOR, 2010).

O câncer é considerado a segunda principal causa de óbito no mundo, somente as doenças cardiovasculares exigem um tributo mais elevado (livro patologia). Descrito como um processo patológico, no qual as células se multiplicam de maneira anormal (DOS SANTOS, 2015). Dos diversos tipos de câncer que existem os mais incidentes no mundo são pulmão (NOGUEIRA *et al.*, 2021), mama (MATOS; RABELO; PEIXOTO, 2021), cólon (CRUZ-MENDOZA *et al.*, 2021) e reto (DA SILVA, 2022), sendo destes o de pulmão considerado como a principal causa de morte. Na América do Sul, Central e Caribe, foi estimada, em 2008, a ocorrência de um milhão de casos novos e 589 óbitos. Sendo os homens mais afetados principalmente pelo câncer de próstata e as mulheres pelo de mama (BOYLE *et al.*, 2008).

A escolha para o tratamento mais adequado para o câncer vai depender de diversos fatores como: informações sobre o diagnóstico histológico, estadiamento clínico, avaliação das condições gerais, com comorbidades e perda de peso (BATISTA; DE MATTOS, 2015). Além disso, o diagnóstico de câncer traz grandes apreensões, se tornando um episódio bastante traumático para o paciente e a sua família, necessitando assim de uma visão integral do indivíduo e um trabalho em equipe multiprofissional composta por psicólogos (ALVES, 2017), assistente social (DOS SANTOS, 2015), fonoaudiólogo (ROSSI; MORAES, 2021) fisioterapeuta (SILVA *et al.*, 2021) e enfermagem.

Diante disso, indivíduos diagnosticados com câncer possuem um grande impacto na sua qualidade de vida (MAKLUF; DIAS, 2006; FREIRE *et al.*, 2018). Neste contexto, o profissional de enfermagem e sua equipe devem exercer um papel fundamental no tratamento desses pacientes (SILVA, 2011). A assistência ao indivíduo com câncer é bastante complexa e exige cada vez mais profissionais qualificados na área (DA ROSA *et al.*, 2017). Portanto, a atuação do enfermeiro em centros especializados de oncologia deve ser fundamental para que as ações de sejam integrais e resolutivas, favorecendo assim condutas que proporcionem a recuperação da saúde ou a melhoria do bem-estar do paciente (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008). Tendo em vista estas considerações, este artigo de atualização teve como objetivo principal descrever o papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com câncer.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa e etapas

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa que buscou reunir e apresentar artigos relevantes através da análise crítica acerca da seguinte temática: atuação da enfermagem em pacientes oncológicos, além de proporcionar direcionamentos para a prática clínica e futuras pesquisas. Os métodos para a construção desta revisão integrativa apresentam oito etapas a serem obedecidas: (1) delimitação do tema; (2) questão norteadora da pesquisa; (3) critérios de elegibilidade; (4) identificação e seleção dos estudos; (5) leitura e interpretação e (6) exposição.

Pergunta de pesquisa e busca

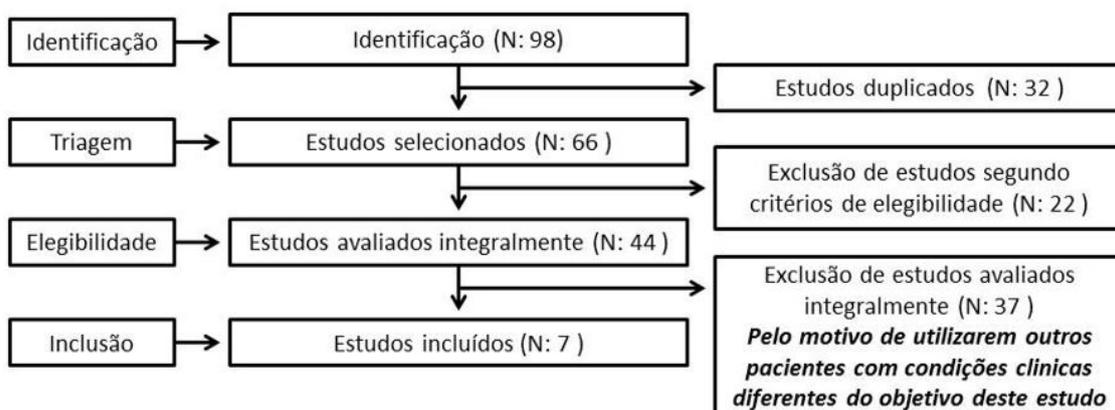
De acordo com a primeira etapa, esta pesquisa buscou identificar a atuação da enfermagem em pacientes oncológicos, baseando-se na questão norteadora: “Quais são as principais evidências sobre a atuação da enfermagem em pacientes oncológicos?”. Desse modo, as bases de dados PubMed; Scopus; Web of Science e Scielo; utilizando os descritores da saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) em associação com os operadores booleanos “AND” e “OR” nas buscas avançadas de títulos e resumos, os descritores foram: assistência em enfermagem AND Oncologia OR Enfermagem AND cuidados.

Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade serão estudos que abordem a utilização de exercícios domiciliares na prevenção de quedas de indivíduos com doença de Parkinson. Os critérios de inclusão serão: (1) apenas estudos do tipo randomizado controlado; (2) artigos que tiveram como objetivo primário a prevenção de quedas. Foram excluídos: livros, opiniões de especialistas, artigos de opinião, teses e dissertações.

RESULTADOS

Os fluxogramas das buscas dos artigos encontram-se descritos na Figura 1. Inicialmente foram identificados 98 estudos, dos quais 32 foram excluídos por se encontrarem duplicados. Na triagem foram selecionados 66 estudos e excluídos 22 pelos critérios de elegibilidade. No total foram selecionados 7 artigos.



Os sete artigos que compuseram esta revisão mostraram a importância do profissional de enfermagem na oncologia em diversos níveis de atenção, tanto na atenção primária, secundária e terciária. A tabela 1 descreve os principais títulos e conclusões dos estudos.

Tabela 1 - Síntese temática abordada nas obras

Autor	Título	Conclusão
Souza; Cazola; Oliveira (2017)	Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na atenção oncológica	A atenção prestada pelo enfermeiro é realizada de forma variável, tanto na assistência direta ao paciente como aos seus familiares, o que evidencia, principalmente, que os profissionais inseridos nas equipes de ESF estão despreparados para assistirem os pacientes portadores de câncer em suas áreas adscritas. Diante de tal despreparo, a assistência oferecida pela atenção primária à saúde do município se fragiliza, ocasionando um impacto negativo na prestação de cuidados e na qualidade de vida desses pacientes e seus familiares.
Cruz; Rossato, (2015)	Cuidados com o paciente oncológico em tratamento quimioterápico: o conhecimento dos enfermeiros da estratégia saúde da família	O estudo mostrou que no qual as neoplasias têm aumentado em número suficiente para exigir um maior nível de conhecimento dos profissionais da área da saúde. sublinhe-se que os enfermeiros terão contato com pacientes oncológicos nos diversos níveis de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde, o que justifica a necessidade de capacitações e educação continuada permanente para todos os enfermeiros, desde os que atuam em unidades hospitalares exclusivamente oncológicas, até os que atuam em equipe de saúde da família .
Teixeira et al., (2017)	Atuação do enfermeiro da atenção primária no controle do câncer de mama.	Os enfermeiros da equipe de saúde da família executaram as ações de sua competência, propostas pelo Ministério da Saúde para o rastreamento oportunístico do câncer de mama. Entretanto, algumas atividades não são desenvolvidas conforme preconizado, como: faixa etária e intervalo de tempo para realização de exame clínico e mamografia; busca ativa de mulheres que faltaram à mamografia; realização de reunião educativa sobre o câncer de mama. Vale ressaltar que as justificativas dos enfermeiros para não realização destas atividades decorrem, principalmente, do déficit na capacitação, da alta demanda de atendimento e da falta de tempo.
Silva; Moreira (2010)	Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros	A sistematização da assistência é uma exigência atual no âmbito da organização das instituições de saúde em decorrência dos sistemas de avaliação dos serviços, e as enfermeiras participantes do estudo reconhecem seu valor para a qualificação da assistência e maior visibilidade da profissão. Contudo, estas deparam-se com dificuldades para sistematizar o cuidado que gerenciam. Algumas das dificuldades referidas remetem aos estudos já realizados em diferentes contextos clínicos. Outras, no entanto, estão relacionadas a um campo de atuação complexo, marcado pelo lidar cotidiano com as fragilidades humanas no limiar entre a vida e a morte.
Stumm, Leite, Maschio (2008)	Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer	De acordo com o autor, apreender as vivências de uma equipe de enfermagem relacionadas ao cuidado ao paciente oncológico constituiu-se no objetivo deste estudo. Para esses profissionais a ação de cuidar ultrapassa as ações terapêuticas, requer atendimento humanizado, criação de vínculos e compreensão do sofrimento do paciente e dos familiares. O cuidado na enfermagem oncológica se dá numa relação comunicativa, de troca de idéias, emoções e sentimentos, ou seja, o cuidado consiste em confortar o paciente e, muitas vezes, simplesmente ouvi-lo. Está para além de administrar um quimioterápico, realizar uma sessão de radioterapia, ele se estabelece numa relação de proximidade nas diversas etapas vivenciadas pelos pacientes, incluindo o processo de morrer.

Corbellini; Costa; Pissai, (2019)	Sistematização da assistência de enfermagem em pacientes com câncer de mama: a atuação do enfermeiro	Pode-se perceber que os impactos mais importantes relatados pela equipe de enfermagem são identificados quando uma paciente interna, a preocupação com a queda de cabelo e o medo de perder um ou ambos os seios que aparece na maioria dos casos. É possível perceber que por parte dos profissionais do setor Oncológico a assistência se tornou uma tarefa monótona em alguns casos. Conclui-se com este trabalho que a Sistematização da assistência é uma tarefa de suma importância que deveria ser realizada em todos os setores hospitalares, auxiliando no tratamento e cuidados referentes a cada paciente. Para tanto este estudo serve de contribuição para todo aquele que tiver interesse no assunto e quiser entender como é a Sistematização da assistência por parte dos profissionais de enfermagem do setor Oncológico e Clínico.
Passos et al. (2020)	a importância da escuta qualificada no cuidado clínico de enfermagem ao paciente oncológico	A literatura evidenciou que a escuta qualificada deve se fazer presente na rotina de todos os enfermeiros que atuam com os pacientes oncológicos, tendo em vista a quantidade de angústias e incertezas vivenciadas ao longo do tratamento, desde os primeiros sintomas até o momento do diagnóstico. Dessa forma, faz-se necessário valorizar e estimular a atuação do enfermeiro em praticar a escuta de forma adequada para atenuar essa problemática, que conseqüentemente, prejudica o estado clínico, a aceitação e a recuperação do paciente. Quando os pacientes oncológicos não conseguem adaptar-se à nova condição, surgem agravos psicológicos, que podem ser tão profundos, a ponto de afetarem a relação profissional-paciente, o que dificulta este à aderir às terapias e os tratamentos necessários à sua recuperação ou à sua melhoria da qualidade de vida.

DISCUSSÃO

Do ponto de vista histórico, os enfermeiros têm exercido um papel essencial no cuidado de indivíduos diagnosticados com câncer. No início, muitos enfermeiros oncológicos trabalharam como enfermeiros e gerentes de dados para estudos de pesquisa sobre câncer, mas, à medida que os tratamentos em oncologia se tornaram cada vez mais complexos, também aumentou a necessidade de um relacionamento colaborativo entre o enfermeiro e o médico, a fim de fornecer atendimento exclusivo e abrangente ao paciente (QUINN, 2008). Diante disso, os sete estudos evidenciaram a importância deste profissional nos nossos dias atuais.

O estudo transversal realizado por Souza; Cazola; Oliveira (2017) teve como objetivo identificar a qualificação e conhecer a atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na atenção oncológica. O autor identificou que a maioria dos profissionais desconheciam a política nacional de atenção oncológica (PNAO) que hoje foi revogada pela portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. E sobre as dificuldades foi relatado que sentiam um pouco, sendo a falta de capacitação em oncologia o motivo predominante. Podemos concluir que o déficit de profissionais na atenção oncológica pode ocasionar uma qualidade razoável durante a assistência. A portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Onde suas diretrizes são: à promoção da saúde, à prevenção do câncer, à vigilância, ao monitoramento e à avaliação, o cuidado integral, à ciência e à tecnologia e a à comunicação em saúde.

Diversos estudos mostram a importância dos profissionais de saúde na assistência oncológica: psicólogo (SCANNAVINO *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2021), fisioterapeuta (PINTO *et*

al., 2021; TOMAZ *et al.*, 2022) e nutricionista (OBEID, FORTES, 2022). Diante disso, podemos destacar a relevância do entendimento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, especialmente para a enfermagem, pois sua rotina na atenção primária inclui, atividades diárias a atenção domiciliar, atuando no sentido de apoiar a família, orientar e estabelecer vínculo.

Em concordância com o estudo anterior, Cruz e Rossato, (2015) teve como objetivo identificar o nível de conhecimento de enfermeiros atuantes na equipe de saúde da família, sobre os cuidados com o paciente oncológico durante o tratamento quimioterápico. Onde a coleta de dados foi realizada através de um questionário composto por nove perguntas. Após o final da entrevista o autor observou que o nível geral de conhecimento foi classificado como escore regular. Apenas um entrevistado acertou 89% das questões, os demais não ultrapassaram o total de 67% das questões. Diante dos tais resultados o autor enfatizou que existem falhas no conhecimento destes profissionais para o atendimento aos indivíduos portadores de câncer, se torna necessário educação continuada e permanente para atingir um maior nível de conhecimento e, conseqüentemente, maior qualidade na assistência prestada a esta população.

De fato, o estudo de Teixeira *et al.* 2017 teve como objetivo analisar as ações realizadas por enfermeiros da Atenção Primária em Saúde para rastreamento oportunístico do câncer de mama, tendo como parâmetro a proposta do Ministério da Saúde. De acordo com o autor, a maioria dos enfermeiros receberam capacitação referente às normas preconizadas pelo ministério da saúde para o enfermeiro no cuidado de mulheres com câncer de mama. As principais ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e as desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde são: Investigação os fatores de risco, acompanhamento anual em caso de mulher com alto risco para a doença, Realização do exame clínico das mamas, exame clínico das mamas anual para mulheres a partir de 40 anos e 35 anos naquelas com risco elevado, solicitação de mamografia, orientação sobre o autoexame e Consulta de Enfermagem. O estudo de Teixeira *et al.*, 2017 mostrou que estes profissionais preconizavam algumas destas ações de rastreamento do câncer de mama conforme proposta da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Por outro lado, o estudo de Silva; Moreira (2010) apresentou dados sobre a relevância da sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos. Os principais pontos discutidos neste estudo foi o planejamento da assistência de enfermagem, baseado nos modelos teóricos que melhor se ajustem ao perfil da paciente atendido, pois o enfermeiro no estabelecimento tem que avaliar primeiramente para entender o paciente e as suas necessidades. Dessa forma, o enfermeiro precede a tomada de decisão. Cuidado paliativo pode ser definido como cuidados de saúde ativos e integrais prestados pelos profissionais de saúde à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida. Nesse contexto, oferecer um suporte humanizado que estimule não apenas os pacientes, mas também os familiares durante todo o processo da doença e respeite a autonomia do paciente com ações que elevem a sua autoestima e favorecer uma morte digna, no local de escolha do paciente.

Com o objetivo de buscar compreender as vivências da equipe de enfermagem de uma Unidade Oncológica, relacionadas ao cuidado de pacientes com câncer, o estudo de Stumm, Leite, Maschio (2008) enfatizou que a competência da equipe de enfermagem é de cunho téc-

nico e assistencial com atividades do tipo: preventivas, rastreamento, cuidados e reabilitação envolvendo pacientes e seus familiares. O autor sugeriu que essas ações, uma vez realizadas, contribuem para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Entretanto, para alcançar estes objetivos o planejamento e uma boa avaliação são essenciais e é realizado considerando as especificidades da individualidade biológica de cada paciente.

O estudo de Corbellini Costa; Pissaia, (2019) relata que a atuação do enfermeiro em pacientes com câncer de mama é realizada desde o momento de seu diagnóstico. E o cuidado humanizado com esta população é importante no processo, pois facilita a sistematização da assistência em enfermagem. Corroborando com essas informações, o estudo de Passos *et al.* (2020) destacou que a escuta ativa pode ser considerada uma boa prática por parte destes profissionais, porque facilita o trabalho e a rotina da equipe. De acordo com o autor, a escuta gera confiança na relação profissional e paciente, visto que devemos enxergar o paciente como um todo, e com isso abrangendo o comportamento de se colocar no lugar do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, de acordo com este estudo de atualização é possível concluir que o profissional enfermeiro é responsável por prestar assistência no cuidado ao paciente oncológico, de forma humanizada, em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Entretanto, alguns autores sugeriram a importância da atualização em oncologia para profissionais que atuam na atenção primária, com o objetivo de melhorar a qualidade durante a assistência do usuário. De modo geral, todas as condutas apresentadas neste estudo, mostraram resultados positivos no tratamento de pacientes diagnosticados com câncer. Cabe destacar, no entanto, que algumas intervenções devem ser realizadas com uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

ALVES, Stephanie Witzel Esteves; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha. Estratégias de atuação da psicologia diante do câncer infantil: uma revisão integrativa. *Revista da SBPH*, v. 20, n. 1, p. 55-74, 2017.

BATISTA, Delma Riane Rebouças; DE MATTOS, Magda; DA SILVA, Samara Frizzeira. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015.

BIFULCO, Vera Anita; JÚNIOR, Hélio Jadir Fernandes. *Câncer: uma visão multiprofissional*. Editora Manole, 2010.

BOYLE, Peter *et al.* *World cancer report 2008*. IARC Press, International Agency for Research on Cancer, 2008.

CONSELHO Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos* [online]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>. Acesso em 10 janeiro 2023.

CRUZ-MENDOZA, Yoel Alberto *et al.* Características clínicas y epidemiológicas de pacientes no geriátricos con câncer de colon. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, v. 46, n. 1, p. 2502, 2021.

DA CRUZ, Fernanda Strapazzon; ROSSATO, Luciana Grazziontin. Cuidados com o paciente oncológico em tratamento quimioterápico: o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 4, p. 335-341, 2015.

DA ROSA, Luciana Martins *et al.* Demandas de atendimento de enfermagem e de qualificação em oncologia na atenção básica em saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 4, 2017.

DA SILVA, Jesnaira Leite; SILVA, Agnes Sousa. Epidemiologia e os tipos de Câncer de maior incidência no Brasil: revisão integrativa de literatura *Epidemiology and the most common types of Cancer in Brazil: an integrative literature review. Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 7, p. 51703-51711, 2022.

DOS SANTOS, Elayne Costa; DE MORAIS VASCONCELOS, Ana Paula Silveira. A atuação das assistentes sociais vista pelas famílias das crianças atendidas em um Centro Pediátrico do Câncer. 2015.

DOS SANTOS, Thaís Regina Araújo; DE SOUZA, Sônia Regina. Nursing interventions for children and adolescents with cancer during the chemotherapy treatment. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 3, p. 2853-2864, 2015.

FORMAN, David *et al.* The global and regional burden of cancer. *World cancer report*, v. 2014, p. 16-53, 2014.

FREIRE, Maria Eliane Moreira *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, 2018.

GOMES-CARNEIRO, Maria Regina; RIBEIRO-PINTO, Luís Felipe; PAUMGARTTEN, Francisco José Roma. Fatores de risco ambientais para o câncer gástrico: a visão do toxicologista. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, p. S27-S38, 1997.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro *et al.* Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

KUMAR, Vinay *et al.* *Robbins patologia básica*. Elsevier Brasil, 2008.

MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela Corrêa; DE ALMEIDA BARRA, Alexandre. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MANO-SOUSA, Brayan Jonas; GOMES, LMS; BUSATTI, HGNO. Doenças parasitárias como fatores de risco para o desenvolvimento de câncer. *Rev. Med. Minas Gerais*, v. 29, 2020

MATOS, Samara Elisy Miranda; RABELO, Maura Regina Guimarães; E PEIXOTO, Marisa Costa. Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020/*Epidemiological analysis of breast cancer in Brazil: 2015 to 2020. Brazilian Journal of Health Review*,[S. l.], v. 4, n. 3, p. 13320-13330, 2021.

NOGUEIRA, Júlia Fernandes *et al.* Perfil epidemiológico do câncer de pulmão no Brasil entre os anos de 2013 e 2020. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, p. e203101623566-e203101623566, 2021.

OBEID, Mariana Soares; FORTES, Renata Costa. Percepção dos profissionais nutricionistas sobre cuidados paliativos oncológicos. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 5, n. 11, p. 251-264, 2022.

OLIVEIRA, Thyanne Ribeiro; RC, Fortes. Hábitos alimentares de pacientes com câncer colorretal. *J Health Sci Inst*, v. 31, n. 1, p. 59-64, 2013.

PASSOS, Beatriz Silva *et al.* A importância da escuta qualificada no cuidado clínico de enfermagem ao paciente oncológico. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 94, n. 32, 2020.

PINTO, Marcela Ponzio *et al.* Recomendações para Fisioterapia em Oncologia Mamária e Ginecológica durante a Pandemia de COVID-19: revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 2, 2021.

QUINN, A. Expanding the role of the oncology nurse. *Biomedical Imaging and Intervention Journal*, v. 4, n. 3, 2008.

ROSSI, Vaneli Colombo; MORAES, Juliana Lopes de; MOLENTO, Camila Ferreira. Fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 87, p. 495-496, 2021.

SANTOS, André Antonio de Oliveira *et al.* Psicoterapia em cuidados paliativos com pacientes oncológicos terminais: uma revisão integrativa. *Revista da SBPH*, v. 24, n. 2, p. 104-118, 2021.

SCANNAVINO, Camila Saliba Soubhia *et al.* Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP*, v. 24, p. 35-53, 2013.

SILVA, Laís Evelin Santos *et al.* A função do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e os recursos utilizados para melhoria de qualidade de vida do paciente oncológico em estado terminal. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, p. e190101623148-e190101623148, 2021.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 172-178, 2011.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 172-178, 2011.

SOUZA, Geize Rocha Macedo de; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; OLIVEIRA, Sandra Maria do Valle Leone de. Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na atenção oncológica. *Escola Anna Nery*, v. 21, 2017.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marinês Tambara; MASCHIO, Gislaine. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 75-82, 2008.

TEIXEIRA, Michele de Souza *et al.* Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, p. 1-7, 2017.

TOMAZ, Julia Emilly Tres *et al.* Câncer de mama: a atuação do fisioterapeuta oncológico. *Revista Científica Rumos da inFormação*, v. 3, n. 1, p. 88-99, 2022.



Exercícios domiciliares na doença de Parkinson: discussões dos principais protocolos

Alinne da Silva Aguiar
Joab Aguiar do Nascimento
Francisco Cavalcante de Souza
Criscielli Amanda Moreira
Raliane Emanuele Bonfim de Sousa
Renata Rodrigues Pio
Priscila Nazaré Monteiro Portal
André Luiz Ferreira Lima
Elenice Rabelo Lima
Lucas Raphael Bento e Silva

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.23](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.23)

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson foi descrita pela primeira vez pelo médico inglês James Parkinson, neste período ela ficou conhecida como pelo nome de “*shaking palsy*” ou “*paralysis agitans*” (TYSNES, 2017; LEE, 2016; BERRIOS, 2016). Atualmente, sua etiologia não é completamente conhecida, mesmo com os avanços das pesquisas sobre a temática, por outro lado, pode-se dizer que a sua fisiopatologia principal é causada pela morte das células que produzem dopamina na substância negra localizada nos núcleos da base (ARMSTRONG; OKUN, 2020). A doença é prevalente em ambos os sexos, entretanto ocorre com maior frequência em homens (PRINGSHEIM *et al.*, 2014; TEIXEIRA-ARROYO *et al.*, 2014).

Seu diagnóstico clínico é realizado através da existência dos seguintes sinais clássicos: bradicinesia, rigidez e tremor de repouso (PAGANO *et al.*, 2022; BLOEM.; OKUN; KLEIN, 2021). Considerada a segunda afecção neurodegenerativa e progressiva mais comum que atinge o sistema nervoso central, com prevalência maior na população idosa acima de 65 anos atingindo mais o sexo masculino (FUKUNAGA *et al.*, 2014; PRINGSHEIM *et al.*, 2014). De acordo com estudos, estima-se que até o ano de 2030, mais de 9 milhões de pessoas no mundo serão diagnosticadas com esta afecção (SILVA *et al.*, 2016).

Além disso, os indivíduos diagnosticados com doença de Parkinson apresentam déficit dos movimentos tanto dos membros superiores e inferiores que podem estar associados com a dificuldade durante a marcha (CHO *et al.*, 2010). A deficiência na marcha é uma das principais queixas desses pacientes conhecida como marcha festinante que pode ser definida com pequenos passos, rápidos e arrastados sem o balanço dos braços, além disso, possui redução da velocidade, comprimento do passo e instabilidade postural; esses fatores deixam o indivíduo mais instável, favorecendo assim o maior risco de quedas (MARCHESE, 2011; CHO *et al.*, 2010; SUAREZ *et al.*, 2011; HAUSDORFF *et al.*, 2003).

A terapia farmacológica é considerada tratamento ouro da doença de Parkinson (GOMES *et al.*, 2021). Por outro lado, a fisioterapia também passou a ter sua importância, pois associada ao medicamento minimiza ou retarda o progresso dos sintomas com objetivo de proporcionar maior funcionalidade e qualidade de vida (DA SILVA *et al.*, 2022; ALVES; JÚNIOR, 2022). Existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação da marcha nesse tipo de pacientes, dentre os principais recursos fisioterapêuticos estão: esteira elétrica (SOUZA *et al.*, 2014), fortalecimento muscular (BERTOLDI *et al.*, 2013) e realidade virtual (BRAZ *et al.*, 2018). Ultimamente, pesquisas recentes têm sugerido que protocolos de exercícios domiciliares, são tão eficazes no tratamento dos sintomas motores da doença de Parkinson, quanto em exercícios realizados em ambientes clínicos (SANTOS *et al.*, 2012; STACK, 2012).

Portanto, devido às alterações funcionais apresentadas pelo indivíduo com doença de Parkinson e suas consequências as quais poderão ocorrer em virtude da progressão da doença, ressaltamos a relevância da fisioterapia com a finalidade de melhorar a funcionalidade durante a locomoção e com isso proporcionar qualidade de vida nesta população; evitando assim morbidades futuras. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo conhecer os principais protocolos de exercícios domiciliares utilizados em pacientes com doença de Parkinson.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter de atualização sobre o tema “exercícios domiciliares na doença de Parkinson”.

Pergunta de pesquisa

A formulação de pesquisa foi baseada de acordo com a estratégia PECO: P (população) – Indivíduos diagnosticados com doença de Parkinson idiopática; E (exposição) - expostos a protocolos de exercícios domiciliares; C (sem comparador): comparados com um grupo controle de atividades habituais ou exercícios realizados em ambiente clínico e O (desfecho) - o desfecho principal foi quaisquer relacionados com a funcionalidade (TABELA 1).

Tabela 1 - Formulação da pergunta de pesquisa

Formulação da pergunta de pesquisa	
População	Indivíduos diagnosticados com doença de Parkinson idiopática.
Exposição	Expostos a protocolos de exercícios domiciliares.
Controle ou Comparador	Comparados com um grupo controle de atividades habituais ou exercícios realizados em ambiente clínico
Desfechos	Quaisquer relacionados com a funcionalidade ou qualidade de vida.

Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídos apenas estudos clínicos que utilizaram em sua metodologia exercícios domiciliares em indivíduos com doença de Parkinson com seres humanos. Os critérios de exclusão foram: livros, opiniões de especialistas, artigos de opinião, teses, dissertações e protocolos publicados.

Estratégia de busca e fontes de informação

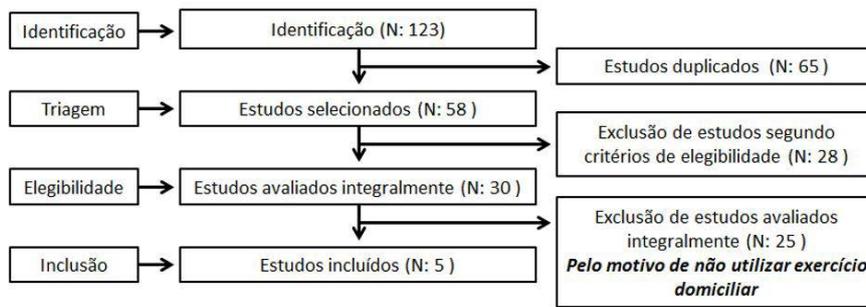
Foram realizadas buscas nas bases de dados: PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE, Science Direct e Physiotherapy Evidence Database (PEDro). Assim, foi usada para a pesquisa a combinação de palavras-chave relacionadas a “Parkinson’s disease”, “home exercise”, “physiotherapy modality”

RESULTADOS

Estudos identificados

As buscas resultaram em 123 artigos, porém foram excluídos 65 estudos duplicados e 28 segundo os critérios de elegibilidade. Dos 30 estudos selecionados para a leitura na íntegra, 25 foram eliminados pelo motivo de não utilizarem exercícios domiciliares, resultando assim em 5 artigos incluídos nesta revisão, conforme a Figura 1.

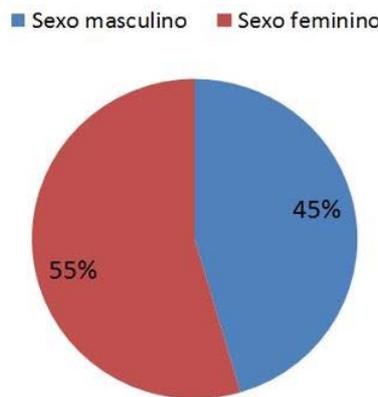
Figura 1 - Fluxograma de busca dos artigos



Características gerais dos estudos incluídos

A tabela 1 descreve qualitativamente os principais aspectos metodológicos dos artigos que fizeram parte desta revisão, como características da amostra, protocolos e resultados. De modo geral, sete estudos foram realizados com grupo controle e experimental. Conjuntamente, todos os artigos analisaram 497 pessoas com doença de Parkinson sendo a maioria do sexo feminino (Figura 2)

Figura 2 - Amostra da população por sexo



Características dos protocolos incluídos

A tabela 2 descreve as características dos protocolos e resultados dos estudos incluídos. De modo geral, a duração da prática de exercício domiciliar variou de 4 semanas a 16 semanas, com duração da sessão entre 40 a 60 minutos e a frequência de 2 a 5 vezes por semana. Quanto aos tipos de exercícios nos estudos, destacam-se: treino de amplitude de movimento, treino de marcha e treino resistido de membros inferiores

Tabela 2 - Protocolos e resultados dos estudos incluídos.

Autor	Protocolo	Resultado
Allen et al. 2010 Amostra: 48 (H: 26 / M: 22)	Grupo experimental: Exercício de fortalecimento de MMII (sentar e levantar) e treino de equilíbrio. Exercícios eram progressivos (repetições) conforme a tolerância do indivíduo. Grupo controle: Cuidados habituais (ambos os grupos receberam conselhos padronizados de prevenção de quedas na forma de livreto)	Houve melhoras significativas na velocidade da marcha, força dos membros inferiores e diminuição do medo de quedas no grupo experimental em relação ao grupo controle.
Caglar et al. 2005 Amostra: 30 H: 21 / M: 9	Grupo experimental: Exercícios de fortalecimento (extensores de joelho e abdutores de quadril); exercício de amplitude de movimento (tornozelo, inclinação pélvica, tronco e cabeça); treino de equilíbrio estático e dinâmico. Grupo controle: Não foram expostos a nenhum tratamento	Houve melhoras significativas na força muscular de membros inferiores e diminuição do risco de quedas, porém foram mais expressivas no grupo experimental em relação com o grupo controle.

Canning et al. 2014 Amostra: 231 (H: 135 / M: 96)	Grupo experimental: Exercícios de sentar e levantar, treino de equilíbrios sob superfícies de diversas texturas. Exercício de rotação de tronco. Grupo controle: Não foram expostos a nenhum protocolo.	Foram observadas melhoras significativas na diminuição de quedas, equilíbrio e força muscular de membros inferiores somente nos pacientes que se encontram nos estágios iniciais. No grupo controle não foi observada nenhuma melhora.
Seymour et al. 2019 Amostra: 120 (H: 21 M: 99)	Grupo experimental: Exercícios de fortalecimento de membros inferiores e superiores, exercícios de rotação de tronco, treino de equilíbrio com dupla-tarefa de movimentos, treino de sentar e levantar (exercícios adaptados individualmente) Grupo controle: Os familiares receberam um DVD com orientações sobre prevenção de quedas.	Após análise foi observada melhoras significativas na diminuição de quedas, qualidade de vida e melhora do equilíbrio em pacientes os quais se encontrava nos estágios iniciais.
Khalil et al. 2017 Amostra: 68 (H: 23 M: 45)	Grupo experimental: Aquecimento, exercícios de flexibilidade, treino de força muscular, treino de sentar e levantar, subir e descer escadas e caminhada de 10 minutos (exercícios adaptados individualmente) Grupo controle: Não foram expostos a nenhum tratamento	Houve melhoras significativas em todos os desfechos: Força muscular de membros inferiores, risco de quedas e equilíbrio no grupo experimental em relação ao grupo controle.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que os exercícios domiciliares trazem efeitos positivos para pessoas com doença de Parkinson, sendo que houve melhorias em aspectos funcionais, aumento do equilíbrio, melhora da performance da marcha, força muscular de membros inferiores, qualidade de vida e diminuição com redução da incidência de quedas, do autor relato do medo de cair. E os principais exercícios utilizados foram treino de equilíbrio, fortalecimento muscular, treino de marcha e exercício de amplitude de movimento. Os estudos consultados são aqui brevemente discutidos focalizando nas categorias de exercícios domiciliares mais utilizados.

A deficiência do equilíbrio é uma das queixas mais comuns de indivíduos com doença de Parkinson (LOPES *et al.*, 2021, TERRA *et al.*, 2016), o qual associado com o comprometimento nas fases da marcha (BRITO, SANTOS, MAGALHÃES, 2022) gera um fator de risco para a ocorrência de quedas (SILVA *et al.*, 2015), aumento da morbidade, aumento de internações hospitalares (CONCEIÇÃO *et al.*, 2022), aumento da mortalidade e diminuição da qualidade de vida (CAMARGOS *et al.*, 2004). Conforme a doença progride, os músculos corporais desenvolvem uma rigidez o qual fica cada vez mais difícil realizar o movimento tanto nos membros superiores e inferiores. Como esta patologia é considerada degenerativa, o objetivo primordial da fisioterapia é manter ou retardar a progressão dela (SILVA *et al.*, 2013).

Todos os artigos que fizeram parte desta revisão sugerem que exercícios de equilíbrio realizados em ambiente domiciliar são capazes de melhorar o equilíbrio e com isso melhorar o desempenho da marcha (ALLEN *et al.*, 2010; KHALIL *et al.*, 2017). O protocolo utilizado no estudo de Allen *et al.* (2010) e Khalil *et al.* (2017) preconizou treino de equilíbrio em como paciente segurando uma cadeira, treino de marcha pela casa associado a treino resistido de agachamento. A utilização de diferentes tipos de exercícios terapêuticos permite a reabilitação do equilíbrio durante a locomoção e com isso facilita mobilidade em indivíduos com doença de Parkinson, o que leva o indivíduo ao aumento da independência durante a realização das atividades da vida diária e, conseqüentemente, à melhora da qualidade de vida (CANNING; ADA; WOODHOUSE, 2007).

Desse modo, os instrumentos utilizados para avaliação do equilíbrio foram: escala de confiança no equilíbrio em atividades específicas, escala de equilíbrio de Berg e escala de mobilidade e equilíbrio de Tinetti. A escala ABC (Escala de confiança no equilíbrio em atividades específicas) é um instrumento que avalia a confiança do paciente em relação ao equilíbrio, seus escores variam de 0 a 100% conforme a avaliação de 16 atividades e a pontuação dá-se através da média das porcentagens (POWELL, 1995). O EBB (Escala de equilíbrio de Berg) é constituído por 14 tarefas a qual o paciente tem que realizar mais independente com grau de dificuldade progressivo; nele é avaliado o equilíbrio estático e dinâmico. Ele é composto por diversas atividades como transferir, sentar, mudar de posição e girar. A pontuação de cada tarefa varia de 0 (não realiza a tarefa) a 4 (realiza sem dificuldade) totalizando o escore final de 56 pontos. Estes escores são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos pelo paciente. (MIYAMOTO, 2004). A EMET (escala de mobilidade e equilíbrio de Tinetti) é um instrumento que avalia a velocidade, a distância do passo durante a marcha; e o equilíbrio estático através de tarefas a qual o paciente tem que realizar. A pontuação varia de 0 a 1 ou de 0 a 2. O escore final é de 12 pontos para a marcha e 16 para o equilíbrio. Totalizando 28 pontos, escore abaixo de 19 representa risco de quedas (TINETTI, 1986).

Diversas pesquisas evidenciaram que a força muscular é prejudicada na doença de parkes (BERTOLDI; SILVA, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2011). E está associada à inatividade física e ao aumento do risco de quedas (VAN NIMWEGEN *et al.*, 2011; BHALSING, 2018). Os artigos que utilizaram exercícios resistidos em ambiente domiciliar descreveram que após o protocolo foi observado melhora da força muscular em membros inferiores. Seymour *et al.* (2019) randomizou 120 pessoas em dois grupos, o grupo que realizou exercícios domiciliares foi exposto a um protocolo composto de fortalecimento muscular em membros inferiores e superiores, exercícios de rotação de tronco, treino de equilíbrio com dupla-tarefa de movimentos, treino de sentar e levantar (exercícios adaptados individualmente), enquanto o grupo controle recebeu orientações para prevenção de quedas em formato de DVD. De acordo com o autor, exercícios realizados em ambiente domiciliar devem ser prescritos de forma individual, respeitando sempre a individualidade biológica de cada paciente (SEYMOUR *et al.*, 2019).

Corroborando com os achados do estudo anterior, Allen *et al.* (2010) e Caglar *et al.* (2005) obtiveram os mesmos resultados em seus protocolos. Podemos inferir que o treino resistido contribui para amenizar a perda de massa muscular e, além disso, diversos autores enfatizam a importância de uma boa avaliação da força muscular antes da prescrição dos protocolos. A maioria dos estudos incluídos neste estudo utilizaram o instrumento Five Timed Sit to Stand para avaliar a mobilidade funcional dos membros inferiores. Sua avaliação é feita cronometrando o tempo que o paciente leva para sentar e levantar de uma cadeira durante 5 vezes o mais rápido possível ele também avalia a força e resistência dos membros inferiores; A realização do teste em mais de 17 segundos que a mobilidade funcional está comprometida (LORD, 2002; CESARI *et al.*, 2009).

Os estudos que utilizaram protocolos o qual preconizou treino de amplitude de movimento da região do tronco, os autores relataram resultados positivos no equilíbrio estático e dinâmico, sobretudo, os participantes descrevem ainda melhora da percepção dos movimentos do tronco. Dessa forma, esses achados mostram a importância desses exercícios serem incorporados em ambiente domiciliar, pois pacientes com doença de Parkinson têm déficits na amplitude de movimento do tronco. Por esse motivo, podem criar mecanismos compensatórios o qual podem favorecer o risco de quedas (ASHBURN *et al.*, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de exercícios domiciliares como intervenção no tratamento de pacientes com doença de Parkinson traz melhores benefícios no equilíbrio, força muscular de membros inferiores e performance da marcha. Além disso, sugere-se que exercícios domiciliares sejam capazes de atenuar os sinais motores, mostrando-se mais eficientes quando comparados com orientações gerais de prevenção. Os estudos trouxeram em sua prevalência exercícios de treino resistido, equilíbrio, amplitude de movimento. Portanto, sugere-se futuros estudos comparando o treino de exercício domiciliar não supervisionado com treino supervisionado em ambiente clínico, pois existem hipóteses que o ambiente controlado poderá influenciar nos resultados.

REFERÊNCIAS

POWELL, Lynda Elaine; MYERS, Anita M. The activities-specific balance confidence (ABC) scale. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 50, n. 1, p. M28-M34, 1995.

ASHBURN, Ann *et al.* A randomised controlled trial of a home based exercise programme to reduce the risk of falling among people with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, v. 78, n. 7, p. 678-684, 2007.

MIYAMOTO, Samira Tatiyama *et al.* Brazilian version of the Berg balance scale. *Brazilian journal of medical and biological research*, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, 2004.

TINETTI, Mary E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 34, n. 2, p. 119-126, 1986.

CESARI, Matteo *et al.* Added value of physical performance measures in predicting adverse health-related events: results from the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 57, n. 2, p. 251-259, 2009.

LORD, Stephen R. *et al.* Sit-to-stand performance depends on sensation, speed, balance, and psychological status in addition to strength in older people. *The Journals of Gerontology*

Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, v. 57, n. 8, p. M539-M543, 2002.

BHALSING, Ketaki S.; ABBAS, Masoom M.; TAN, Louis CS. Role of physical activity in Parkinson's disease. *Annals of Indian Academy of Neurology*, v. 21, n. 4, p. 242, 2018.

VAN NIMWEGEN, Marlies *et al.* Physical inactivity in Parkinson's disease. *Journal of neurology*, v. 258, n. 12, p. 2214-2221, 2011.

RODRIGUES-DE-PAULA, Fátima *et al.* Exercício aeróbio e fortalecimento muscular melhoram o desempenho funcional na doença de Parkinson. *Fisioterapia em movimento*, v. 24, p. 379-388, 2011.

BERTOLDI, Flavia Cristina; SILVA, José Adolfo Menezes Garcia; FAGANELLO-NAVEGA, Flávia Roberta. Influência do fortalecimento muscular no equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, p. 117-122, 2013.

- CANNING, Colleen G.; ADA, Louise; WOODHOUSE, Elke. Multiple-task walking training in people with mild to moderate Parkinson's disease: a pilot study. *Clinical rehabilitation*, v. 22, n. 3, p. 226-233, 2008.
- SILVA, Douglas Monteiro da *et al.* Efeitos da fisioterapia aquática na qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, p. 17-23, 2013.
- CAMARGOS, A. C. *et al.* O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Braz. j. phys. ther. (Impr.)*, p. 267-272, 2004.
- CONCEIÇÃO, Ritaley Nogueira dos Santos *et al.* Análise Epidemiológica de pacientes com doença de Parkinson nos últimos 5 anos nas regiões brasileiras. *Revista de Saúde*, v. 13, n. 1, p. 61-66, 2022.
- SILVA, Débora Cristina Lima da *et al.* Perfil dos indivíduos com doença de Parkinson atendidos no setor de fisioterapia de um hospital universitário no Rio de Janeiro. *Rev Bras Neurol*, v. 51, n. 4, p. 100-5, 2015.
- LOPES, Manuela Ramos *et al.* AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DO MEDO DE QUEDA EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON. *Saúde (Santa Maria)*, v. 47, n. 1, 2021.
- TERRA, Marcelle Brandão *et al.* Impacto da doença de Parkinson na performance do equilíbrio em diferentes demandas atencionais. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 23, p. 410-415, 2016.
- BRITO, Karine Santos; DOS SANTOS, Tatiana Raquel; MAGALHÃES, Alessandra Tanuri. Os efeitos da reabilitação baseada em exercícios sobre a marcha de pacientes com doença de Parkinson: uma revisão sistemática. *Fisioterapia Brasil*, v. 23, n. 1, p. 152-172, 2022.
- TYSNES, Ole-Bjørn; STORSTEIN, Anette. Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of neural transmission*, v. 124, n. 8, p. 901-905, 2017.
- LEE, Andrea; GILBERT, Rebecca M. Epidemiology of Parkinson disease. *Neurologic clinics*, v. 34, n. 4, p. 955-965, 2016.
- ARMSTRONG, Melissa J.; OKUN, Michael S. Diagnosis and treatment of Parkinson disease: a review. *Jama*, v. 323, n. 6, p. 548-560, 2020.
- HAUSDORFF, J. M. *et al.* Impaired regulation of stride variability in Parkinson's disease subjects with freezing of gait. *Experimental brain research*, v. 149, n. 2, p. 187-194, 2003.
- PRINGSHEIM, Tamara *et al.* The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement disorders*, v. 29, n. 13, p. 1583-1590, 2014.
- TEIXEIRA-ARROYO, Claudia *et al.* Exercise and cognitive functions in Parkinson's disease: Gender differences and disease severity. *Motriz: Revista de Educação Física*, v. 20, p. 461-469, 2014.
- STACK, Emma; ROBERTS, Helen; ASHBURN, Ann. The PIT: SToPP Trial—A Feasibility Randomised Controlled Trial of Home-Based Physiotherapy for People with Parkinson's Disease Using Video-Based Measures to Preserve Assessor Blinding. *Parkinson's Disease*, v. 2012, 2012.
- SANTOS, Viviane Vieira *et al.* Effects of a physical therapy home-based exercise program for Parkinson's disease. *Fisioterapia em Movimento*, v. 25, p. 709-715, 2012.

BERTOLDI, Flavia Cristina; SILVA, José Adolfo Menezes Garcia; FAGANELLO-NAVEGA, Flávia Roberta. Influência do fortalecimento muscular no equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 117-122, 2013.

BRAZ, Nayara Felicidade Tomaz *et al.* Effectiveness of Nintendo Wii in functional and health outcomes of individuals with Parkinson's disease: a systematic review. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, n. 1, p. 100-106, 2018.

SOUSA, Angélica Vieira Cavalcanti *et al.* Influência do treino em esteira na marcha em dupla tarefa em indivíduos com Doença de Parkinson: estudo de caso. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 21, n. 3, p. 291-296, 2014.

SUAREZ, Hamlet *et al.* Equilíbrio na doença de Parkinson alterando as informações visuais. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 77, n. 5, 2011.

PAGANO, Gennaro *et al.* Trial of prasinezumab in early-stage Parkinson's disease. *New England Journal of Medicine*, v. 387, n. 5, p. 421-432, 2022.

BLOEM, Bastiaan R.; OKUN, Michael S.; KLEIN, Christine. Parkinson's disease. *The Lancet*, v. 397, n. 10291, p. 2284-2303, 2021.

FUKUNAGA, Jackeline Yumi *et al.* Postural control in Parkinson's disease. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, v. 80, n. 6, p. 508-514, 2014.

BERRIOS, German E. Introdução à "paralisia agitante", de James Parkinson (1817). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 19, p. 114-121, 2016.

MACHESE, Cristina Iwabe. *Fisioterapia Neurofuncional*. 1 Edição, 185 páginas, Curitiba, PR. Cvr., 2011

SILVA, Franciele Cascaes da *et al.* Effects of Nordic walking on Parkinson's disease: a systematic review of randomized clinical trials. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 23, p. 439-447, 2016.

CHO, Catherine *et al.* Frequency/Velocity Mismatch; a Fundamental Abnormality in Parkinsonian Gait. *Journal of neurophysiology*, 2010.

GOMES, Artur Bruno Silva *et al.* Benefícios do tratamento não farmacológico junto à levodopa no tratamento da doença de Parkinson Benefits of non-pharmacological treatment with levodopa in the treatment of Parkinson's disease. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 6, p. 56727-56740, 2021.

DA SILVA, Tainara Gomes *et al.* Atuação da fisioterapia na doença de Parkinson physiotherapy in parkinson's disease. 2022.

ALVES, Washington Colato; JÚNIOR, Eduardo Marques Garcia. Efeitos da fisioterapia aquática no tratamento da doença de Parkinson: um estudo de revisão. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, v. 11, n. 1, p. 60-67, 2022.

ALLEN, Natalie E. *et al.* The effects of an exercise program on fall risk factors in people with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Movement disorders*, v. 25, n. 9, p. 1217- 1225, 2010.

CAGLAR, A. T. *et al.* Effects of home exercises on motor performance in patients with Parkinson's disease. *Clinical rehabilitation*, v. 19, n. 8, p. 870-877, 2005.

CANNING, Colleen G.; PAUL, Serene S.; NIEUWBOER, Alice. Prevention of falls in Parkinson's disease: a review of fall risk factors and the role of physical interventions. *Neurodegenerative disease management*, v. 4, n. 3, p. 203-221, 2014.

SEYMOUR, Kim Chivers *et al.* Multicentre, randomised controlled trial of PDSAFE, a physiotherapist-delivered fall prevention programme for people with Parkinson's. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, v. 90, n. 7, p. 774-782, 2019.

KHALIL, Hanan *et al.* A pilot study of a minimally supervised home exercise and walking program for people with Parkinson's disease in Jordan. *Neurodegenerative Disease Management*, v. 7, n. 1, p. 73-84, 2017.



O desequilíbrio da microbiota intestinal

The imbalance of the intestinal microbiota

Bianca Barbosa Arruda

Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)

Gabrielle Almeida Barbosa

Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)

Heloisa Dutra Magalhães

Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)

Vitoria Cristina Penedo Martins

Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)

Vitória Gonçalves Andrade Ribeiro

Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Professora

DOI: 10.47573/aya.5379.2.167.24

RESUMO

O sistema digestivo possui uma grande quantidade de microrganismos presentes na mucosa intestinal. Há fatores que podem levar ao desequilíbrio da microbiota, ocasionando transtornos na metabolização de nutrientes e produção de toxinas, a hiperproliferação de agentes nocivos à saúde humana desencadeia o que chamamos de disbiose. Trata-se de um estudo de revisão de literatura com abordagem descritiva, utilizando as bases de dados Google Acadêmico, com a busca de artigos científicos, revisões bibliográficas, periódicos científicos, com os seguintes descritores de assunto disbiose, Trato gastrointestinal, Glutamina. Conclui-se que a microbiota intestinal, apesar de pouco estudada, possui grande influência na saúde e doença do hospedeiro. Várias funções são realizadas pelo TGI estando essas associadas à nutrição, ao sistema-imune por meio da barreira imunológica e à antimicrobiana pelo mecanismo de defesa. O uso de alimentos probióticos e prébioticos, impede o crescimento das bactérias patogênicas, influenciando positivamente ou negativamente a composição da microbiota intestinal.

Palavras-chave: microbioma. gastrointestinal. disbiose.

ABSTRACT

The digestive system has a large amount of microorganisms present in the intestinal mucosa. There are factors that can lead to the imbalance of the microbiota, causing disorders in the metabolism of nutrients and production of toxins, the hyperproliferation of agents harmful to human health triggers what we call dysbiosis. This is a study of literature review with a descriptive approach, using the Google Scholar databases, with the search for scientific articles, bibliographic reviews, scientific journals, with the following descriptors of the subject Dysbiosis, Gastrointestinal tract, Glutamine. It is concluded that the intestinal microbiota, although little studied, has a great influence on the health and disease of the host. Several functions are performed by the TGI and these are associated with nutrition, the immune system through the immune barrier and antimicrobial through the defense mechanism. The use of probiotic and pre-biotic foods, prevents the growth of pathogenic bacteria, influencing positively or negatively the composition of the intestinal microbiota.

Keywords: microbioma. gastrointestinal. dysbiosis.

INTRODUÇÃO

O sistema digestivo possui uma grande quantidade de microrganismos presentes na mucosa intestinal. Engloba cerca de 100 milhões de microrganismos e possui aproximadamente 1.000 espécies diferentes, as quais têm a função de auxiliar o metabolismo e nutrição, por meio de mecanismos bioquímicos da microbiota intestinal, promovendo a produção de vitaminas, energia e melhor absorção de alguns minerais. Além disso, a microbiota possui função protetora, também denominada como barreira intestinal, fator que contribui para a homeostase, impedindo o crescimento acelerado de microrganismos patogênicos e, por consequência, o desenvolvimento de infecções intestinais (MORAES *et al.*, 2014).

Há fatores que podem levar ao desequilíbrio da microbiota, ocasionando transtornos na metabolização de nutrientes e produção de toxinas, a hiperproliferação de agentes nocivos à saúde humana e desencadeia o que chamamos de disbiose. Termo utilizado ao se referir ao aumento de microrganismos patogênicos em relação aos benéficos presentes no ecossistema da microbiota intestinal humana. A disbiose também possui formas de tratamento, as quais são baseadas na utilização de prebióticos e probióticos, que atuam no controle e recuperação do equilíbrio da microbiota através de estímulo do crescimento e adição de bactérias benéficas na microbiota intestinal, respectivamente. Outra forma de tratamento é a aplicação do uso de simbióticos, no qual ocorre de forma simultânea a ação prebiótica e probiótica (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Alguns fatores interferem diretamente na composição da microbiota, como a dieta, o uso de medicamentos e infecção invasiva por meio de patógenos. As ações moduladoras sobre o sistema imunológico têm contribuído para o desenvolvimento de inflamações crônicas e doenças autoimunes (GIL 2016). Portanto, quando relacionada com uma condição de predisposição genética aliada a outros mecanismos biológicos a disbiose pode potencializar a progressão de doenças (ALMEIDA *et al.*, 2009).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura com abordagem descritiva, utilizando as bases de dados do Google Acadêmico, com a busca de artigos científicos, revisões bibliográficas, periódicos científicos, com os seguintes descritores de assunto disbiose, Trato gastrointestinal, Glutamina. Como critérios de inclusão, incluíram-se periódicos disponíveis na íntegra, que versassem sobre o assunto especificado e com recorte temporal de vinte (20) anos (2001-2021), considerando o fato de que publicações anteriores a tal período possuem informações já defasadas a respeito do tema.

Foram inicialmente encontrados 28 artigos relacionados com o tema. Foram excluídas, em análises preliminares periódicos duplicados, revisões sistemáticas ou não disponíveis na íntegra. Em seguida, a pós-análise mais criteriosa dos títulos e resumos, foi descartada também aqueles que não possuíssem informação relevante para atingir o objetivo deste trabalho, permanecendo, ao final, 17 documentos, que no final foram alvo de leitura analítica com posterior organização.

REVISÃO DE LITERATURA

Trato gastrointestinal

O trato gastrointestinal (TGI) é constituído da cavidade bucal ao ânus, passando pelas as glândulas salivares, fígado e pâncreas. Envolvendo-se na degradação e absorção dos alimentos, em cinco etapas, a ingestão, fragmentação, digestão, absorção e eliminação dos resíduos (PAIXÃO, CASTRO, 2016). Os componentes desse sistema possuem características estruturais e comuns, tratando-se de um tubo oco composto por uma luz ou lúmen, de diâmetro é variável, circundado por uma parede formada por quatro camadas, organizada por uma sequência distintas, mucosa, submucosa, muscular e serosa (JUNQUEIRA E CARNEIRO, 2004).

A mucosa apresenta revestimento epitelial formado por uma única camada de células que formam uma forte barreira física, devido às junções intercelulares sendo do tipo: oclusivas, aderentes e desmossomas, e químicas (MALOY E POWRIE, 2011) (PEDROSO, 2014). A subcamada da mucosa é a LP, formada por tecido conjuntivo frouxo rico em vasos sanguíneos e linfáticos, podendo também apresentar glândulas e tecido linfóide. Além disso, também apresenta uma camada muscular da mucosa formada por duas subcamadas delgadas de células musculares lisas, que são divididas de acordo com a direção seguida pelas células, sendo: Circular (interna) e longitudinal (externa) (JUNQUEIRA E CARNEIRO, 2004). A serosa é um revestimento interno que consiste em uma camada delgada, têm forma piramidal, citoplasma basófilo e núcleo esférico, rica em tecido conjuntivo frouxo, vasos sanguíneos, linfáticos e tecido adiposo. Revestida por um epitélio pavimentoso simples denominado mesotélio (JUNQUEIRA E CARNEIRO, 2004).

Todas essas estruturas em conjuntos presentes no TGI possuem importantes funções, como formar barreira permeável entre o conteúdo do lúmen e os tecidos do organismo, facilitando o transporte e a digestão do alimento, promover a absorção dos produtos dessa digestão, produzir hormônios que regulam a atividade do sistema digestório humano e da microbiota e promover a comunicação entre o corpo intestinal (VLIET *et al.*, 2010).

Entre as principais funções da comunidade bacteriana destacam-se a antibacteriana/proteção, imunomoduladora, nutricional e metabólica com uma rápida taxa de renovação celular presente neste tecido (WALL *et al.*, 2009).

Microbiota

Segundo Penna, Nicoli (2001) define-se por microbiota a população de micro-organismos presentes em condições normais nas superfícies e mucosas de um indivíduo. A microbiota intestinal consiste de aproximadamente 500-1000 espécies pertencentes a apenas alguns dos filos bacterianos, sendo no colón nove filos distintos, e possui várias funções bem estabelecidas, como a sua capacidade de proteção anti-infecciosa fornecendo resistência à colonização por micro-organismos exógenos, a imuno-modulação, que possibilita um estímulo imunológico e, também a contribuição nutricional com a regulação da absorção de nutrientes resultante das interações locais e dos metabólitos produzidos, o que favorece na síntese de vitaminas e enzimas, como vitamina K e biotina, por exemplo, (BACKHED *et al.*, 2005; ECKBURG *et al.*, 2005; SOMMER E BACKHED, 2013)

A inserção da microbiota ocorre logo após o nascimento, mas a sua composição definitiva é obtida em torno dos dois anos de idade, mantendo-se estável pelo resto da vida (TANNOCK, 1999). O desenvolvimento e estabelecimento da microbiota intestinal é um mecanismo que recebe influência de fatores externos relacionados ao hospedeiro como o tipo de parto, aleitamento materno ou artificial, contaminação ambiental, uso de antibióticos, sistema imune e características genéticas, e esses elementos podem facilitar ou dificultar a instalação do ecossistema no intestino do hospedeiro. Por isso, é necessário, para que ocorra sua permanência, um equilíbrio que favoreça as duas partes, entre microbiana do intestino e hospedeiro (GUARNER, MALAGELADA JUNIOR, 2003; PAIXÃO, CASTRO, 2016)

De acordo com Andrade (2010), a mãe é a primeira fonte de micro-organismo das crianças, por isso, os bebês de parto normal têm um contato com bactérias mais rápido do que crianças de parto cesáreo porque no parto vaginal existe um contato direto com a microbiota fecal

materna por meio do canal de parto. Em contrapartida, no parto cesáreo, a fonte inicial de contaminação é o meio ambiente, o que atrapalha o estabelecimento da microbiota vinda da mãe. (ECKBURG *et al.*, 2005; DETHLEFSEN *et al.*, 2007; DAVE *et al.*, 2012).

As bactérias colonizam de forma permanente no intestino - sendo em sua maioria anaeróbica- formando a microbiota natural do TGI. Esta colonização da bactéria no trato gastrointestinal acontece através de sítios de adesão, que são determinados geneticamente e podem sofrer interferências ou causar alterações no sistema imune das células da mucosa (BRANDT, SAMPAIO, MIUKI, 2006; PAIXÃO, CASTRO, 2016).

No TGI são encontrados dois gradientes de distribuição microbiana que são a densidade microbiana aumentada na região proximal para a distal do intestino (SEKIROV *et al.*, 2010). À medida que se percorre o intestino delgado, as populações totais bacterianas vão aumentando os anaeróbios facultativos, inicialmente dominantes, passam a ser subdominantes, e o fenômeno inverso é observado para os anaeróbios estritos. Já na parte distal, ou no íleo, os perfis populacionais se assemelham ao do intestino grosso, que é o local de absorção, tanto ingerido, quanto a das secreções digestivas e de alguns nutrientes que o intestino delgado não assimilou. Na mucosa deste órgão são encontradas bactérias dos filos Bacteroidetes e membros da ordem Clostridiales, enquanto no lúmen é encontrado enterobactérias (BOOIJINK *et al.*, 2010).

A manutenção de níveis baixos das populações bacterianas nas zonas de absorção do intestino delgado é importante para que não haja competição nutricional entre a microbiota e o hospedeiro. No intestino grosso, especialmente no cólon, o ambiente permite uma maior abundância microbiana devido à baixa concentração de sais biliares, pH menos ácido, baixo peristaltismo, dentre outros fatores (WALTER E LEY, 2011). A microbiota e epitélio intestinal se relacionam por meio de dois grupos de receptores: da família Toll (Tolllike Receptors– TLR) e as proteínas NOD (Domínio de Oligomerização de Nucleotídeos) (BAUMGART E CARDING, 2007). Esses grupos exercem importante papel na formação e modulação da resposta inflamatória (LOGAN *et al.*, 2008). Os TLR estão presentes na membrana das células epiteliais e reconhecem padrões altamente repetitivos na natureza, como constituintes microbianos a flagelina, o LPS, o peptídeo glicano, dentre outros, as proteínas NOD estão presentes no interior das células e reconhecem produtos bacterianos (VLIET *et al.*, 2010).

DESEQUILÍBRIO DA MICROBIOTA

A disbiose intestinal leva a produção de toxinas e aumento da permeabilidade intestinal, que resultam em alterações inflamatórias, imunológicas e hormonais, tornando o trato gastrointestinal mais vulnerável (PEREIRA IG E FERRAZ IAR, 2017; SIDHU M E VAN DER POORTEN D., 2017). Podendo haver aumento na permeabilidade intestinal, resultando na passagem ascendente de lipopolissacarídeo (LPS) para a circulação sistêmica, gerando uma endotoxemia metabólica e desenvolvimento de um estado inflamatório crônica (DOS SANTOS MORAES M. *et al.*, 2018). Estudos recentes sugerem que a perda da homeostase intestinal tem uma importante contribuição para o desenvolvimento de Doença Inflamatória Intestinal (DII) (VAVRICKA, 2011).

As áreas de lesão inflamatória são aquelas que estão em contato com um maior número de micro-organismos. Quanto à obesidade, foram capazes de demonstrar que a microbiota intestinal está diretamente envolvida na regulação da homeostase energética. Em relação às

alergias, há inúmeras evidências de que perturbações na microbiota intestinal, como resultado de uma exposição reduzida a micro-organismos, teriam um efeito inadequado de maturação do sistema imunológico, interrompendo a sequência normal de eventos que promovem o desenvolvimento de tolerância imunológica, aumentando, dessa forma, a incidência de hipersensibilidade alérgica (SEKIRO *et al.*, 2010). A disbiose apresenta um agravante quando associada com outros distúrbios, como aumento da permeabilidade intestinal e constipação intestinal. Em uma microbiota anormal a quebra dos peptídeos e reabsorção de toxinas do lúmen intestinal ocorre de maneira inadequada induzindo o surgimento de patologias pelo não funcionamento das funções da microbiota intestinal (ALMEIDA *et al.*, 2009) (ROUND E MAZMANIAN, 2009).

Recentemente, há um grande interesse em se estabelecer a relação entre a microbiota intestinal e doenças, tendo em vista uma melhor compreensão de suas fisiopatologias e, por consequência, uma melhor proposição terapêutica.

PROBIÓTICOS E PREBIÓTICOS

O equilíbrio da microbiota intestinal pode ser por uma suplementação da dieta com probióticos, prebióticos. Os probióticos são definidos como suplementos alimentares a base de microrganismos vivos, viáveis e definidos em número suficiente para alterar benéficamente a microbiota (SANTOS, RICCI, 2016). Os Probióticos são definidos pela OMS como micro-organismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas conferem um efeito benéfico à saúde do hospedeiro (SAAD, 2006; WALL *et al.*, 2009; CARLET, 2012), apresentam efeitos benéficos, em muitas doenças por isso facilitam a barreira probiótica no intestino, e podem impedir, a colonização da microbiota por bactérias patogênicas (BERMAN, HELEN M. *et al.*, 2002; HOLT; KRIEG, 1994). Os produtos com os probióticos resistem ao processo de digestão e chegam intactos ao intestino, onde atuam de maneira positiva reduzindo os gases, auxiliando o intestino preguiçoso e nas diarreias, podem beneficiar em dores musculares, problemas no estômago e doenças crônicas, modulação de mecanismos imunológicos, estímulo da motilidade intestinal; atividade anti-carcinogênica; melhora na digestão de lactose; melhor absorção de alguns nutrientes e ação hipocolesterolemiantes, entre outros (AMAR *et al.*, 2011).

No intestino, os microrganismos probióticos se nutrem de ingredientes que foram parcialmente degradados pelas enzimas digestivas ou que foram adicionados à dieta, tornando-os indisponíveis aos patógenos, e por consequência, impedindo a sua proliferação (THEOPHILO; GUIMARÃES, 2008). Os principais microrganismos utilizados como suplementos probióticos são representados principalmente por bactérias pertencentes aos gêneros *Lactobacillus* *Bifidobacterium*, *Enterococcus* e *Streptococcus*. Essas bactérias têm sido usadas em laticínios para a produtividade de leites fermentados e outros derivados lácteos, que são as fontes, mais comuns de probióticos (SANTOS, 2016, STEFE *et al.*, 2008, RAIZEL *et al.*, 2011).

Os prebióticos podem ser conceituados como todo ingrediente alimentar não digerível que afeta de maneira benéfica o organismo por estimular o crescimento e/ou atividade da microbiota do cólon, fazendo prevalecer às colônias benéficas (STEFE *et al.*, 2008). As bactérias probióticas, como *Lactobacillus GG* ajudam no mecanismo de barreira nos pacientes com dermatite atópica e alergias alimentares, aliviando inflamações intestinais (ZUBILLAGA *et al.*, 2001). A ingestão de prebióticos estimula a produção de compostos ácidos graxos facilitando a absorção de

cálcios e favorecendo a saúde óssea dos indivíduos, os metabólitos formados pela fermentação dos prebióticos podem influenciar as células de defesa como células B, T e macrófagos, as quais participam da resposta de defesa do organismo, a suplementação de prebióticos pode auxiliar na modulação do sistema imune como um efeito protetor. Dessa forma, a dieta se constitui em fator determinante das características da colonização intestinal e uma alimentação adequada deve ser estimulada para se manter o equilíbrio da flora intestinal.

CONSEQUÊNCIAS

A disbiose além de provocar sintomas como gases, cólicas, diarreias e prisão de ventre e também está relacionada com várias doenças como constipação intestinal, desconforto abdominal, enxaqueca, excesso na produção de gases intestinais, déficits de memória, irritabilidade, diminuição de libido, dores articulares, gripes frequentes, infecções vaginais, depressão, obesidade, diabetes, alergias alimentares, diarreia infecciosa, síndrome do cólon irritável ou a doença inflamatória intestinal e também câncer. Em todas essas situações, há sinal de uma flora intestinal desequilibrada (DAVIDISON E CARVALHO, 2008, THOMAS *et al.*, 2014; ALMAD E MARTINEZ; SANT'ANA, 2015;)

Destaca-se um fator importante na contribuição para o desequilíbrio da microbiota intestinal, a má absorção, pois o estômago não produz ácido suficiente para extinguir as bactérias patogênicas ingeridas nos alimentos (PAIXÃO LA E DOS SANTOS CASTRO, FF, 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a microbiota intestinal, apesar de pouco estudo, possui grande influência na saúde e doença do hospedeiro. Sendo de grande importância desde a infância até a vida adulta, assim várias funções são realizadas pelo TGI estando associadas à nutrição, ao sistema-imune por meio de barreira imunológica e a antimicrobiana pelo mecanismo de defesa. Como método de defesa, tanto de fatores internos quanto externos, acontecem alterações da microbiota e levam a determinadas patologias. As bactérias são vistas muitas vezes apenas como patogênicas, no entanto, por meio desse estudo, nota-se que também são essenciais à vida e à saúde humana.

Percebe-se o grande papel que a microbiota intestinal possui na manutenção normal das funções do organismo, influenciando assim na prevenção ou surgimento de doenças. Alguns fatores podem ocasionar desordem na microbiota com predomínio de bactérias nocivas sobre as benéficas, surgindo assim a disbiose. O uso de alimentos probióticos e prebióticos, garante o equilíbrio da microflora, estimulam o crescimento e atividade de bactérias benéficas, impedem o crescimento das bactérias patogênicas. Dessa forma, a alimentação tem um papel importante, pois ela pode influenciar positivamente ou negativamente o equilíbrio da microbiota intestinal.

“Todas as doenças começam no intestino” (Hipócrates 460-370 a.C.).

REFERÊNCIAS

AMAR, J. *et al.* Intestinal mucosal adherence and translocation of commensal bacteria at the early onset of type 2 diabetes: molecular mechanisms and probiotic treatment. *EMBO Mol. Med.*, n. 3, p. 559–572, 2011. Disponível em: <<https://www.embopress.org/doi/pdf/10.1002/emmm.201100159>>. Acesso em: 11 maio 2021.

ALMEIDA, *et al.* Disbiose intestinal. *RevBrasNutrClin.*, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 58-65, 2009. Disponível em: <<https://www.portaldenutricao.com/wp-content/uploads/2019/12/artigo-de-revisao-disbiose-intestinal.pdf>>. Acesso em: 15 abr 2021.

ANDRADE, A. Microflora intestinal: uma barreira imunológica desconhecida. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar na Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <<https://repositorio-berto.up.pt/bitstream/10216/52784/2/Microflora%20intestinal%20%20uma%20barreira%20imunologica%20deconhecia.pdf>>. Acesso em: 11 maio. 2021.

ARAÚJO, D.G.S. *et al.* Alteração da microbiota intestinal e patologias associadas: importância do uso de prebióticos e probióticos no seu equilíbrio. *Temas em Saúde, João Pessoa* v. 19, n. 4 p. 8-26, 2019. Disponível em: <<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19401.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2021.

BAUMGART, *DeutschesÄrzteblattInternational, DtschArztebl Int.*, v. 106, n. 8, p. 123–33, 2009. Disponível em: <<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63511>>. Acesso em: 10 maio 2021.

BACKHED, Fredrik *et al.* Host-bacterial mutualism in the human intestine. *science*, v. 307, n. 5717, p. 1915-1920, 2005.

BOOIJINK, Carien CGM *et al.* Alta variação temporal e interindividual detectada na microbiota ileal humana. *Microbiologia ambiental*, v. 12, n. 12, p. 3213-3227, 2010.

BRANDT, K. Sampaio, M. M. S. C. Miuki, C. Importance of the intestinal microflora. *Pediatria (São Paulo)*, v. 28, n. 2, p. 117-127, 2006.

BERMAN, Helen M. *et al.* The protein data bank. *Acta Crystallographica Section D: Biological Crystallography*, v. 58, n. 6, p. 899-907, 2002.

CARLET, Jean *et al.* Pronto para um mundo sem antibióticos? A resistência aos antibióticos pensières call to action. *Resistência antimicrobiana e controle de infecção*, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2012.

DAVIDISON, P; Carvalho, G. Ecologia e Disbiose Intestinal. In: Paschoal, V; Naves, A; Fonseca, A. B. B.L. *Nutrição Clínica Funcional: Dos princípios à prática clínica*. São Paulo. VP Editora, p. 142- 169, 2008.

DE ALMADA, Carine Nunes *et al.* Characterization of the intestinal microbiota and its interaction with probiotics and health impacts. *Applied Microbiology and Biotechnology*, v. 99, p. 4175-4199, 2015.

DEKANEY, *et al.* Deconstructing organs: single-cell analyses, decellularized organs, organoids, and organ on a chip models. v. 297, p. 461-470, 3. ed. 2009. Disponível em: <<https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/ajpgi.90446.2008>>. Acesso em: 15 maio 2021.

DETHLEFSEN, Les; Mcfall-Ngai, Margaret; Relman, David A. Uma perspectiva ecológica e evolutiva sobre o mutualismo humano-micróbio e a doença. *Natureza*, v. 449, n. 7164, pág. 811-818, 2007.

DAVE, Maneesh *et al.* O microbioma intestinal humano: conhecimento atual, desafios e direções futuras. *Pesquisa translacional*, v. 160, n. 4, pág. 246-257, 2012.

DOS Santos Moraes, Marcia *et al.* Efeitos funcionais dos probióticos com ênfase na atuação do kefir no tratamento da disbiose intestinal. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 14, n. 37, p. 144-156, 2018.

Dos Santos, Kimberli Eva Rota, Ricci, Gléia Cristina Laverde. *Microbiota intestinal e a obesidade*. *Uningá Review*, v. 26, n. 1, 2016.

ECKBURG, Paul B. *et al.* Diversity of the human intestinal microbial flora. *science*, v. 308, n. 5728, p. 1635-1638, 2005.

FARJADO, A. C. S. Caracterização do microbioma humano. 2015. 74f. Tese (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Instituto superior de ciências da saúde egas moniz, [S.L.], 2015. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10975/1/Fajardo%2c%20Anabela%20Cri%20stina%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2021.

GIL, Frederico Ferreira. Perfil Bioquímico, Hematológico e Imunológico de gerbils (*Merionesunguiculatus*) experimentalmente infectados por *Giardialamblia*. 2016. 150f. Tese (Pós-Graduação em Parasitologia) Instituto de Ciências Biológicas, da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-AHRPUL/1/241116_corre_es_portugu_s_vers_o_final_para_impress_o_tese_fred_gil.pdf>. Acesso em: 02 maio 2021.

GUARNER, Francisco; Malagelada, Juan-R. Flora intestinal na saúde e na doença. *A lanceta*, v. 361, n. 9356, pág. 512-519, 2003.

HOLT, John G. *et al.* *Bergey's Manual of determinate bacteriology*. 1994.

JUNQUEIRA, L. C.; Carneiro, José. *Histologia básica*. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MALOY, K.J. Powrie, F. Intestinal homeostase e sua repartição na doença inflamatória do intestino. *Nature*, v. 474, p. 298–306, 2011.

MONTEIRO, J.F.C.G. Torres, A. A. L. Uso de probióticos na prevenção e tratamento de doenças intestinais. Faculdade de ciências da educação e saúde curso de nutrição, Brasília, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/7437/1/TCC%20FINAL%20%28JA%20NNYA%20MONTEIRO%29.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2021.

MORAES, A.C.F. *et al.* Microbiota intestinal e risco cardiometabólico: mecanismos e modulação dietética. *ArqBrasEndocrinolMetab.*, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 317-327, 2014. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/pdf/abem/v58n4/0004-2730-abem-58-4-0317.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2021.

PAIXÃO, L. A. Castro, F. F. S. A colonização da microbiota intestinal e sua influência na saúde do hospedeiro. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 85-96, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3629-18251-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3629-18251-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 12 maio 2021.

PANTOJA, C. L. *et al.* Diagnóstico e tratamento da disbiose: Revisão Sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.L.], v. 32, p. 1-7, 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1368-Artigo-11616-1-10-20190923.pdf>>. Acesso em : 17 maio 2021.

PEDROSO, S. H. S. P. Papel da microbiota intestinal no desenvolvimento e gravidade de mucosite induzida por irinotecano em modelo murinho. Belo Horizonte. 2014. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e Microbiologia) Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-AC7EE8/1/disserta_o_vers_o_fin_al.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

PENNA, F. J., Nicole, J. R. Influência do colostro na colonização bacteriana normal do trato digestivo do recém-nascido. *Jornal de Pediatria*, v. 77, n. 4, p. 251-52, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/jped/v77n4/v77n4a02.pdf>>. Acesso em: 27 abr 2021.

PEREIRA, Izabela Gelisk; Ferraz, Izabela Aparecida Rodrigues. Suplementação de glutamina no tratamento de doenças associadas à disbiose intestinal. *Revista brasileira de saúde funcional*, v. 5, n. 1, p. 46-46, 2017.

TANNOCK, Gerald W. Analysis of the intestinal microflora: a renaissance. In: *Lactic Acid Bacteria: Genetics, Metabolism and Applications: Proceedings of the Sixth Symposium on lactic acid bacteria: genetics, metabolism and applications*, 19–23 September 1999, Veldhoven, The Netherlands. Springer Netherlands, 1999. p. 265-278

VLIET, *et al.* The Role of Intestinal Microbiota in the Development and Severity of Chemotherapy-Induced Mucositis. *PLoS Pathogens*. San Diego, v. 6, n. 5, 2010. Disponível em: <[818d7904494eac06fd1877584acca95e5b915fbec4221cefe4cfea9c00a9090f4cf28ec879c872d4856b1acf9d90b77f6cdbf833384383fef95842fddd646e618fa0c0cfca474350bc1df0de524fff99dbdf57edc04a1e9546a5226f00713e1963799fa0c0ecfd47a212e46625845454f430f35f102248a7e079c17865037be530e979c294bc8e0389b142713d8](https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1000811)>

<[35f1b741e88573c2d36a04c02af55e2f8249530bd7e1db7c74296fbc0456c693ffc87c1f62ae117aa3d035f59398dfcfc9d2b199b3376e36b3ba38ef78309d99aa3e07ca24fd3f51c2fb5870926f13499c057bb58595a9f3431876eef8a2a331d1d0322f4815eb7d143a1b79312ab76e8516](https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1000811)>. Acesso em: 16 maio 2021.

RAIZEL, Raquel *et al.* Efeitos do consumo de probióticos, prebióticos e simbióticos para o organismo humano. *Ciência & Saúde*, v. 4, n. 2, p. 66-74, 2011.

ROUND, Junho L.; Mazmanian, Sarkis K. A microbiota intestinal molda as respostas imunes intestinais durante a saúde e a doença. *Nature reviews immunology*, v. 9, n. 5, p. 313-323, 2009.

SAAD, Susana Marta Isay. Probióticos e prebióticos: o estado da arte. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 42, p. 1-16, 2006.

SANTOS, K.E.R; Ricci, G.C.L. Microbiota intestinal e a obesidade. *Revista Uningá Review*, v. 26, n. 1, p.74-82. Maringá, 2016.

SEKIRO, Inna *et al.* Salmonella SPI-1-mediated neutrophil recruitment during enteric colitis is associated with reduction and alteration in intestinal microbiota. *Gut microbes*, v. 1, n. 1, p. 30-41, 2010.

SIDHU, Mayenaaz; Van Der Poorten, David. The gut microbiome. *Australian family physician*, v. 46, n. 4, p. 206-211, 2017.

SOMMER, Félix; Bäckhed, Fredrik. A microbiota intestinal — mestres do desenvolvimento e fisiologia do hospedeiro. *Nature revê microbiologia*, v. 11, n. 4, pág. 227-238, 2013.

STEFE, C. de A.; Alves, M. A. R. Ribeiro, R. L. Probióticos, prebióticos e simbióticos—artigo de revisão. *Saúde e Ambiente em Revista*, v. 3, n. 1, p. 16-33, 2008.

THOMAS, Linda V.; Ockhuizen, Theo; Suzukl, Kaori. Exploring the influence of the gut microbiota and probiotics on health: a symposium report. *British Journal of Nutrition*, v. 112, n. S1, p. S1-S18, 2014.

THEOPHILO, Isabela de Paula Pessoa; Guimarães, Norma Gonzaga. Tratamento com probióticos na síndrome do intestino irritável. *Comun. ciênc. saúde*, p. 271-281, 2008.

VAVRICKA, Stephan R. *et al.* Frequência e fatores de risco para manifestações extraintestinais na coorte suíça de doença inflamatória intestinal. *Jornal oficial do Colégio Americano de Gastroenterologia| ACG*, v. 106, n. 1, p. 110-119, 2011.

VILELA, Eduardo Garcia *et al.* Cuidados com a doença inflamatória intestinal no brasil: como é realizada, obstáculos e demandas na perspectiva dos médicos. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 57, p. 416-427, 2020.

WALL, R.; Ross, R.; Ryan, C.; Hussey, S.; Murphy, B.; Fitzgerald, G. Role of gut microbiota in early infant development. *Ireland: Clinical Medicine Pediatrics*. v. 3, p: 45–54. 2009.

WALTER, Jens; Ley, Rute. O microbioma intestinal humano: ecologia e mudanças evolutivas recentes. *Revisão anual de microbiologia*, v. 65, p. 411-429, 2011.

ZUBILLAGA, Marcela *et al.* Efeito de probióticos e alimentos funcionais e seu uso em diferentes doenças. *Pesquisa em Nutrição*, v. 21, n. 3, p. 569-579, 2001.



**Identificando os fatores
desencadeadores de estresse nos
profissionais de enfermagem de uma
unidade de urgência e emergência**

**Identifying the factors in the cause of
stress for professional nursing and
one of emergency rescue**

Maycon Oliveira Gomes
Fábio Litzkon da Silva
Adriano Gonçalves de Oliveira

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.167.25](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.167.25)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar na literatura científica os agentes desencadeadores de estresse e seus impactos entre os trabalhadores de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência, além disso, visa colaborar para compreensão desses agentes, proporcionando uma melhora do ambiente de trabalho para a equipe. Revisão de literatura Integrativa de artigos científicos nacionais localizados na base de dados da Scielo no período de 2010 a 2021, além de livros e manuais. Dos artigos estudados 80% dos autores relataram que as causas de adoecimento podem ser fatores estressores do ambiente, como as más condições de trabalho, ficando evidenciado que poucos profissionais conhecem mecanismos de enfrentamento dos agentes estressores, e que as empresas não possuem programas adequados para acompanhar a saúde do trabalhador. É necessário realizar um plano de intervenções ante estresse, pois o estresse além de prejudicar a vida do trabalhador com a queda da sua autoestima e da autoimagem, faz com que a assistência prestada não tenha excelência de qualidade e a necessária humanização. Também se faz necessário a realização de novos estudos que visam diagnosticar fatores de risco para a saúde desses profissionais, e estratégias para aprimorar a prática de enfermagem, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os trabalhadores.

Palavras-chave: estresse. trabalhadores de enfermagem. urgência e emergência.

ABSTRACT

This study aimed to identify the scientific literature on stress triggering agents and its impact among the nursing staff in an emergency care unit also aims to contribute to understanding of these agents, providing an improved working environment for staff . Integrative literature review of national scientific articles located in the Scielo database from 2010 to 2021, as well as books and manuals. Of the articles studied 80% of authors reported that its causes may be environmental stressors such as poor working conditions, becoming evident that few professionals know coping mechanisms of stress agents and companies do not have adequate programs to monitor worker health. You must make a plan of interventions against stress, because stress also affect the life of the worker to fall from their self-esteem and self image, causes the assistance has not excellence and quality needed humanizing. It is also necessary to make further studies to diagnose risk factors for their health, and strategies to improve nursing practice, providing a better quality of life for workers.

Keywords: stress. workers nursing. urgency. emergency.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ocorreram-se várias mudanças em todos os níveis da sociedade, que passou a exigir do ser humano uma grande capacidade da adaptação física, mental e social. Os trabalhadores vivem sob tensão, não só no ambiente de trabalho, com na vida cotidiana.

O desprezo assola o universo do trabalho e traz consequências drásticas para todos os que têm no mesmo, a sua forma de sobrevivência, assim o mundo do trabalho torna-se de forma rápida e surpreendente um complexo monstruoso, que se por um lado poderia auxiliar em sua

qualidade de vida, por outro lado avassala esse homem em outros aspectos (HELOANI; CAPITÃO, 2003, p.103)

O trabalho, como nos aponta Dejours (1992), pode ser fonte de prazer bem como do adoecimento. Nem sempre o trabalhador pode obter o reconhecimento, independência profissional ou mesmo a satisfação pessoal, algumas vezes a atividade ocupacional pode levar o indivíduo ao desinteresse, irritação e até mesmo a exaustão. À repercussão do trabalho e seus efeitos oriundos da relação do trabalhador com o mesmo tem sido alvo de diversos estudos.

O estresse no trabalho ocorre quando o ambiente de trabalho é percebido como ameaça ao indivíduo, repercutindo no plano pessoal e profissional, surgindo demandas maiores do que a sua capacidade de enfrentamento. Associado ao estresse em sua fase mais avançada, caracterizada por Hans Selye (1956, *apud* BENEVIDES, 2002), como “exaustão”, o burnout é conceituado como uma síndrome onde se identifica a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Reduzida Realização Profissional. Conforme Benevides (2002), destaca no trabalho da enfermagem diversos são os aspectos que fazem de a profissão ser vulnerável ao estresse, segundo a mesma os fatores relacionados a organização do trabalho como conflito, ambiguidade de papéis, longas jornadas de trabalho entre outros, contribuem possivelmente para o desenvolvimento da Síndrome do Esgotamento Profissional.

Segundo Almeida e Pires (2007), o trabalho nos serviços de emergência hospitalar exige um conhecimento amplo sobre situações de saúde e certo domínio dos profissionais sobre o processo de trabalho, ou seja, do conjunto das necessidades envolvidas no cotidiano assistencial. Este domínio engloba exigências tais como pensar rápido, ter agilidade, competência e capacidade de resolutividade dos problemas emergentes. Trata-se de um ambiente de trabalho onde o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige, muitas vezes, que o profissional faça tudo com rapidez para afastá-lo do risco de morte iminente.

Foi no convívio diário durante o exercício profissional do autor, que se observou de forma empírica alguns comportamentos característicos desta patologia na equipe de enfermagem que atua no setor de Urgência e Emergência, despertando o interesse para construção deste estudo.

OBJETIVOS

Identificar na Literatura científica os agentes desencadeadores de estresses e seus impactos entre os trabalhadores de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência.

METODOLOGIA

Revisão de literatura Integrativa. A natureza descritiva do estudo permite detalhar acontecimentos, situações e depoimentos que enriquecem a análise das situações, o que propicia ao pesquisador o aumentar de seu conhecimento em torno de um determinado problema (BARDIN, 2004. p. 7).

Foram utilizados artigos científicos localizados na base de dados da Scielo, livros e manuais. Após esta pesquisa encontrou-se 27 artigos. Foi realizado um fichamento desses artigos para identificar os artigos que atenderiam ao objetivo do estudo e que abordassem a importância

de conhecer os fatores desencadeadores de estresse na Enfermagem na urgência e emergência e que estabelecessem uma interligação com mecanismos de enfrentamento para diminuir, prevenir e minimizar os impactos destes agentes estressores.

Após seleção ficaram 18 artigos, 07 com o descritor urgência e emergência, 05 com o descritor estresse, 03 com o descritor enfermagem em urgência e emergência e 01 com o descritor trabalhadores de enfermagem, 02 com o descritor mecanismo de enfrentamento, utilizou-se ainda, um livro de enfermagem e 04 teses de mestrado sobre o trabalho de enfermagem em urgência e emergência.

As atividades de levantamento, seleção e análise inicial dos textos compreenderam entre fevereiro e agosto de 2021. Os critérios de inclusão foram artigos científicos escritos em português, livros impressos e documentos online todos publicados a partir de 1991. Após essa etapa, partiu-se para a análise final do conteúdo e conclusão do estudo.

DESENVOLVIMENTO

A complexidade do atendimento à urgência e emergência, envolve a aplicação de medidas no âmbito de políticas sociais, elaboração de legislação específica e desenvolvimento de instrumentos de intervenção voltados à prevenção, ao tratamento e à reabilitação dos atingidos, o que pressupõe a identificação de grupos e fatores de riscos.

Define-se como emergência a ocorrência imprevista de agravos à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que pressupõem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso e exige tratamento imediato (COELHO, 2009, p. 21).

No Brasil, a legislação que respalda a atenção em urgência /emergência é recente, destaca-se, como marco inicial, o Programa de Enfrentamento às Urgências e Traumas, criado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), com o objetivo de reduzir a incidência e a morbimortalidade por agravos externos (acidentes, agressões, etc.). No Brasil, a estruturação de sistemas de atenção às urgências tem-se utilizado dos elementos do modelo franco-germânico para a organização de equipes multidisciplinares de assistência e de programas anglo-americanos no que se refere à sistematização do conhecimento e das práticas assistências., esse modelo baseia-se na atividade direta do profissional médico, que avalia o caso desde o atendimento do chamado telefônico até o atendimento local onde se encontra a vítima. Esse profissional recebe o nome de médico regulador, sendo responsável por avaliar a complexidade da situação e destinar recursos adequados para o atendimento. Esse modelo estrutura-se de forma a direcionar adequadamente os pacientes aos hospitais, garantindo a eficiência no atendimento desde o início do processo (COELHO, 2009, p. 23).

O estresse constitui-se como um conjunto de reações que o organismo humano desenvolve ao ser submetido a uma situação onde são manifestados sinais e sintomas exclusivos, caracterizados por alterações não específicas no sistema biológicos (CRISTINA *apud* SMELTZER; BARE, 2006. p. 48)

Ballone (2002), afirma que o estresse é a resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que procura se adaptar e se ajustar às pressões internas e/ou externas.

É uma alteração global do nosso organismo para adaptar-se a uma situação nova ou às mudanças de um modo geral. Mesmo situações consideradas positivas e benéficas, como é o caso, por exemplo, das promoções profissionais, casamentos desejados, nascimento de filhos, etc., podem produzir estresse.

Segundo Miranda e Queiroz (1991), o endocrinologista Hans Selye foi o primeiro a introduzir o termo “estresse” para designar uma síndrome produzida por vários agentes nocivos, durante estudos desenvolvidos nas décadas de 20 e 30 do século passado. Ele observou que pessoas que sofriam de doenças distintas, reclamavam de sintomas comuns, depois da realização de testes em laboratórios com animais, definiu-se o estresse como desgaste geral do organismo.

Porém não foi de forma solitária que Selye percorreu sobre as tantas descobertas sobre estresse, seus trabalhos foram influenciados pelas descobertas de dois fisiologistas que causaram imenso impacto na época. Bernard, em 1879 sugeriu que o ambiente interno dos organismos deveria permanecer constante apesar das mudanças no ambiente externo, e Cannon, em 1939 atribuiu o nome “homeostase” para designar o esforço dos processos fisiológicos para manter o estado de equilíbrio interno no organismo (MIRANDA; QUEIROZ, 1991).

Ao fazerem experimentos com formol diluído na autópsia a mesma tríade foi verificada. Com o transcorrer das experiências constatou-se que, independente do agente físico frio, calor, infecção, trauma, hemorragia, a mesma tríade era constatada. Sendo assim, Selye correlacionou esses achados ao conceito de estresse.

Situação de urgência e emergência

A assistência em situações de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade de um paciente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo. A emergência é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato. Nas urgências o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado como não superior a duas. As situações não-urgentes podem ser referidas para o pronto-atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não tem a premência que as já descritas anteriormente (LAZAROTO, 2004, p. 24).

Goldim citado por Lazaroto (2004, p.28) descreve que nas situações de atendimento de emergências ou urgências, o critério de acesso é o da gravidade. De acordo com este critério, os pacientes em situação de emergência são atendidos em primeiro lugar. Muitas vezes, pacientes em situações não urgentes também procuram o tipo de serviço por ser, teoricamente, mais disponível, o que cria um dilema para o profissional responsável pela tarefa de triar. Muitos pacientes não têm outros recursos a que recorrer, nem sempre há uma instituição que disponha de um pronto atendimento para atender a esta demanda, assim como pode não existir uma adequada interação com o sistema ambulatorial, a ponto de garantir que este paciente seja atendido por um profissional nos próximos dias. Frente a esta situação, muitas vezes, o profissional opta por atender ao chamado, consciente de que está distorcendo o objetivo do serviço.

Ministério da saúde (MS) citado por Souza (2009, p. 37) por descrever que no Brasil, a utilização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações começou a ser discutida de forma mais concreta a partir da publicação da Portaria 2048/02 que regulamenta o funcionamento dos ser-

viços de urgência e emergência do país. As ações do MS têm sido voltadas para a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos serviços de atenção às urgências e emergências, de forma a atender aos diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, visando uma assistência prestada de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento (BRASIL 2009, *apud* SOUZA 2009, p. 37).

Os profissionais de enfermagem atuando na urgência e emergência

Nos Estados Unidos da América, os serviços de emergências médicas existem há mais de vinte anos, a partir da década de 70, os hospitais sentiram a necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de emergência e começaram a investir nos profissionais que atuavam neste setor como os médicos e os profissionais de enfermagem. No Brasil, a partir da década de 80, foi dada maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência. Em 1985 foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que consiste na primeira associação de enfermagem especializada em trauma. O atendimento inicial do paciente traumatizado acontece em três etapas sucessivas: na cena do acidente; durante o transporte e no centro hospitalar (VALENTIM; SANTOS, 2009, p. 286).

As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididos em pronto atendimento, pronto socorro e emergência. O profissional de enfermagem tem em sua formação o cuidado ao ser humano prestado de uma forma holística, além de ser essencial possuir várias habilidades: cognitivas, interpessoais, psicomotoras e mais o conhecimento e o embasamento teórico de enfermagem. O atendimento de emergência é descrito como sendo veloz e dinâmico pelos que atua nesta área recebendo alta demanda de pacientes tendo como tendência uma equipe rápida e eficaz que minimize os riscos de agravos a saúde (VALENTIM; SANTOS, 2009, p.286).

Segundo Pai e Lautert (2008) os profissionais que trabalham em serviços de urgência e emergência se percebem privilegiados por deterem e exercerem habilidades de iniciativa individual, capacidade de decisão rápida e domínio técnico. Dessa maneira, atuar na sala de emergência possui seu status dentro da Instituição, onde a organização do trabalho prima pelo suporte tecnológico avançado no atendimento ao paciente em risco de morte e o conhecimento específico das profissionais sobre a área. Assim, é como se as “melhores” profissionais estivessem exercendo suas atividades no local “mais importante”.

O poder de salvar vidas aparece como um fator de autoestima das trabalhadoras de enfermagem, o que integra o ser humano a grupos com certos direitos sociais, no que permeia estes direitos, pode-se pensar o trabalho de “salvar vidas” como uma ocupação que traz recompensas sociais de gratidão e admiração a essas profissionais. As habilidades que tornam possível trazer de volta a vida são prerrogativas que estimulam os trabalhadores de enfermagem que atuam em urgência e emergência, as quais são vistos como heróis diante do desafio de salvar, dessa maneira, atuar na sala de emergência possui seu status dentro da Instituição, onde a organização do trabalho prima pelo suporte tecnológico avançado no atendimento ao paciente em risco de morte e o conhecimento específico das profissionais sobre a área (PAI; LAUTERT, 2008, p. 4).

Características dos serviços de urgência e emergência

O atendimento de urgência e emergência visa restabelecer parâmetros vitais do indivíduo requer profissionais adequadamente capacitados, materiais e equipamentos disponibilizados rapidamente para antecipar o atendimento, tem especificidade que diferenciam a sua organização dos demais serviços de saúde, na medida em que recebe pacientes de diversas lugares, com quadros clínicos de complexidade variada, em diferentes especialidades. Além dos aspectos relativos à atenção à saúde, muitas vezes esse serviço, por sua condição de atendimento ininterrupto e por falhas na organização do sistema local de saúde, torna-se o serviço de saúde cujo acesso é facilitado ao usuário; desde modo, recebe demanda que poderia ter tido seus problemas de saúde resolvidos em outro nível de complexidade (COELHO *et al.*, 2010, p 21).

Segundo Morales citado por Cristina (2006, p.34) nas dimensões técnico-assistenciais/sociais, a diferença entre a unidade de emergência e os demais serviços do hospital é o fato de que em seu ambiente concentra-se grande parte de todas as suas atividades cuja finalidade é a de salvar vidas em poucos minutos, especialmente no caos que parecem perdidos. As principais características do trabalho nos serviços de emergência são a instabilidade no ritmo de trabalho, o imediatismo das ações, e a grande procura por atendimento, que variam em diversidade e complexidade (SANTOS, 2010 p. 50).

O serviço de emergência deve tratar de pacientes graves, com risco de vida ou agravo da doença na relação tempo-dependente, no entanto, o que vivenciamos rotineiramente é uma procura ansiosa de pacientes a esses serviços, com as mais variadas queixas e sintomatologia, na maioria não grave, o que tem sugerido a necessidade de avaliarmos cuidadosamente os múltiplos conceitos de Serviço de Emergência (SALOMÉ; MARTINS; CUNHA, 2009. p.857).

Constantemente a categoria de enfermagem busca novos instrumentos para a organização do trabalho, de modo a promover a melhoria da assistência de enfermagem, além de favorecer a utilização adequada de recursos humanos e materiais para atender às necessidades apresentadas pelos usuários. O enfermeiro é o responsável pela equipe de enfermagem, além da participação direta na assistência, tem a atribuição de prover adequadamente a sua unidade, disponibilizando recursos materiais e humanos, propiciando a organização de serviço que equilibre demanda e recursos necessários.

A imprevisibilidade é característica determinante nos serviços de urgência e emergência e pode ser minimizada, utilizando como subsídio os resultados de estudos que permitam identificar o perfil populacional, as morbidades mais frequentes no serviço, além de aspectos organizacionais relativos aos atendimentos, suas variações nos meses do ano, dias da semana, horários, município e unidade de procedência dos pacientes, conhecer o perfil dos atendimentos permite organização direcionada aos casos que se apresentam com maior frequência, com a capacitação dos trabalhadores, previsão da quantidade e tipo de material adequado para o serviço e articulação com outros serviços que foram referência para a urgência e emergência. Por exemplo, determinado serviço que está localizado em uma região, na qual os indivíduos estão mais expostos a violência e acidentes de trânsito, requer organização diferenciada de outra unidade de urgência/emergência que se localiza em um município com altos índices de hipertensão arterial e diabetes, ou seja, é desejável que a especificidade da demanda subsidie a organização do serviço (COELHO, 2009, p. 61).

Fatores estressores no ambiente de trabalho de uma unidade de urgência e emergência

Segundo Calderero, Miasso e Corradi-webster (2008), os integrantes de serviços de emergências possuem alto estresse afetivo, atribuídos às constantes confrontações entre a vida e a morte, à demanda excessiva de pacientes, ao acúmulo de trabalho e às constantes interrupções, devendo o trabalhador, muitas vezes, escolher o que fazer primeiro. Por outro lado, o fato de terem pouco contato com os pacientes não os levam a criar vínculos afetivos, acarretando, deste modo, uma menor exposição ao sofrimento.

Segundo Cristina (2006), em urgência e emergência lidamos com as situações inesperadas, desesperadas e traumatizantes, emoções no limite, insegurança, agilidade e competência técnica nos procedimentos realizados, a necessidade de comunicação interpessoal na equipe e ainda frustrações, morte iminente e real.

Lutert, Chaves e Moura (2009) registram que os agentes estressores mais investigados referentes ao local de trabalho são: a influência do ruído presente no local de trabalho, a presença de vibrações produzidas por máquinas, a qualidade de iluminação e a influência de diferentes temperaturas (baixas ou altas) que atuam sobre a saúde dos trabalhadores. Da mesma forma, são agentes estressores as condições de higiene em que o trabalho é desenvolvido no que se refere a sujidade, à falta de ventilação e de área de descanso inadequada, a exposição a riscos e a perigos decorrentes da clientela ou do manejo de alguns produtos, a adequação do espaço físico para o desempenho do trabalho e outros.

Benevides (2002) descreve a atividade de duas enzimas oxidantes, superóxido dismutase e a catalase, bem como suas variações em trabalhadores do serviço de emergência, analisando a relação das atividades dessas enzimas oxidantes em trabalhadores saudáveis e naqueles em situação de Burnout. Eles observaram que não houve variação significativa das enzimas em relação ao sexo na situação de Burnout, entretanto, foram observadas diferenças significativas no nível sérico destas enzimas entre o grupo-controle e aqueles trabalhadores do serviço de emergência.

Batista e Bianchi (2006) desenvolveram em seu artigo uma compilação de diversos autores e agruparam em categorias os estressores relacionados com a enfermagem e seu trabalho: Problemas de comunicação com a equipe; inerente à unidade; assistência prestada; interferência na vida pessoal e atuação do enfermeiro. A carga de trabalho é o estressor mais proeminente na atividade do enfermeiro, além dos conflitos internos entre a equipe e a falta de respaldo do profissional, sendo a indefinição do papel profissional um fator somatório aos estressores.

Já no trabalho da urgência e emergência foi descrito como principais fontes de estresse: número reduzido de funcionários compondo a equipe de enfermagem; falta de respaldo institucional e profissional; carga de trabalho; necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido; indefinição do papel do profissional; descontentamento com o trabalho; falta de experiência por parte dos supervisores; falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço; relacionamento com familiares; ambiente físico da unidade; tecnologia de equipamentos; assistência ao paciente e relacionamento com familiares (BATISTA; BIANCHI, 2006).

O indivíduo acometido pelo estresse passa a ter vários aspectos de sua vida compro-

metidos, desde a sua saúde física (fadiga crônica, exaustão, resfriados constantes, desmaios ou perdas de consciência momentânea, cefaleias frequentes, dor muscular, hipertensão arterial, imunodeficiência, distúrbios cardiovasculares, gastrintestinais, respiratórios, sexuais e do sono), cognitiva e emocional (falta de concentração e de atenção, alterações de memória, perda do senso de humor, sentimentos de alienação e solidão, impaciência, labilidade emocional, baixa autoestima, ansiedade, depressão, vulnerabilidade, medo) e comportamental (conflitos familiares e conjugais, frustração, irritação, hostilidade, intolerância, rigidez, inflexibilidade, perda de iniciativa, dúvida do próprio julgamento, trabalho prolongado com pouco rendimento) (GRAZZIANO; FERRAZ, 2010, p.5).

Segundo Grazziano e Ferraz (2010), no âmbito organizacional, os efeitos deletérios do estresse relacionam-se ao aumento de custos operacionais e podem ser identificados por meio de indicadores organizacionais. Dentre estes indicadores, os principais são: o absenteísmo, o turnover, a baixa qualidade do cuidado, desumanização da assistência e aumento de acidentes ocupacionais, a baixa produtividade e a intenção de abandonar a profissão. O absenteísmo de trabalhadores da área de saúde e o aumento de custos relacionados ao estresse, depressão e ansiedade têm aumentado nos últimos anos, como demonstra o *Self-reported Work-related Illness 2006/2007* (SWI) do departamento de segurança e saúde do Reino Unido (HSE). De acordo com este relatório, no ano de 2006/2007 foram perdidos 6.756 dias de trabalho, devido ao afastamento por licença médica para homens e 7.003 dias para as mulheres. A média de dias perdidos por gênero foi de 34 para os homens e 27,3 dias para as mulheres; o custo para a empresa por dia de afastamento foi de US\$221.00 para os homens e US\$319.00 para as mulheres.

Medidas de prevenção do estresse para os profissionais de enfermagem numa unidade de urgência e emergência

Como as unidades de emergências é um ambiente estressante, não se pode descuidar da equipe. Para a equipe executar uma assistência dentro dos valores éticos, além do conhecimento das técnicas e da tecnologia utilizada no setor, a instituição deve também reconhecer que o profissional é um ser humano e investir na sua capacitação e reconhecendo o seu potencial e limitações. Assim, estará fornecendo um suporte para que a profissão seja executada com humanidade. O profissional irá, então, reconhecer a sua aparente insensibilidade que, na realidade, não deixa de ser uma máscara, que faz com que ele se configure como herói do cuidado, sendo herói, não poderá mostrar o quanto ele é sensível. O cuidador só poderá prestar uma assistência humanizada por meio da sua própria humanização e da sua valorização como ser humano (SALOMÉ, MARTINS E CUNHA, 2009. p.857).

Segundo Salomé, Martins e Cunha (2009), a profissão de enfermagem é a arte de cuidar do outro, é importante que este profissional procure manter seu corpo e a mente saudável, através do lazer, do esporte, da boa alimentação e evitando o estresse. Pois o cuidado só acontece quando há uma troca de sentimentos. É necessário que as instituições tenham um espaço destinado ao apoio psicológico para os funcionários e, que esta ofereça a oportunidade necessária para discutir questões conflitantes, sofrimentos e propor sugestões. O profissional respeitado e valorizado desempenha melhor sua atividade, com conseqüente melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Quando a instituição olha para o cuidador nessa dimensão, o ato de humanizar estará

transcendendo seu significado etimológico e representando muito mais do que simplesmente tocar, olhar, ouvir, dialogar, fornecer treinamento ou fazer um procedimento de enfermagem. Quando se fala em humanização do funcionário, significa, na verdade, fornece condições dignas de trabalho, valorizá-lo, respeitá-lo. Assim, o profissional terá condições psicológicas e físicas de prestar uma assistência com qualidade e humanizada, ao vivenciar e praticar essas ações no seu cotidiano estará desenvolvendo uma assistência dentro dos valores éticos da sua profissão. Os outros profissionais, e até mesmo a sociedade, valorizam e reconhecem a enfermagem como elemento essencial e necessário ao cuidado do outro (SALOMÉ, MARTINS E CUNHA, 2009. p.858).

Estratégias de Enfrentamento do Estresse

Os avanços teóricos no conceito e abordagem do estresse se baseiam principalmente nas considerações segundo as quais o indivíduo tem capacidade para controlar as repercussões fisiológicas decorrentes do efeito desencadeado pelos estressores, utilizando-se, para isso de estratégias. O modelo interacionista propõe que a avaliação do estresse no sujeito seja feita através de um processo cognitivo, sujeito e meio interagem, portanto, esse modelo trata da importância da avaliação individual na resposta ao estresse (COSTA, LIMA, 2003, p. 328);

Segundo Lazarus citado por Calderero, Miasso e Corradi-webster (2008, p.59) existem dois tipos de estratégias para o enfrentamento do estresse; as que são concentradas no problema e as que são concentradas na emoção. Quando o enfrentamento está voltado para o problema, o indivíduo tenta lidar diretamente com a situação e testa maneiras de resolvê-la. Dentre estas maneiras, alguns autores falam sobre ações de confronto direto e ações de confronto indireto, no confronto direto algumas ações que podem ser utilizadas, são conversar sobre o ocorrido; buscar informações sobre a situação; pedir orientações ou procurar especialistas; negociar alternativas possíveis.

Constituem ações de confronto indireto realizar atividades esportivas ou filantrópicas; utilizar da racionalização para dar explicações sobre o ocorrido, dentre outras, quando o enfrentamento está voltado para a emoção, o indivíduo utiliza estratégias emocionais ou cognitivas que mudam a maneira de ver a situação estressante, afastando-se do problema e procurando evitá-lo. Desta forma, a fim de evitar a situação estressora, o indivíduo pode agir de diversas maneiras, como, por exemplo, com auto piedade ou negando a existência desta situação estressora. A literatura coloca que não há um modo correto de enfrentar o estresse, mas que as duas estratégias podem ser úteis dependendo da situação de estresse (CALDERERO, MIASSO E CORRADI-WEBSTER, 2008, p. 59).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos demonstram que o serviço de enfermagem nas unidades de urgência e emergência é geralmente estressante, devido à complexidade desses pacientes, revelando à importância de se rever as questões que permeiam o relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem nesse contexto, tendo em vista os problemas emergentes de circunstância em que as peculiaridades do ambiente ocasionam aos seus profissionais, e também evidencia o nível de ansiedade e tensão provocado, sobretudo, pela elevada responsabilidade que a enfermagem

enfrenta em seu cotidiano profissional.

Dos artigos estudados, 80% dos autores relataram que as causas de adoecimento podem ser fatores estressores do ambiente, como as más condições de trabalho, (ambientes, instrumentos e equipamentos, trabalho pesado, repetitivo, sobrecarga), e fatores da vida pessoal (doenças crônicas, dupla jornada, problemas familiares e falta de recursos financeiros). A exposição e essa variedade e intensidade de cargas gera processo de desgaste no corpo biopsíquico do trabalhador que varia desde indisposições passageiras a doenças instaladas, no conjunto ou em específico, 20 % dos artigos relatam estratégia de enfrentamento desse estresse, e fica evidenciado que poucos profissionais conhecem mecanismos de enfrentamento dos agentes estressores, e que as empresas não possuem programas adequados para acompanhar a saúde do trabalhador.

Apesar da tensão emocional constante e da vontade de desistir, visto que os problemas presentes no cotidiano lhes parecem maiores do que os recursos disponíveis para resolvê-los, os profissionais de enfermagem têm satisfação em trabalhar na unidade de emergência, desfrutam da sensação de dever cumprido, conseguem salvar vidas, sobrepondo-se às dificuldades por eles encontradas.

Os principais fatores de risco discutidos pelos autores relacionam-se à desorganização do trabalho e aos fatores ambientais e ergonômicos inadequados. Dentre eles, a movimentação e o transporte de pacientes; a postura corporal inadequada, o déficit de pessoal, os equipamentos inadequados e sem manutenção são os mais enumerados pelos trabalhadores

A análise dos diversos estudos mostrou não só uma elevada ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem (80% a 93%), mas também que tais distúrbios atingem principalmente a região lombar, os ombros, os joelhos e a região cervical.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos estudos demonstraram que os profissionais de enfermagem vivenciam momentos de estresse, cansaço, esgotamento e frustração no seu cotidiano de trabalho, e os que trabalham no serviço de urgência e emergência tem que enfrentar mais alguns agravantes como, por exemplo, a complexidade diversa dos quadros clínicos dos pacientes. Concluimos que é de extrema necessidade que as instituições tenham um espaço destinado ao apoio psicológico para os funcionários e, que esta ofereça a oportunidade necessária para discutir questões conflitantes, sofrimentos e propor sugestões, investir no aprimoramento dos seus colaboradores e adotar medidas constantes de valorização dos profissionais.

É necessário rever a atual situação que a enfermagem passa, e desenvolver mecanismos que reestruturem a prática da enfermagem com vistas a melhores condições de trabalho e diminuição dos efeitos deletérios à saúde desses profissionais. Também se torna importante a realização de novos estudos, que visem diagnosticar fatores de risco para a saúde desses profissionais, para que se criem estratégias de enfrentamento do cotidiano laboral que possam levar à prevenção contra doenças relacionadas ao trabalho nesses indivíduos.

Enfim, enquanto enfermeiro que se interessa pela saúde do trabalhador acredita -se ser importante levar esses dados aqui apreendidos ao conhecimento dos diretores de enfermagem

e administradores hospitalares, políticos como proposta de princípio de reflexão, para também conscientizarmos esses como é de extrema importância a diminuição da carga horária dos profissionais de enfermagem e melhoria no piso salarial da categoria. A tarefa da reflexão é tentar colocar, de modo claro, as estruturas do existir dos trabalhadores de enfermagem que, muitas vezes, no seu período de trabalho, correm o risco de doenças ocupacionais (estresse e Síndrome de Burnout) que, com algumas medidas adequadas, poderiam ter sua incidência diminuída.

É necessária a conscientização dos diretores de enfermagem e administradores hospitalares quanto à importância da formação de equipes multi e interdisciplinares, as quais poderão discutir sobre os fatores de riscos que os profissionais estão vivendo no seu cotidiano de trabalho e também realizar planos de medidas e intervenções antiestresse. Há que se insistir: o estresse, além de prejudicar a vida do trabalhador com queda da sua autoestima e da autoimagem, faz com que a assistência prestada não tenha excelência de qualidade e a necessária humanização.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Revista Eletrônica de Enfermagem, Florianópolis, v. 3, n. 9, p.617-629, 2007. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 05 jul. 2010.
- BALLONE, G. J. Síndrome de Burnout. In. PsiquWeb Psiquiatria Geral, última revisão, 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 06 abr. 2007.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3 ed. São Paulo: Portugal, 2004. p.27.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p.534-539, ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 05 de dez. 2010.
- BENEVIDES, P.A.M.T. Quando o Trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2002, p. 22-135.
- CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégia de enfrentamento em uma equipe de enfermagem em pronto atendimento. Revista Eletrônica de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 01, p.51-62, 2008. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 05 fev. 2010.
- COELHO, M. F. Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino. 2009. 79 f. Dissertação Mestrado - Departamento de Programa de Enfermagem Fundamental, Usp Ribeirão Preto, 2009.
- COELHO, M. F. *et al.* Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, Revista Latino Americana De Enfermagem. Ribeirão Preto, p.18-24, ago. 2010.
- COSTA, J.R.A, LIMA, J.V.A. Estratégias para o enfermeiro enfrentar o estresse em seu trabalho com portador de transtorno mental. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v.2 n 01, p. 325-335, 2003.

CRISTINA, J. A. Vivência de uma equipe multidisciplinar de atendimento avançado móvel ao adulto em situação de parada cardiorrespiratório. 2006. 134 f. Dissertação de Mestrado - Universidade De São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DEJOURS, C. A Loucura do Trabalho. Um estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

GRAZZIANO, E.S, FERRAZ E.R. Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. Enfermeiria Global, Murcia, v. 02, n. 18, p.01-18, 14 fev. 2010.

HELOANI, J.R; CAPITÃO, C.G. Saúde mental e psicologia do trabalho. São Paulo em Pespectiva, São Paulo, v. 02, n. 17, p.102-108, 2003.

LAZAROTO, D. M. Avaliação ergonômica de uma equipe de emergência em situações simuladas. 2004. 126 f. Mestrado Profissional- Curso de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

LUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Revista Panamericana de Salud Pública, Porto Alegre, v. 6, n. 6, p.415-425, 2009.

MIRANDA, P. S. C.; Queiroz, E. A. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. Revista ABP-APAL, 1991, p.157-160.

PAI, D. DI; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e a relação com a saúde dos profissionais de enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 03, n. 16, p.01-07, maio 2008. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SANTOS, J.L.G. A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. 2010. 139 f. Dissertação Mestrado – Escola de enfermagem, Ufrs Porto Alegre, 2010.

SALOMÉ, G. M; MARTINS, M. F. M. S.; CUNHA, V. H. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, n. 06, p. 856-862. 07/08/208 – 10/10/2009, nov. 2009

SOUZA, C.CH. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto socorro. 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte, 2009.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, p.285-289, abr. 2009.

Organizadores

Daniel Fernando Ribeiro

Enfermeiro formado pela faculdade de Pato Branco – (FADEP). Pós-graduação Urgência, Emergência e Atendimento Pré – hospitalar - UNIAMERICA. Pós-graduação Enfermagem em Urgências e Emergências em Pediatria e Neonatologia – Univitória. Pós-graduação Enfermagem em UTI – Univitória. Curso de Extensão NHCPS PALS - Postgraduate Institute for Medicine, Englewood. Curso de Extensão Pré Hospitalar Trauma Life Support (Phtls). Curso de Extensão Suporte Avançado De Vida Em Cardiologia - Univitória e AHA. Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental – MS e SAMU DF. Curso de Extensão – APH de combate - Marc1 para equipes de socorristas, Polícia Civil do Paraná. Curso de Extensão Transporte Aeromédico – IESSP. Instrutor do Núcleo de Educação Itinerante NEI - SAMU 192. Instrutor Stop The Bleed. Instrutor Instituto INTAPH.

Adriano Mesquita Soares

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR/PG, linha pesquisa em Gestão do Conhecimento e Inovação e Grupo de pesquisa em Gestão da Transferência de Tecnologia (GTT). Possui MBA em Gestão Financeira e Controladoria pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais onde se graduou em Administração de Empresas (2008). É professor no ensino superior, ministrando aulas no curso de Administração da Faculdade Sagrada Família – FASF. É editor chefe na AYA Editora.

Índice Remissivo

A

ABS 195, 196, 197, 199, 201, 203, 204, 205
acne 102, 103, 104, 105, 106, 107
acnes 101, 103, 104
admissão 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
adolescência 80, 81, 82, 83
adolescentes 79, 81, 83
alienação parental 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85
anatomia 109
ângulo 138, 139, 140, 141
ansiedade 80, 82, 83, 84
antivirais 182
APS 197

B

benefícios 22, 41, 57, 63, 105, 106, 115, 118, 120
burnout 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65

C

câncer 210, 212, 213, 214, 215, 216, 217
cicatriz 102
cicatrizes 102, 103, 104, 105, 106, 107
cirurgia plástica 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124
cirurgias 108, 109, 110, 113, 114, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135
cirurgias plásticas 108, 109, 110, 113, 114, 118, 119, 120, 121, 122, 123
cirúrgico 126, 127, 129, 130, 133
cirúrgicos 94, 110, 126, 129, 130, 135
clínicos 17, 19, 20, 21, 22, 24, 68, 102
compromisso 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73
consequências 15, 52, 80, 81, 82, 83
crescimento 198, 201, 210
criança 45, 80, 81, 82, 83, 84
crianças 79, 80, 81, 82, 83
críticos 14, 15, 20, 22, 23, 24

D

deficiência 131, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192
depressão 57, 64, 82, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91
depressivo 88
dermatológicas 177, 180, 183
desenvolvimento 15, 20, 21, 37, 38, 40, 43, 44, 46, 51, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 69, 72, 76, 77, 82, 83, 84, 85, 89, 90, 91, 95, 97, 129, 130, 136, 142, 143, 149, 150, 156, 157, 158, 162, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 182, 185, 186, 187, 188, 190
desequilíbrio 228, 229, 230, 234
diagnóstico 14, 17, 20, 52, 62, 91, 92, 135, 138, 140, 141, 143, 173, 177, 181, 182, 185, 187, 188, 190, 192, 210, 213, 215
diagnósticos 18, 21, 91, 127, 137, 138
dísbiose 229, 230, 232, 233, 234, 236, 237
doença 15, 17, 45, 50, 51, 52, 61, 62, 63, 75, 96, 102, 138, 141, 145, 146, 150, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226
doenças 210, 243, 249, 250
drenagem linfática 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124
drogas 15, 16, 22

E

educação 43, 52, 74, 75, 76, 77, 111, 126, 131, 132, 134, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 162, 163
emergência 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251
enfermagem 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251
enfermeiras 195
enfermeiro 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208
enfermeiros 22, 26, 28, 31, 32, 33, 195, 197, 203, 205, 207, 208
ensaios 22
epilepsia 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151
equipe 15, 39, 46, 49, 50, 52, 53, 131, 153, 154, 155, 157, 162, 186, 188, 195, 196, 200, 201, 203, 204, 206
eritema polimorfo 177, 180
estratégia 22, 41, 43, 56, 57, 58, 63

estresse 239, 240, 241, 242, 243, 246, 247, 248, 249,
250, 251
evolução 94

F

família 50, 52, 53
farmacológica 219
fatores biológicos 50, 165, 166, 171
fisiologia 165
fisiológicas 15
fisiológico 210
fisioterapia 14, 15, 23, 219, 222, 225, 226

G

gastrointestinal 229, 230, 232
gênero 20, 139, 164, 165, 166, 169, 170, 171, 172
genes 88, 89, 90, 91, 92
genética 15
genéticas 87, 91
gestacional 176, 177, 179, 180, 181, 183
gestão 26, 27, 31, 32, 33, 34, 48, 60, 65, 76, 126, 130,
132, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162,
191, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204,
205, 206, 207, 208
gestor 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203,
204, 205, 206, 207
glaucoma 138, 139, 140, 141, 142, 143
guardião 80

H

Herpes 177, 178, 179, 181, 182, 183
hiperpigmentação 104, 177, 180
hormônios 90, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172
hospitalar 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55
humano 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65

I

imobilismo 14, 15, 16

incongruência 165, 166, 169, 170

injeção 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116

internações 20, 133, 145, 146, 147, 149, 150

L

limitação 14

M

medicina 38, 42, 61, 93, 94, 95, 96, 97, 98

método 37, 95, 96, 100, 128, 129, 130, 140, 153, 154,
158, 162, 189, 191, 195

metodologia 94, 99, 220

microagulhamento 102, 103, 104, 105, 106

microbioma 229, 236, 238

microbiota intestinal 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234,
235, 236, 237

mobilidade 14, 17, 19, 20, 22

mobilização 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23

motivação 57, 58, 59, 60, 62, 64

motivacional 56, 57, 58, 59, 63

multiprofissional 49, 50, 53

N

neurocrítico 13, 15, 16

neurocríticos 14, 22

neurológica 145

neurológicas 15, 21

O

oncológicos 209, 211, 212, 213, 216, 217

organizacional 57, 59, 60, 63, 65

P

paciente 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 50, 51, 52, 53, 109, 110, 112, 113, 114, 115
pacientes 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 50, 51, 52, 53, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217
Parkinson 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227
patologia 17, 21, 88, 91, 210, 216, 222
pengifóide 177
pesquisa 17, 18, 20, 21, 22, 37, 46, 50, 252
pesquisa-ação 186
planejamento 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34
pós-operatório 108, 109, 110, 117, 118, 119, 121, 122, 123
prebióticos 230, 233, 234, 235, 237, 238
preenchimento 97, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116
pressão 17, 38, 42, 62, 63, 105, 121, 138, 139, 140, 141, 143
prevenção 138, 143
procedimentos 51, 94, 97, 99, 110, 113, 120, 122, 123, 126, 127, 129, 133, 134
processo 15, 16, 23, 39, 40, 43, 44, 45, 52, 53, 57, 59, 60, 66, 67, 69, 70, 71, 72
profissional 58, 60, 61, 63
pronto atendimento. 153, 157
psicologia 50, 51, 52, 53, 54, 60, 75
Psicologia 74, 75, 78
psicólogo 49, 50, 51, 52, 53, 55, 76, 77
psicólogos 76, 77
psiquiatria 88

Q

qualidade 240, 241, 244, 246, 247, 248, 250

R

recuperação 16, 42, 50, 109, 110, 113, 114
robóticos 126, 131, 133
rotina 56, 57, 63

S

saúde 4, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 57, 61, 62, 63, 64, 68, 74, 75, 76, 77, 81, 82, 83, 99, 111, 118, 119, 121, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 143, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 162, 163, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 206, 207, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217

serviço 36, 37, 39, 40, 42, 45, 46

serviços 26, 27, 28, 32, 33, 34

sexual humana 165

sexualidade 165

síndrome 15, 58, 61, 62, 63, 64, 79, 80, 83, 88, 145, 169, 182

Síndrome de Burnout 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65

sistema de saúde 38, 39, 150, 195

sistema linfático 118, 121

social 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

SUS 196, 197, 198, 199, 200, 204, 205

T

tecnologia 58, 59, 65, 94

telecirurgia 126, 130, 135

terapia 15, 16, 23, 24, 51, 67, 68, 72, 73

toxina 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

trabalhadores 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 249, 250

transexualidade 165, 166, 172

transtorno 81, 82, 88, 91

tratamento 15, 52, 62, 64, 67, 82, 89, 94, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 113, 114, 132, 134, 135, 140, 141, 142, 143, 145, 150, 177, 179, 181, 182, 185, 186, 187, 189, 210, 212, 213, 214, 215, 216

tratamentos 97, 106, 123, 137, 138, 139, 141

U

urgência 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251

UTI 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

V

vida 240, 241, 242, 244, 245, 246, 249, 250

Z

Zika vírus 177, 179, 180

