



VOL 17

Pesquisas em temas de Ciências da Saúde

Ednilson Sergio Ramalho de Souza
(Editor)



VOL 17

Pesquisas em temas de Ciências da Saúde

Ednilson Sergio Ramalho de Souza
(Editor)

Volume 17

PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Edição 1

Belém-PA



2022

© 2022 Edição brasileira
by RFB Editora

© 2022 Texto
by Autor(es)

Todos os direitos reservados

RFB Editora

Home Page: www.rfbeditora.com
Email: adm@rfbeditora.com
WhatsApp: 91 98885-7730
CNPJ: 39.242.488/0001-07
Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque Verde, Belém - PA, 66635-110

Diagramação e design da capa

Worges Editoração

Imagens da capa

www.canva.com

Revisão de texto

Os autores

Bibliotecária

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

Gerente editorial

Nazareno Da Luz

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558892779>

Catalogação na publicação
Elaborada por RFB Editora

P474

Pesquisas em temas de ciências da saúde / Ednilson Sergio Ramalho de Souza (Editor) – Belém: RFB, 2022.

(Pesquisas em temas de ciências da saúde , V.17)

Livro em PDF

3.600 KB., il.

ISBN: 978-65-5889-277-9
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779

1. Ciências da Saúde. I. Souza, Ednilson Sergio Ramalho de (Editor). II. Título.

CDD 370

Índice para catálogo sistemático

I. Ciências da Saúde.



Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade do(s) autor(es).

Obra sob o selo *Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional*. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA (Editor-Chefe)

Prof.^a Dr^a. Roberta Modesto Braga-UFPA

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof.^a Dr^a. Ana Angelica Mathias Macedo-IFMA

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva-IFPA

Prof.^a Dr^a. Elizabeth Gomes Souza-UFPA

Prof.^a Dr^a. Neuma Teixeira dos Santos-UFRA

Prof.^a Ma. Antônia Edna Silva dos Santos-UEPA

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho-UFSJ

Prof.^a Dr^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE

Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares-UFPI

Prof.^a Dr^a. Welma Emidio da Silva-FIS

Comissão Científica

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Me. Darlan Tavares dos Santos-UFRJ

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Me. Francisco Pessoa de Paiva Júnior-IFMA

Prof.^a Dr^a. Ana Angelica Mathias Macedo-IFMA

Prof. Me. Antonio Santana Sobrinho-IFCE

Prof.^a Dr^a. Elizabeth Gomes Souza-UFPA

Prof. Me. Raphael Almeida Silva Soares-UNIVERSO-SG

Prof^a. Dr^a. Andréa Krystina Vinente Guimarães-UFOPA

Prof^a. Ma. Luisa Helena Silva de Sousa-IFPA

Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva-IFPA

Prof. Dr. Marcos Rogério Martins Costa-UnB

Prof. Me. Márcio Silveira Nascimento-IFAM

Prof.^a Dr^a. Roberta Modesto Braga-UFPA

Prof. Me. Fernando Vieira da Cruz-Unicamp

Prof.^a Dr^a. Neuma Teixeira dos Santos-UFRA

Prof. Me. Angel Pena Galvão-IFPA

Prof^a. Dr^a. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof.^a Ma. Antônia Edna Silva dos Santos-UEPA

Prof^a. Dr^a. Viviane Dal-Souto Frescura-UFSM

Prof. Dr. José Moraes Souto Filho-FIS

Prof^a. Ma. Luzia Almeida Couto-IFMT

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof^a. Ma. Ana Isabela Mafra-Univali

Prof. Me. Otávio Augusto de Moraes-UEMA

Prof. Dr. Antonio dos Santos Silva-UFPA
Prof^a. Dr. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG
Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM
Prof^a. Dr^a. Tiffany Prokopp Hautrive-Unopar
Prof^a. Ma. Rayssa Feitoza Felix dos Santos-UFPE
Prof. Dr. Alfredo Cesar Antunes-UEPG
Prof. Dr. Vagne de Melo Oliveira-UFPE
Prof^a. Dr^a. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro
Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA
Prof^a. Dr^a. Érima Maria de Amorim-UFPE
Prof. Me. Bruno Abilio da Silva Machado-FET
Prof^a. Dr^a. Laise de Holanda Cavalcanti Andrade-UFPE
Prof. Me. Saimon Lima de Britto-UFT
Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho-UFSJ
Prof^a. Ma. Patrícia Pato dos Santos-UEMS
Prof.^a Dr^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE
Prof. Me. Alisson Junior dos Santos-UEMG
Prof. Dr. Fábio Lustosa Souza-IFMA
Prof. Me. Pedro Augusto Paula do Carmo-UNIP
Prof^a. Dr^a. Dayana Aparecida Marques de Oliveira Cruz-IFSP
Prof. Me. Alison Batista Vieira Silva Gouveia-UFG
Prof^a. Dr^a. Silvana Gonçalves Brito de Arruda-UFPE
Prof^a. Dr^a. Nairane da Silva Rosa-Leão-UFRPE
Prof^a. Ma. Adriana Barni Truccolo-UERGS
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares-UFPI
Prof. Me. Fernando Francisco Pereira-UEM
Prof^a. Dr^a. Cátia Rezende-UNIFEV
Prof^a. Dr^a. Katiane Pereira da Silva-UFRA
Prof. Dr. Antonio Thiago Madeira Beirão-UFRA
Prof^a. Ma. Dayse Centurion da Silva-UEMS
Prof.^a Dr^a. Welma Emidio da Silva-FIS
Prof^a. Ma. Elisângela Garcia Santos Rodrigues-UFPB
Prof^a. Dr^a. Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa-Unimontes
Prof^a. Dr^a. Luci Mendes de Melo Bonini-FATEC Mogi das Cruzes
Prof^a. Ma. Francisca Elidivânia de Farias Camboim-UNIFIP
Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ
Prof^a. Ma. Catiane Raquel Sousa Fernandes-UFPI
Prof^a. Dr^a. Raquel Silvano Almeida-Unespar
Prof^a. Ma. Marta Sofia Inácio Catarino-IPBeja
Prof. Me. Ciro Carlos Antunes-Unimontes
Prof. Dr. Marcos Pereira dos Santos - FAQ/FAEG
Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves - IFF
Prof. Me. Ennio Silva de Souza - IEMA

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros científicos de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO 1	
MANIFESTAÇÕES ORAIS DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA	13
Bruna Peixoto Girard	
Giovana Soares Buzinaro	
Gustavo Moreira Garcia	
Ilana Francisca de Sousa Araújo Albuquerque	
Geovana Martins Lopes	
Marcelo Costa Rodrigues	
Grace Kelly Martins Carneiro	
William Albuquerque Ferreira da Costa	
Jean Carlos Triches	
Lavínia Ferreira da Silva	
Amanda Pereira da Cruz Ribeiro	
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.1	
CAPÍTULO 2	
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REPERCUSÕES FAMILIARES	23
Maria Luana Ferreira Caldas	
Geovanna Renaissa Ferreira Caldas	
Danilo de Freitas Araújo	
Rafaela Caetano da Silva	
Daniel Félix da Silva	
Aniedne Hellen Cavalcanti	
Ana Bessa Muniz	
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.2	
CAPÍTULO 3	
A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE NEUROCRÍTICO.....	35
Raiane da Rocha Figueiredo	
Geovanna Renaissa Ferreira Caldas	
Aniedne Hellen Cavalcanti	
Letícia Gabrielle César de Carvalho Menezes	
Bárbara Lislla de Araújo Pereira	
Renata Mendes do Nascimento	
Solange de Fátima Gomes	
Luana Cristine Gomes da Silva	
Andrio Correa Barros	
Ludmylle Rodrigues Silva França	
Luana Rafaella Sampaio Leal	
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.3	
CAPÍTULO 4	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA APÓS TROCA DE VÁLVULA AÓRTICA.....	49
Vinicius Pereira Lourenço	

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.4

CAPÍTULO 5

IMPACTO DA REGIONALIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA	57
---	-----------

Débora Lorena Melo Pereira

Francilene de Sousa Vieira

Maria Laura Sales da Silva Matos

Brenna Oliveira Leal

Gleciâne Costa de Sousa

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.5

CAPÍTULO 6

USO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA PARA AVALIAR A PREVALENCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS	69
--	-----------

Cristian Reinaldo Arenhardt

Luiza Maria Guimarães de Souza Leite

Mauro Castro de Albuquerque Filho

Rodolfo Barbosa de Freitas

Shimena Targino Rodrigues Simões Brasileiro

Victor Lucas Veras Lins

Edenilson Cavalcante Santos

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.6

CAPÍTULO 7

INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA DINÂMICA FAMILIAR E NO CONVÍVIO SOCIAL DA CRIANÇA.....	85
--	-----------

Erik Bernardes Moreira Alves

Gustavo Tavares de Mello Maruço

Arthur de Morais Lago

Camille Honório Pires

Isadora Thaynara Dias Pinheiro

Aressa Vieira Ribeiro

Josiane Aparecida Fátima Gomes

Tayná Takahashi Abreu

Rayssa Coutinho Diógenes

Camila Pimentel Carrijo Faria

Kaic Ycarim Alves Rafael

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.7

CAPÍTULO 8

A NECESSIDADE DA CONSTANTE ATUALIZAÇÃO NAS NORMATIVAS DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR	93
---	-----------

Erik Bernardes Moreira Alves

Gustavo Tavares de Mello Maruço

Marcielle Francisca Capanema Santana

Arthur de Morais Lago

Thaynara Felipe Lemes

Isabella Messias da Silva
Josiane Aparecida Fátima Gomes
Tayná Takahashi Abreu
Paulo Victor Martins Carneiro
Jordana Ferreira de Brito
Bárbara Ferreira de Brito
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.8

CAPÍTULO 9
REALIZAÇÃO DA PUNÇÃO INTRAOSSEA PELO ENFERMEIRO E SEU RES-PALDO LÉGAL: REVISÃO INTEGRATIVA101

Elton Yann da Silva Mota
Maria Milena Almeida da Costa
Liane Maria Rodrigues dos Santos
Vanessa Moreira da Silva Soeiro
Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira
Lucian da Silva Viana
Elisa Miranda Costa
Carlos Amaral de Sousa Oliveira
Mariana Oliveira Arruda
Evelúcia Soares Pinheiro Carioca
Debora Santos Gomes
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.9

CAPÍTULO 10
A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO HUMANIZADO NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DENTRO DO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR113

Erik Bernardes Moreira Alves
Gustavo Tavares de Mello Maruço
Marianne Aguiar e Silva
Arthur de Moraes Lago
Isadora Thaynara Dias Pinheiro
Kellia de Almeida Vargas
Josiane aparecida Fátima Gomes
Tayná Takahashi Abreu
Rayssa Coutinho Diógenes
Jordana Ferreira de Brito
Bárbara Ferreira de Brito
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.10

CAPÍTULO 11
O MODELO TEÓRICO DE CALLISTA ROY NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ASSOCIADO AO USO DE LINGUAGENS PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM.....121

Liana Priscilla Lima de Melo
Jaiza Sousa Penha
Mayane Cristina Pereira Marques
Andréa Cristina Oliveira Silva
Rosilda Silva Dias

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.11

CAPÍTULO 12

AÇÕES EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA135

Ana Beatriz Alves da Silva
Anderson Fernandes de Carvalho Farias
Giovanna Pedroza
Liz Silva Loureiro
Gerson Pedroso de Oliveira
Maria Luiza Carvalho Paixão
Lilianne Nakayama Bognar
Tamily Kristiny Batista Barroso
Yanes Lara dos Santos Saraiva
Alceste Pomar Schiochet
Wanessa Procópio Goveia de Menezes
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.12

CAPÍTULO 13

O IMPACTO DAS PRÓTESES MAXILOFACIAIS NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE: REVISÃO DE LITERATURA145

Giuliana de Pace Rodrigues
Sara Vieira Medeiros
Maria Júlia de Paula Reis Fernandes Durso
Beatriz Genesia Afonso de Souza
Isabely de Fátima Dalpra Silva
Lara Brasil Reis
Carla Antonielle de Souza
Julia Zanon de Oliveira Costa
Lydia Silva Provinciali
Rute Oliveira dos Santos
Priscila Faquini Macedo
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.13

CAPÍTULO 14

ASPECTOS TRANSCULTURAIS, SOCIAIS E RITUALÍSTICOS DE ADICTOS: A HISTORICIDADE DAS DROGAS SOB O VIÉS DA PSICANÁLISE155

Andrea Almeida Zamorano
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.14

CAPÍTULO 15

TRATAMENTO CLAREADOR DE CONSULTÓRIO ASSOCIADO À LUZ VIO- LETA E SEUS EFEITOS NA MORFOLOGIA DO ESMALTE DENTAL - UMA REVISÃO DE LITERATURA189

Hemanuelly Albuquerque dos Anjos
Julliana Andrade da Silva
Mariana Akemi Pak Lucon
Iana Maria Costa Gonçalves
Débora Alves Nunes Leite Lima
DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.15

APRESENTAÇÃO

Prezad@s,

Satisfação! Esse é o sentimento que vem ao meu ser ao escrever a apresentação deste atraente livro. Não apenas porque se trata do volume 17 da Coleção Pesquisas em Temas de Ciências da Saúde, publicado pela RFB Editora, mas pela importância que essa área possui para a promoção da qualidade de vida das pessoas.

Segundo a Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), fazem parte dessa área: MEDICINA, NUTRIÇÃO, ODONTOLOGIA, FARMÁCIA, ENFERMAGEM, SAÚDE COLETIVA, EDUCAÇÃO FÍSICA, FONOAUDIOLOGIA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Tal área suscita, portanto, uma gama de possibilidades de pesquisas e de relações dialógicas que certamente podem ser relevantes para o desenvolvimento social brasileiro.

Desse modo, os artigos apresentados neste livro - em sua maioria frutos de árduos trabalhos acadêmicos (TCC, monografia, dissertação, tese) - decerto contribuem, cada um a seu modo, para o aprofundamento de discussões na área da Saúde Brasileira, pois são pesquisas germinadas, frutificadas e colhidas de temas atuais que vêm sendo debatidos nas principais universidades nacionais e que refletem o interesse de pesquisadores no desenvolvimento social e científico que possa melhorar a qualidade de vida de homens e de mulheres.

Acredito, verdadeiramente, que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Esse livro é parte da materialização dessa utopia.

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza

Editor-Chefe

CAPÍTULO 1

MANIFESTAÇÕES ORAIS DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ORAL MANIFESTATIONS OF HEMATOLOGICAL DISEASES: A LITERATURE REVIEW

Bruna Peixoto Girard¹
Giovana Soares Buzinaro²
Gustavo Moreira Garcia³
Ilana Francisca de Sousa Araújo Albuquerque⁴
Geovana Martins Lopes⁵
Marcelo Costa Rodrigues⁶
Grace Kelly Martins Carneiro⁷
William Albuquerque Ferreira da Costa⁸
Jean Carlos Triches⁹
Lavínia Ferreira da Silva¹⁰
Amanda Pereira da Cruz Ribeiro¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.1

1 E-mail: brunapeixoto5@hotmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0233-666X>

2 E-mail: giovanaabuzinaro20@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6901-7984>

3 E-mail: gustavomoreiragarcia21@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3720-1848>

4 E-mail: enf.ilana@hotmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0372-0615>

5 E-mail: gemartinslopes@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8993-3648>

6 E-mail: rodriguesmc17@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6606-0538>

7 E-mail: carneirogkm.gc@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6679-8930>

8 E-mail: william.a.costa@edu.unirio.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5251-9363>

9 E-mail: jean.triches@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7127-0193>

10 E-mail: ferreiralavinia28@yahoo.com.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0542-5353>

11 E-mail: amanadapcrib@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7587-910X>

RESUMO

Este estudo possui como objetivo revisar a literatura acerca das manifestações orais e as implicações da mesma na vida do indivíduo, retratando a importância do diagnóstico correto, a fim de que seja estabelecida uma adequada medida terapêutica, proporcionando melhor qualidade de vida nesses pacientes. Para a construção deste artigo foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciVerse Scopus, Scientific Electronic Library Online (Scielo), U.S. National Library of Medicine (PUBMED) e ScienceDirect, com auxílio do gerenciador de referências Mendeley. Os artigos foram contemplados entre os anos de 2010 a 2022. As manifestações da cavidade oral são comuns em pacientes portadores de doenças hematológicas e podem preceder ou ocorrer concomitante às outras manifestações sistêmicas, colaborando com o diagnóstico precoce de tais doenças. Nesse sentido, os profissionais da saúde devem ficar atentos, sobretudo médicos e cirurgiões-dentistas quanto ao diagnóstico e detecção precoce e tais doenças, propiciando assim uma melhora na qualidade de vida, além do aumento na sobrevida dos pacientes.

Palavras-chave: Hematologia. Alterações estomatológicas. Saúde bucal. Diagnóstico.

ABSTRACT

This study aims to review the literature on oral manifestations and their implications in the life of the individual, portraying the importance of the correct diagnosis, in order to establish an adequate therapeutic measure, providing a better quality of life in these patients. For the construction of this article, a bibliographic survey was carried out in the databases SciVerse Scopus, Scientific Electronic Library Online (Scielo), U.S. National Library of Medicine (PUBMED) and ScienceDirect, with the help of the Mendeley reference manager. The articles were covered between the years 2010 to 2022. Oral cavity manifestations are common in patients with hematological diseases and may precede or occur concomitantly with other systemic manifestations, contributing to the early diagnosis of such diseases. In this sense, health professionals should be aware, especially doctors and dentists, regarding the diagnosis and early detection of such diseases, thus providing an improvement in the quality of life, in addition to an increase in the survival of patients.

Keywords: Hematology. Stomatological changes. Oral health. Diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

Em 1986 a I Conferência Nacional de Saúde estabeleceu que a saúde bucal constitui, em toda sua complexidade, parte integrante inseparável da saúde geral do organismo (NEVILLE, 2009; VIRGÍLIO et al., 2011).

Dessa maneira, o cirurgião-dentista, assim como todos os profissionais da saúde devem considerar a que as condições bucais estabelecidas em cada paciente não se restringem apenas a boca, pois, às vezes, representam manifestações locais de doenças sistêmicas, tornando, dessa forma, necessária a avaliação completa do paciente e de suas condições sistêmicas (WANG et al., 2013).

É notório que muitas alterações sistêmicas possuem manifestações nos tecidos orais. Da mesma forma, as doenças hematológicas muitas vezes cursam com alterações da mucosa oral, sendo essas mais frequentes nas anemias e leucemias (WANG et al., 2013).

Diante do exposto e sabendo a importância sobre as doenças hematológicas, este estudo possui como objetivo revisar a literatura acerca das manifestações orais e as implicações da mesma na vida do indivíduo, retratando a importância do diagnóstico correto, a fim de que seja estabelecida uma adequada medida terapêutica, proporcionando melhor qualidade de vida nesses pacientes.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A revisão de literatura permite a busca aprofundada dentro de diversos autores e referenciais sobre um tema específico, nesse caso, as manifestações orais em pacientes portadores de doenças hematológicas (PEREIRA et al., 2018).

A fim de que haja direcionamento na pesquisa delineou-se como questão norteadora: “Quais são as manifestações orais encontradas em pacientes que possuem alterações hematológicas?”

Para a construção deste artigo foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciVerse Scopus, Scientific Electronic Library Online (Scielo), U.S. National Library of Medicine (PUBMED) e ScienceDirect, com auxílio do gerenciador de referências Mendeley. Os artigos foram contemplados entre os anos de 2010 a 2021.

A estratégia de pesquisa desenvolvida para identificar os artigos incluídos e avaliados para este estudo baseou-se nos descritores contidos na lista dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações no idioma português e inglês: [(mucosa oral OR oral mucosa OR boca OR mouth OR mucosa jugal OR cheek mucosa OR língua OR tongue) AND (manifestações clínicas OR clinical findings) AND (leucemia OR leucemia OR linfoma OR lymphoma OR anemia OR anemia OR trombocitopenia OR thrombocytopenia)]

2.1 Critérios de inclusão e exclusão

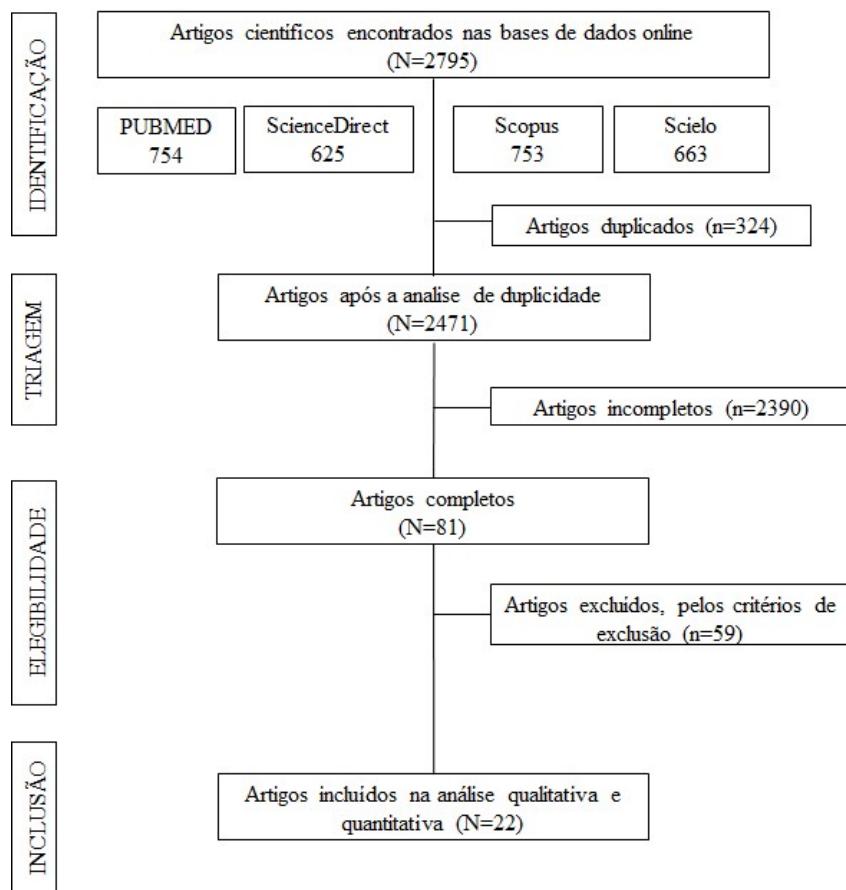
Considerou-se como critério de inclusão os artigos completos disponíveis na íntegra nas bases de dados citadas, nos idiomas inglês e português e relacionados com o objetivo deste estudo. Os critérios de exclusão foram artigos incompletos, duplicados, resenhas, estudos in vitro e resumos.

2.2 Seleção de estudos

A estratégia de pesquisa baseou-se na leitura dos títulos para encontrar estudos que investigassem a temática da pesquisa. Caso contemplasse esse primeiro objetivo, posteriormente, os resumos eram lidos e, persistindo na inclusão, era feita a leitura do artigo completo. Quando havia dúvida sobre a inclusão, o artigo era lido por outro autor e, a decisão de inclusão ou exclusão era tomada em consenso.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na revisão de literatura feita nas bases de dados eletrônicas citadas, foram identificados 2795 artigos científicos, dos quais 324 estavam duplicados com dois ou mais índices. Após a leitura e análise do título e resumos dos demais artigos outros 2390 foram excluídos. Assim, 81 artigos foram lidos na íntegra e, com base nos critérios de inclusão e exclusão, apenas 22 artigos foram selecionados para compor este estudo. O fluxograma com detalhamento de todas as etapas de seleção está na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos estudos.

Fonte: os autores, 2022.

3.1 Anemias

3.1.1 Anemia Ferropriva

A anemia por deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia em todo o mundo. Essa forma de anemia se desenvolve quando a quantidade de ferro disponível para o organismo não acompanha a necessidade de ferro para a produção de células vermelhas do sangue. Esse tipo de anemia ocorre quando há perda excessiva de sangue, aumento da demanda por hemácias, diminuição da ingestão de ferro ou, ainda, pela diminuição da absorção de ferro (OLIVEIRA et al., 2015).

Os pacientes que possuem anemia ferropriva podem se queixar de fadiga, cansaço fácil, palpitações, sensação de desfalecimento ou desmaio iminente e falta de energia. Com relação às manifestações orais, incluem a queilite angular e glossite atrófica, ou a atrofia generalizada da mucosa oral (PERIARD et al., 2019).

O tratamento para a anemia ferropriva, na maioria dos casos, consiste na suplementação de ferro na dieta por meio de sulfato ferroso oral. Em pacientes com

problemas relacionados à má absorção a administração parenteral de fero é considerada uma alternativa. A resposta à terapia geralmente é imediata, com os parâmetros de células vermelhas voltando ao normal dentro de 1 a 2 meses (V. M. BUY-ANOV, 2020).

3.1.2 *Anemia Perniciosa*

É uma condição incomum que ocorre com maior frequência entre pacientes idosos. A doença é uma anemia megaloblástica causada pela má absorção de vitamina B12 e/ou ácido fólico. Esses dois nutrientes são muito importantes, pois atuam como coenzimas em reações que ocorrem na síntese de DNA. Existem medicamentos, condições sistêmicas e fatores comportamentais que também interferem no metabolismo da vitamina B12, da homocisteína e do ácido fólico (ADEYEMO et al., 2011; LIBERSA et al., 2002)

A anemia ameloblastica é um processo autoimune caracterizado pela destruição das células parietais e consequentemente do fator intrínseco que é essencial para a absorção de vitamina B12 (GALVÃO; ALMEIDA, 2008).

Em relação às queixas sistêmicas, os pacientes com anemia perniciosa frequentemente relatam fadiga, fraqueza, dificuldade de respirar, dores de cabeças e sensação de desmaio. Dificuldade de caminhar e a diminuição da sensibilidade vibratória e da noção de posição podem estar presentes. Sintomas psiquiátricos como perda de memória, irritabilidade, depressão e demência também foram descritos (ALTIKAT; CIFTÇI; BÜYÜKOKUROĞLU, 2002).

Com relação aos sintomas orais, frequentemente consistem na sensação de queimação da língua, dos lábios e da mucosa jugal, ou de outros sítios. A queilite é o sinal precoce e característico da doença, que resulta de inflamação e hiperceratose no ângulo da boca (CHEKROUN et al., 2019).

3.1.3 *Anemia falciforme*

A anemia falciforme é uma doença genética e hereditária, predominante em negros e em pacientes pediátricos, mas que também pode manifestarse nos brancos. Ocorre a formação de uma hemoglobina anormal (HbS), devido a troca dos aminoácidos valina e glutamina durante a formação da sua cadeia beta. Entre as razões da anemia em crianças, encontram-se o baixo nível socioeconômico, a prematuridade/baixo peso de nascimento, a escassa ingestão de ferro em crianças com menos de 2 anos e o desmame precoce (WANG et al., 2013).

As manifestações orais envolvem palidez da mucosa, coloração amarelada dos tecidos, alterações radiográficas, retrocesso na erupção dos dentes, desordens da mineralização do esmalte e da dentina, alterações das células superficiais da língua, maloclusões, hiper cementose e um grau de periodontite infrequente nas crianças. Alterações ortofaciais que geram disfunções respiratórias e mastigatórias, o que contribui para a má oclusão. Além disso, a hiperplasia medular compensatória pode ocasionar a expansão da maxila. Osteomielite mandibular é a mais comum das complicações da anemia falciforme, com um envolvimento em 79% a 100% dos casos (YAMAGISHI et al., 2017).

3.1.4 Anemia Aplásica

A anemia aplásica é um distúrbio hematológico raro e que ameaça a vida, caracterizado pela falha na produção de números adequados de todos os tipos de células sanguíneas pelas células precursoras hematopoiéticas na medula óssea (VALIM et al., 2015).

Os achados orais relacionados à anemia aplásica incluem hemorragia gengival, petequias, púrpura e equimose. Além disso, a mucosa oral pode apresentar-se pálida ao exame físico. As ulcerações orais associadas à infecção, particularmente aquelas que envolvem os tecidos gengivais, podem estar presentes. Eritema mínimo é geralmente associado à periferia das úlceras. Hiperplasia gengival também tem sido relatada em associação com a anemia aplásica (BRAGA et al., 2003; NEVILLE, 2009).

3.2 Trombocitopenia

A trombocitopenia é uma desordem hematológica caracterizada por um número marcadamente diminuído de plaquetas sanguíneas circulantes. Alguns fatores relacionados à diminuição das plaquetas envolvem sua produção reduzida, destruição aumentada ou, ainda, sequestro no baço (ARLEN DA SILVA FREIRE et al., 2016; NEVILLE, 2009).

A condição muitas vezes é inicialmente detectada pela presença de lesões orais. Eventos traumáticos menores ocorrem continuamente na mucosa oral durante a mastigação e deglutição da comida. Além disso, também pode ocorrer petequias, equimose, hematoma e/ou hemorragia gengival espontânea (ARLEN DA SILVA FREIRE et al., 2016; NEVILLE, 2009).

3.3 Leucemia

A leucemia representa vários tipos de malignidade na derivação das células-tronco hematopoiéticas. São um tipo de câncer muito comum em crianças e adolescentes e a cavidade oral frequentemente é comprometida por suas manifestações que podem estar presentes no estágio inicial da doença, tendem a aumentar a sua intensidade quando instituída a terapia antileucêmica, como consequência da imunossupressão, e a desaparecer com a sua remissão. As leucemias são divididas em dois grupos quanto a sua manifestação: agudas e crônicas (ANTONINI; LEMES; MOZZINI, 2019; NEVILLE, 2009)

Pacientes leucêmicos podem reclamar de equimoses fáceis e sangramento, problemas causados pela falta de plaquetas sanguíneas (trombocitopenia), resultantes da expulsão de megacariócitos da medula. Petéquias hemorrágicas no palato duro posterior e no palato mole podem ser observadas e podem ser acompanhadas por hemorragia gengival espontânea (COSTA; SILVA; MACEDO, 2011; NEVILLE, 2009).

Ulceração da mucosa oral está frequentemente presente como resultado da habilidade prejudicada do hospedeiro em combater a flora microbiana normal. Geralmente, a mucosa gengival é a mais severamente afetada devido à abundância de bactérias normalmente presentes em volta dos dentes. As úlceras neutropênicas produzidas são tipicamente lesões profundas, perfuradas, com base necrótica cinza-esbranquiçada. A candidíase oral é frequentemente uma complicação da leucemia, envolvendo a mucosa oral difusamente. Infecções herpéticas são as lesões virais mais comuns e podem envolver qualquer área da mucosa oral em vez de estarem confinadas a mucosa ceratinizada, como em pacientes imunocompetentes (COSTA; SILVA; MACEDO, 2011; NEVILLE, 2009).

3.4 Linfoma

Os linfomas são neoplasias que se originam no tecido linfoide e que eventualmente infiltram a medula óssea e outros tecidos. Possuem duas subdivisões, o Linfoma de Hodgkin e o Linfomas não Hodgkin (NEVILLE, 2009; VIRGÍLIO et al., 2011).

Apesar de ser raro, os linfomas não Hodgkin podem acometer o palato, língua, assoalho da boca, gengiva, mucosa bucal, lábios, tonsilas palatinas, amígdalas linguais ou orofaringe, ocorrendo mais comumente manifestações na gengiva e intraósseas na mandíbula, palato e maxila. Quando as lesões orais estão presentes, na

maioria das vezes sua resolução ocorre de forma rápida e na maioria das vezes estão relacionadas a doença disseminada, sendo raras manifestações primárias (NEVILLE, 2009; VIRGÍLIO et al., 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, esse estudo objetivou revisar a literatura acerca das manifestações orais das doenças hematológicas.

As manifestações da cavidade oral são comuns em pacientes portadores de doenças hematológicas e podem preceder ou ocorrer concomitante às outras manifestações sistêmicas, colaborando com o diagnóstico precoce de tais doenças. Nesse sentido, os profissionais da saúde devem ficar atentos, sobretudo médicos e cirurgiões-dentistas quanto ao diagnóstico e detecção precoce e tais doenças, propiciando assim uma melhora na qualidade de vida, além do aumento na sobrevida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ADEYEMO, T. A. et al. Orofacial manifestations of hematological disorders: anemia and hemostatic disorders. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*, v. 22, n. 3, p. 454-461, 2011.
- ALTIKAT, S.; CIFTÇI, M.; BÜYÜKOKUROĞLU, M. E. In vitro effects of some anesthetic drugs on enzymatic activity of human red blood cell glucose 6-phosphate dehydrogenase. *Polish journal of pharmacology*, v. 54, n. 1, p. 67-71, 2002.
- ANTONINI, M. F.; LEMES, L. T. DE O.; MOZZINI, C. B. Manifestações Orais da Leucemia no Momento do Diagnóstico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 64, n. 2, p. 227-235, 2019.
- ARLEN DA SILVA FREIRE, A. et al. Manifestações Bucais Em Pacientes Submetidos a Tratamento Quimioterápico No Hospital De Câncer Do Acre Bucal Manifestations in Patients Submitted To Chemotherapeutic Treatment in the Cancer Hospital of Acre. *Journal of Amazon Health Science*, v. 2, n. 1, 2016.
- BRAGA, J. A. P. et al. Púrpura trombocitopênica imunológica como manifestação inicial de lúpus eritematoso sistêmico juvenil. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 43, n. 6, p. 392-396, 2003.
- CHEKROUN, M. et al. Oral manifestations of sickle cell disease. *British dental journal*, v. 226, n. 1, p. 27-31, jan. 2019.
- COSTA, S. DE S.; SILVA, A. DE M.; MACEDO, I. DE A. B. M. Knowledge of Oral Manifestations of the Leukemia and Protocol for Dental Care. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 23, n. 1, p. 78-8, 2011.

GALVÃO, V.; ALMEIDA, V. DE. Queilite angular: sinais, sintomas e tratamento / Angular queilite: signs, symptoms and treatment. **IJD. International Journal of Dentistry**, v. 6, n. 2, p. 55–57, 2008.

LIBERSA, P. et al. Immediate and late mandibular fractures after third molar removal. **Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 60, n. 2, p. 163–166, fev. 2002.

NEVILLE, B. W. D. D. C. A. J. B. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 3. ed. [s.l: s.n.].

OLIVEIRA, K. K. V. DE et al. MANIFESTAÇÕES ORAIS NAS DOENÇAS HEMATOLÓGICAS: revisão de literatura. **Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde**, p. 216–235, 2015.

PEREIRA, A. et al. **Método Qualitativo, Quantitativo ou Quali-Quanti**. [s.l: s.n.].

PERIARD, F. M. et al. Anemia falciforme e suas manifestações orais de interesse clínico : revisão de literatura. p. 2019, 2019.

V. M. BUYANOV. Manifestações orofaciais de anemias: características para uma abordagem odontológica Orofacial manifestations of anemia: characteristics for a dental approach Manifestaciones orofaciales de las anemias: características para un enfoque dental. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1–18, 2020.

VALIM, V. et al. Recomendações para o tratamento da síndrome de Sjögren. **Revisa Brasileira de Reumatologia**, v. 55, n. 5, p. 446–457, 2015.

VIRGÍLIO, E. et al. Linfomas – Manifestações Orais e Maxilofaciais. **Prática Hospitalar**, v. 78, p. 32–37, 2011.

WANG, Y.-P. et al. Oral manifestations and blood profile in patients with thalassemia trait. **Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi**, v. 112, n. 12, p. 761–765, dez. 2013.

YAMAGISHI, J. A. et al. Anemia Ferropriva: Diagnóstico E Tratamento. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 8, n. 1, p. 99–110, 2017.

CAPÍTULO 2

CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REPERCUSSÕES FAMILIARES

*CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER:
FAMILY REPERCUSSIONS*

Maria Luana Ferreira Caldas¹
Geovanna Renaissa Ferreira Caldas²
Danilo de Freitas Araújo³
Rafaela Caetano da Silva⁴
Daniel Félix da Silva⁵
Aniedne Hellen Cavalcanti⁶
Ana Bessa Muniz⁷

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.2

¹ E-mail: geovannacaldas@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9527841510122388>

² E-mail: luana.lac.lac@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1733-0009>

³ E-mail: danilodefreitas_1@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3475301571535337>

⁴ E-mail: irafaelacaetano@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5369-6564>

⁵ E-mail: dandanfelixs@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3458-4895>

⁶ E-mail: aniedneh@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3657-1625>

⁷ E-mail: bessa.muniz@unesp.br, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4414-9854>

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se analisar e descrever a influência do diagnóstico e do cuidado da criança com o TEA no ambiente familiar. Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, efetuada nas bases de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DECS), em associação ao operador booleano: Autismo Infantil AND Família AND Cuidado. Resultados: Os achados apontam que a família apresenta papel relevante no cuidado a criança com o TEA, sendo a mãe a principal cuidadora, mesmo a maioria não se encontrando preparada para esse diagnóstico. Conclusão: evidenciou-se que essa necessidade de atenção acarreta diversos problemas e conflitos familiares, advindos de superproteção e preconceitos, mas que apesar da importância da temática o assunto é pouco abordado na visão da própria criança.

Palavras-chave: Autismo. Criança. Saúde Mental. Autismo Infantil.

ABSTRACT

Objective: The objective was to analyze and describe the influence of the diagnosis and care of children with ASD in the family environment. **Method:** This is an integrative literature review, carried out in the databases Online System for Search and Analysis of Medical Literature (MEDLINE) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), using the Descriptors in Science of Health (DECS), in association with the Boolean operator: Infantile Autism AND Family AND Care. **Results:** The findings indicate that the family has a relevant role in caring for the child with ASD, with the mother being the main caregiver, even though most are not prepared for this diagnosis. **Conclusion:** it was evidenced that this need for attention causes several problems and family conflicts, arising from over-protection and prejudice, but that despite the importance of the theme, the subject is little addressed in the child's own view.

Keywords: Autism. Kid. Mental health. Infantile Autism.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio que ocasiona manifestações desde os primeiros dias de vida, apresentando um déficit na interação social, comunicação, linguagem e no comportamento, ou seja, crianças com esse quadro possuem uma dificuldade em habilidades de se relacionar, escrever, falar, ler e compreender, ainda apresentando uma dependência nas questões de habili-

dades básicas do nosso dia a dia, como realizar o autocuidado. Essas autonomias e capacidades variam conforme os ensinamentos, ajudas e estimulações dos pais: quanto menos compreenderem a situação ou superprotegerem, será maior o risco, o comprometimento e o grau (RODRIGUES et al., 2017).

Segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014) as características presentes no transtorno do espectro autista são demonstradas em critérios, citando-se prejuízo na comunicação social e na interação social (Critério A), padrões repetitivos de comportamento ou atividades (Critério B) e sintomas presentes desde o início da infância limitando desempenho social (Critérios C e D).

Mesmo com todo o avanço de conhecimentos sobre o espectro com o passar dos anos, as suas causas e origem ainda são desconhecidas. Considera-se que a etiologia é multicausal, envolvendo a genética, fatores neurológicos e fatores sociais (PINTO et al., 2016).

Uma das hipóteses cita a possibilidade de ser consequência de um pré-natal mal realizado, com presença de falhas e erros durante a efetivação da consulta, falta de atenção em comprometimento nos sinais neurológicos e apetência simbólica, produzindo pouca ou nenhuma resposta durante as investidas parentais (AMBROS et al., 2017).

Crianças com o autismo apresentam sinais que podem ser identificados desde muito novos, sendo então, de extrema importância a observação das crianças durante os primeiros anos de vida. Pode-se evidenciar comportamentos repetitivos, atuando de forma constantemente padronizada, além da possibilidade de comprometer o intelecto (ROCHA et al., 2019).

Sua identificação possui um caráter difícil, pois o distúrbio não possui testes laboratoriais ou marcadores biológicos que possibilitam uma diferenciação para sua detecção. Dessa forma, ao observar e identificar precocemente o espectro, os resultados e a evolução do quadro apresentam-se com um bom prognóstico, podendo alcançar melhora no desenvolvimento e comportamento (COELHO-MEDEIROS et al., 2019).

Em decorrência disso, é possível compreender que o recebimento desse diagnóstico provoca um estado de desafios para a criança, a família e os profissionais de saúde, pois desencadeia diversas mudanças no dia-a-dia da família, carecendo de maior atenção, gastos financeiros, maior necessidade de tempo e cuidado (PINTO et al., 2016).

Esses familiares, ao receberem o diagnóstico, se encontram em uma sequência de estágios baseados em todo o processo de assistência: impacto ao saber sobre o transtorno, negação perante todas as dificuldades que a criança irá apresentar, luto, enfoque externo e encerramento, em pertinência aos complexos sentimentos (PIN-TO et al., 2016).

Compreende-se, então, que esse tipo de revelação traz à tona um período extremamente complexo, desafiador e de trabalho contínuo para essa família. Em busca de auxiliar no processo do cuidar, muitos acabam atuando como terapeutas e/ou professores dos próprios filhos, deixando de lado os seus principais papéis, como mães e pais (MARTINI, 2019).

Habitualmente, as mães passam a dedicar todo o seu tempo e todo o seu esforço em agir perante as vulnerabilidades e dependências apresentadas pelo filho, acumulando muitas obrigações, funções e sobrecargas físicas e psicológicas (SILVA et al, 2018).

Em busca de alternativas frente a criança com o espectro autista, cita-se o estilo parental permissivo e protetor, que pode ser exemplificado pela forma como os pais se relacionam com seus filhos de forma indulgente, relutantes em se impor como progenitores, demonstrando medo de negativar ou desapontar. Esse estilo define-se como algo negativo, pois gera um cuidado excessivo, podendo influenciar no desenvolvimento funcional, comunicativa e social da criança (CARMO; ZANETTI; SANTOS, 2019).

Diante da problemática apresentada, evidenciou-se a seguinte questão norteadora: Qual o papel dos familiares no dia a dia das crianças com autismo? Como o diagnóstico afeta essa família?

A relevância desse estudo destaca a importância de entender o autismo, conhecendo suas dificuldades e limitações, sem proporcionar superproteção sobre a criança, de forma que seja percebido que toda a família pode ser afetada, dependendo da maneira como a criança com o diagnóstico é tratada.

Deste modo, a pesquisa teve como objetivo descrever a influência do diagnóstico e do cuidado da criança com o Transtorno do Espectro Autista no ambiente familiar.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse Neste tipo de revisão, se torna necessário o esclarecimento do tema proposto mediante um levantamento da literatura, realizado através do resgate de um levantamento de dados e de materiais relevantes sobre a temática. Ou seja, é um processo de seleção de materiais que já foram publicados, delimitando um problema claro e preciso a ser investigado e determinando um objetivo para delineamento do estudo (GIL, 2008).

Para obtenção dos documentos, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os seguintes Descritores em Ciência da Saúde, em associação ao operador booleano: “Autismo Infantil AND Família AND Cuidado”.

Os critérios de inclusão dos artigos utilizados: estudos que se apresentassem nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2015 a 2020, que estivessem disponíveis na íntegra e que abordassem a temática central da pesquisa. Como critérios de exclusão cita-se: artigos duplicados, artigos incompletos ou com apenas o resumo disponível revisões de literatura e com resultados inconclusivos.

Após aplicação dos critérios, realizou-se o download e leitura para a seleção dos estudos e coleta dos dados que foram transcritos no Quadro 01, verificando-se os seguintes dados: autores, ano de publicação, objetivo geral, amostra ou método e periódico no qual foi publicado, para análise posteriormente.

3 RESULTADOS

De A busca resultou em um total de 70 artigos. Após emprego dos critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente, restaram 30 estudos, e desses, 25 encontravam-se na base de dados MEDLINE e 5 na base de dados LILACS. Desse quantitativo, 20 foram produzidos na língua inglesa e 10 na língua portuguesa.

Após a leitura e verificação dos estudos encontrados, foram excluídos 20 estudos por não apresentarem apenas o resumo na íntegra, permanecendo 10 artigos que abordavam a temática proposta do estudo. Esses serão expostos e descritos nos quadros a seguir:

Quadro 1 - Caracterização dos achados da literatura resultantes do levantamento

AUTOR	OBJETIVO	PERIODICO	ACHADOS
Vieira; Portes, 2020.	Compreender a percepção dos pais com filhos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista, e de sua relação coparental	Psicologia em Estudo (online)	Fundamentando-se nos relatos dos casais pode-se perceber que, apesar dos desafios envolvidos na criação de um filho com TEA, eles conseguem encontrar estratégias de monitoramento dos comportamentos a serem adotados com crianças. Há reconhecimento no desequilíbrio na divisão de tarefas entre os casais, fato reconhecido pelos dois membros. As mães sentem-se sobrecarregadas com o cuidado excessivo.
Azevedo , Cia, Spinazola, 2019.	Analisa a relação conjugal com a rotina familiar; qualidade de vida, necessidades parentais e satisfação com suporte social recebido.	Revista Brasileira de Educação Especial	Quanto maior a harmonia na relação do casal, melhores foram os resultados no cuidado dentro do âmbito familiar, pois ocorriam reuniões e conversas em maior frequência, demonstravam menor necessidade de apoio ou ajuda de fora, realizando um melhor cuidado e garantindo maior qualidade de vida da criança com necessidades especiais.
Hofzmann et al, 2019.	Objetiva conhecer a experiência dos familiares no convívio de crianças com TEA.	Revista Enfermagem em Foco	Com base na análise dos dados surgiram três categorias: a descoberta do autismo por parte das famílias; as experiências dos familiares após o diagnóstico do autismo; e o atendimento em saúde da criança com autismo. Sobre as experiências, os familiares descrevem diversas sensações, dentre aceitação, negação, impotência. Abordam também as dificuldades financeiras e as pequenas vitórias do dia a dia, relacionadas à evolução do quadro da criança.

Correa; Simas; Portes, 2018.	Investigar as metas de socialização e estratégias de ação de mães de crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA).	Revista brasileira de educação especial	Destaca-se as diferenças nos papéis realizados pelo pai e pela mãe. A mãe fica como a responsável principal nos cuidados com a criança, o pai exerce a função de provedor financeiro e permanece pouco tempo com a criança. As estratégias de ação se refere ao papel dos genitores como modelo. Os principais cuidadores são as mães: essas apresentam necessidade de superproteger o filho, usando como alternativa o isolamento social, mantendo contato da criança apenas com familiares.
Mapelli et al, 2018.	Entender a experiência vivenciada pela família no cuidado da criança com Transtorno do Espectro Autista e debater as possibilidades cuidado na saúde.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	As mães se colocam como principais cuidadoras, organizando a dinâmica familiar, que leva em consideração as necessidades da criança com TEA. O pai permanece na retaguarda da participação do cuidado da criança. A dificuldade de aceitação do diagnóstico é manifestada por sentimento de culpa, negação, insegurança e desesperança pela família.
Cezar, Smeha, 2016.	Compreender as repercussões de ter um irmão com autismo na trajetória de vida de sujeitos adultos.	Estudos de Psicologia	Os irmãos, mesmo também sendo crianças ou adolescentes, conseguiam identificar alguns sinais característicos do autismo, sem saber o que significava. Em relação aos sentimentos, eles relatam não gostar dessa diferenciação de atenção, mas sempre tentam entender que a situação do irmão requer cuidados diferentes. Em decorrência da sobrecarga que as mães sentem, muitos filhos acabam por abdicar da vida particular para ajudar no cuidado da criança com o TEA ou nas tarefas da casa.

Filho et al, 2016.	Analisar a participação da família no cuidado da criança com o espectro autista.	Saúde em Foco	A família não está preparada para cuidar de uma criança autista, pois é uma situação nova e repentina no contexto familiar. Muitas vezes as famílias acabam tratando a criança como alguém incapaz, gerando preocupações constantes e superproteção. Isso acaba se modificando para alguns com o passar do tempo, quando começam a ver a criança naturalmente e entendem suas limitações.
Pinto et al, 2016.	Analisar o contexto da revelação do diagnóstico do autismo e o impacto deste nas relações familiares.	Revista Gaucha de Enfermagem	A forma como a criança é tratada do dia a dia pela família é considerada um aspecto relevante frente ao diagnóstico, considerando ainda a importância da aceitação pela família, diminuindo os impactos sofridos e tornando as relações mais sólidas. Também pode provocar afastamentos por preconceitos, especialmente dos familiares paternos, e proporcionar sentimentos de ciúmes de irmãos pela superproteção que os pais têm com o autista, deixando-os de lado ou demonstrando menos afetividade e gerando conflitos.
Tabaqui m et al, 2015.	O objetivo deste estudo foi identificar a relação do padrão de independência da criança com TEA e o nível de autoeficácia do seu cuidador.	Psicopedagogia	O papel de cuidar dos filhos, sobretudo aqueles portadores de cuidados especiais, é delegado às mães ou às mulheres, que constituem 84,6% da amostra os resultados demonstram que os cuidadores possuem um bom índice de autoeficácia. As pontuações feitas pelo Índice de Katz evidenciam que poucas crianças eram dependentes, a maioria com necessidades de assistência, ou mesmo, independentes.

Van Tongerloo et al, 2015.	Determinar as experiências dos pais que tiveram um filho com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e que tipo de apoio os pais gostariam de receber na atenção primária.	Family Practice	Evidenciou-se deficiências nos pais como cuidadores do filho afetado, onde esses relataram culpa pelo diagnóstico, sentiram-se incapazes para realizar o cuidado que estava além de suas capacidades.
----------------------------	--	-----------------	---

Fonte: próprios autores

4 DISCUSSÕES

O recebimento do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista é considerado um forte impacto para a criança e toda a sua família. Mapelli et al. (2018) identifica que no momento de descoberta do transtorno, as famílias passam a se sentir desconfortáveis ao sair para espaços públicos com a criança, pois geralmente elas não se sentem bem tendo contato com muitas pessoas ou se incomodam facilmente com barulhos. Isso acaba gerando na família a ideia de que o isolamento social é a opção, mantendo o contato de forma exclusiva entre os familiares.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Correa; Simas; Portes (2018) reforçam que em decorrência do diagnóstico do autismo, as mães se veem na necessidade de proteger os filhos de tudo, impedindo-os de ter convívio com outras pessoas fora do círculo familiar, citando novamente a ideia de realizar o isolamento social.

Esse isolamento pode proporcionar adoecimento mental, suporte social não reagente, sensações de desprezo, abandono, falta de confiança e receio constante (PEREIRA; FERNANDES; RELVA, 2018).

Sendo assim, Filho et al. (2016) discorre sobre o fato das famílias não estarem preparadas para o recebimento do diagnóstico e para o cuidado da criança com o transtorno. Em muitos dos casos, os familiares tratam-na como uma incapaz, provocando apreensões e inquietações a todo instante, gerando uma grande superproteção.

No momento de receber o diagnóstico, as famílias passam por um estado de choque, entre oscilações de aceitar e rejeitar a condição, carecendo de apoio e acomodamento durante essa fase de luto (MAIA; et al, 2016).

Em relação ao cuidado prestado no dia a dia da criança autista, a partir de um estudo de Tabaquim; Vieira; Razera (2015) foi possível reconhecer alguns dados sobre quem seriam esses cuidadores, sendo que mais de 80% dos indivíduos da amostra foram indicados como sendo do sexo feminino. Enquanto o estudo de Correa; Simas; Portes (2018) evidenciou dados mais precisos sobre quem seriam esses cuidadores, apresentando, assim, que a maioria são as próprias progenitoras.

De forma comparativa, Mapelli et al. (2018) trouxe diferenças entre a atuação dos familiares, sendo a mãe preconceito do transtorno, principalmente os familiares paternos, gerando sentimentos negativos para ela. Analisando, então, que muitas das vezes o preconceito e a falta de aceitação iniciam-se dentro de casa, sucedido dos próprios familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família apresenta um papel relevante no cuidado a criança com o Transtorno do Espectro Autista, sendo a mãe a principal cuidadora. Segundo os estudos levantados, a maioria não se encontra preparada para esse tipo de diagnóstico, pois é extremamente exaustivo, exige muito tempo e atenção especial. Assim, evidenciou-se que essa necessidade de atenção acarreta diversos problemas e conflitos familiares, visto que os pais ofertam todo o seu tempo somente para aquela criança.

Foi possível demonstrar que o autismo é visto como algo a se ter medo, a manter distância e que muitas das vezes, esse preconceito inicia dentre a família, afetando a criança e gerando sofrimento.

Notou-se que além de todo o impacto negativo, a família realiza um papel extremamente importante de forma positiva no cuidado dessa criança, atuando em todas as necessidades, auxiliando no desenvolvimento e apoiando todas as evoluções e conquistas, constituindo a base e o ponto de proteção e assistência.

O estudo apresentou limitações quanto à quantidade de artigos científicos disponíveis na íntegra, já que a maioria se evidenciava somente de forma paga, sendo necessário a contratação de periódicos para o acesso e a leitura dos documentos completos.

Acerca da proposta abordada, destaca-se a carência de artigos visando a perspectiva do pai, pois a maioria dos textos encontrados destacava a perspectiva da mãe no âmbito familiar, além da falta de escritos sobre a perspectiva da criança, sendo necessário em estudos futuros, identificar as carências e impactos sofridos pelo autista, através da análise centrada nas crianças com o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- AMBROS, T.M.B.; et al. A musicalização como intervenção precoce junto a bebê com risco psíquico e seus familiares. **Rev. Latino am. psicopatol. fundam.**, São Paulo , Vol. 20, n. 3, p. 560-578, July 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZEVEDO, T.L.; CIA, F.; SPINAZOLA, C.C. Correlação entre o Relacionamento Conjugal, Rotina Familiar, Suporte Social, Necessidades e Qualidade de Vida de Pais e Mães de Crianças com Deficiência. **Rev. bras. educ. espec.** volume 25 n.2. Bauru, 2019.
- CARDOSO, M.F.; FRANÇOZO, M.F.C. Jovens irmãos de autistas: expectativas, sentimentos e convívio. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, Vol. 41, n. 2, p.87-98, 2015.
- CARMO, M.A.; ZANETTI, A.C.G., SANTOS, P.L. O ambiente familiar e o desenvolvimento da criança com autismo. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, Vol. 13, n.1, p. 206-15, jan., 2019.
- CEZAR, P.K.; SMEHA, L.N. Repercussões do autismo no subsistema fraterno na perspectiva de irmãos adultos. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, vol.33, n.1, Jan./Mar., 2016.
- COELHO-MEDEIROS, M.E.; et al. Validación del M-CHAT-R/F como instrumento de tamizaje para detección precoz en niños con transtorno del espectro autista. **Rev. chil. pediatr.** Vol. 90, n.5, p. 492-499, Oct., 2019.
- CORREA, B.; SIMAS, F.; PORTES, J.R.M. Metas de Socialização e Estratégias de Ação de Mães de Crianças com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista. **Rev. Brasileira de Educação Especial**; vol.24, n.2. Bauru Apr/June, 2018.
- FERREIRA, M.; SMEHA, L.N. A experiência de ser mãe de um filho com autismo no contexto da monoparentalidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.24, n.2, p. 462-481, Ago., 2018.
- FILHO, A.L.M.M.; et al. A importância da família no cuidado da criança autista. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v.3, n.1, p.66-83, 2016.
- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- HOFZMANN, R.R.; et al. Experiência dos familiares no convívio de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). **Enferm. Foco**, Vol.10, n.2, p. 64-69, 2019.
- LUZ, M.H.S.; GOMES, C.A.; LIRA, A. Narrativas sobre a inclusão de uma criança autista: desafios à prática docente. **Educación** Vol. XXVI, n.50, pp. 123-142; marzo, 2017.

MAIA, F.A.; et al. Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, Vol.24, n.2, p.228-234, 2016.

MAPELLI, L.D.; et al. Criança com transtorno do espectro autista: cuidado da família. **Esc. Anna Nery**, Vol.22, n.4, 2018.

MARTINI, A.M.R. A chegada do estrangeiro: Grupo de família – Construindo pontes. **Vínculo**. São Paulo, Vol.16, n.1, jan./jun., 2019.

PEREIRA, A.I.L.; FERNANDES, O.M.; RELVA, I.C. Sintomatologia psicopatológica e suporte social em pais de crianças portadoras de perturbação do espetro do autismo. **Aná. Psicológica**. Lisboa, v.36, n.3, p.327-340, set. 2018

PINTO, R.N.M.; et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Rev Gaúcha Enferm**. Vol.37, n.3. Set, 2016.

PORTESES, J.R.M.; VIEIRA, M.L. Coparentalidade no contexto familiar de crianças com transtorno do espectro autista. **Psicologia em Estudo**, Vol.25, 2020.

ROCHA, C.C.; et al. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. **Physis**, Vol.29, n.4, 2019.

RODRIGUES, S.M.P.; et al. Autocuidado da criança com espectro autista por meio das Social Stories. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol.21, n.1, 2017.

SILVA, S.E.D.; et al. A família, o cuidar e o desenvolvimento da criança autista. **J. Health BiolSci**. Vol.6, n.3, p.334-341, 2018.

SILVA, W.N.; ROCHA, A.N.D.C.; FREITAS, F.P.M. Perfil de crianças com transtorno do espectro autista em relação à independência nas atividades de vida diária. **Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**, Vol.5, n.2, p.71-84, Jul.-Dez., 2018.

TABAQUIM, M.L.M.; VIEIRA, R.G.S.; RAZERA, A.P.R. Autoeficácia de cuidadores de crianças com o transtorno do espectro autista. **Revista Psicopedagogia**, Vol.32, n.99, p. 285-292, 2015.

TSAI H-W.J.; et al. Siblings' experiences of growing up with children with autism in Taiwan and the United Kingdom. **Research in Developmental Disabilities**, Vol.83, p. 206-216, 2018.

VAN TONGERLOO, M.A.M.M., et al. Raising a child with an Autism Spectrum Disorder: "If this were a partner relationship, i would have quit ages ago." **Family Practice**. Vol.32, n.1, p. 88-93, 2015.

CAPÍTULO 3

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE NEUROCRÍTICO

*THE PERFORMANCE OF THE NURSING TEAM IN FRONT
OF THE NEUROCRITICAL PATIENT*

Raiane da Rocha Figueiredo¹
Geovanna Renaissa Ferreira Caldas²
Aniedne Hellen Cavalcanti³
Letícia Gabrielle César de Carvalho Menezes⁴
Bárbara Lislla de Araújo Pereira⁵
Renata Mendes do Nascimento⁶
Solange de Fátima Gomes⁷
Luana Cristine Gomes da Silva⁸
Andrio Correa Barros⁹
Ludmylle Rodrigues Silva França¹⁰
Luana Rafaella Sampaio Leal¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.3

1 E-mail: belem.inaiar@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4327675258894897>

2 E-mail: geovannacaldas@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9527841510122388>

3 E-mail: aniedneh@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3657-1625>

4 Email: leticiacesar1804@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7287-950X>

5 Email: barbara_lislla@outlook.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6718141933027178>

6 Email: renata.mendesn@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2754233194730752>

7 Email: solange_enfermeira2008@hotmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0493-835X>

8 Email: luanachristine_13@live.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0380-4819>

9 Email: andriobarros@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9280692098621273>

10 Email: ludmylefranca@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7719-9826>

11 Email: lealluana71@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8223-8471>

RESUMO

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo determinar qual a atuação da equipe de enfermagem frente ao paciente neurocrítico. Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com utilização do protocolo PRISMA para identificação e seleção dos estudos. Realizou-se buscas nas bases de dados SciELO e LILACS, apresentando uma totalidade de 72 estudos. Após critérios de inclusão e exclusão, restaram em um total de 09 artigos para confecção do presente documento. Resultados: Em relação a plano de cuidados, pode-se incluir o monitoramento da PIC, do metabolismo e do oxigênio do cérebro, além de práticas assistenciais mais simples como a mensuração dos sinais vitais (Pressão Arterial, Temperatura, Frequência cardíaca e Frequência Respiratória), a monitoração da glicemia, da posição do paciente em relação à cama e o seu estado nutricional. Conclusão: Conclui-se então, que a equipe de enfermagem possui um forte papel como atuante frente a esse processo de cuidado, demonstrando-se como sendo profissionais de destaque e grande valor para a estabilização do quadro, acompanhamento do paciente, avaliação dos resultados da terapêutica e o processo de reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem. Neurológico. Cuidado. Neurocrítico.

ABSTRACT

Objective: The present study aims to determine the role of the nursing team in the face of neurocritical patients. **Method:** This is an integrative literature review, using the PRISMA protocol for identification and selection of studies. The searches were carried out in the SciELO and LILACS databases, presenting a total of 72 studies. After the inclusion and exclusion criteria, 09 articles remained for the preparation of this document. **Results:** Regarding the care plan, monitoring of ICP, metabolism and cerebral oxygen can be included, in addition to simpler care practices such as measuring vital signs (Blood Pressure, Temperature, Heart Rate and Respiratory Rate), monitoring of blood glucose , the patient's position in relation to the bed and their nutritional status. **Conclusion:** It is concluded, then, that the nursing team has a strong role as an actor in this care process, demonstrating itself as an outstanding professional and of great value for the stabilization of the condition, patient follow-up, evaluation of the therapeutic results and the rehabilitation process.

Keywords: Nursing. Neurological. Caution. Neurocritical.

1 INTRODUÇÃO

As doenças que afetam o cérebro, a medula espinhal e os nervos são chamados de doenças neurológicas. Patologias neurológicas são doenças que podem afetar o sistema nervoso central e periférico, as quais incluem desordens do encéfalo, da medula espinhal, dos nervos periféricos e da junção neuromuscular. Podem ter diferentes origens: genéticas ou hereditárias e congênitas, quando dependem de um distúrbio do aumento embrionário ou fetal do sistema nervoso central e periférico (MATOS; et al, 2019).

Estas patologias ocorrem com maior ou menor influência do ambiente, podendo acometer longos períodos da vida, desde a etapa neonatal até a velhice. As doenças neurológicas podem atingir cerca de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Hoje, 24,3 milhões de pessoas sofrem do mal de Alzheimer e de outros tipos debilitantes de demências (MATOS; et al, 2019).

Sabe-se então que essas doenças neurológicas são as grandes responsáveis por causar diversos tipos de limitações ou incapacidades funcionais nos pacientes que as possuem. Os indivíduos com certa quantidade de sequelas necessitam de uma atenção maior, abrangendo todos os problemas, através da utilização de um cuidado especificado principalmente por parte da família e da equipe dos profissionais da saúde, que contribuem para o seu desenvolvimento (MORAES; et al, 2019).

Em decorrência disso, observasse que os pacientes acometidos necessitam de um cuidado especializado e totalmente direcionado as necessidades identificadas para cada caso e para cada paciente, baseado nos problemas de saúde identificados, todavia, esses cuidados geralmente são realizados por cuidadores informais e/ou pelos próprios familiares, onde não ocorre essa assistência tão completa (MORAES; et al, 2019)

Os grupos primordiais que compõem as doenças neurológicas supracitadas são: doenças vasculares como o acidente vascular encefálico, comumente conhecido como derrame; doenças desmielinizantes como a esclerose múltipla e outras; doenças infeciosas que atingem as meninges e outros tipos como as encefalites; tumores do sistema nervoso central e periférico; traumatismos cranianos (causando repercussão cerebral), ou raquidianos; doenças inflamatórias como polirradiculoneurite aguda (síndrome de guillain-barré) polimiosite (do grego poli muitos; myos- músculos;- itis inflamação) alterações no desenvolvimento como deficiência mental, paralisias dos membros superiores e inferiores de diversas etiologias e poli

neuropatias; doenças neurológicas degenerativas, como mal de Alzheimer; mal de Parkinson, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, distrofia muscular, atrofia muscular espinhal (AME), e muitas outras. (MATOS; et al, 2019).

Os cuidados direcionados ao paciente neurológico devem ser diferenciados, abrangendo condutas que variam desde a uma avaliação correta de um indivíduo e das suas necessidades específicas, como algumas atividades voltadas para identificar possíveis sequelas relacionadas à marcha, avaliação do hábito miccional, riscos de quedas entre outros problemas por decorrência da situação (LIMA; et al, 2019).

Mediante essas informações, sabe-se que na assistência ao paciente neurocrítico a enfermagem deve estar voltada a desenvolver um plano de cuidados específicos para o paciente, sendo de extrema importância incluir nesse plano a avaliação da Pressão Intracraniana (PIC) e da Hipertensão Intracraniana (HIC), objetivando evitar o aparecimento de lesões secundárias de células cerebrais, que podem causar sequelas funcionais irreversíveis ao paciente acometido (LIMA; et al, 2019).

Diante do exposto, questiona-se: qual as intervenções de enfermagem realizadas frente ao paciente neurocrítico?

Esse trabalho justifica-se pela necessidade de uma assistência especializada por parte da equipe de enfermagem ao paciente neurocrítico e, para tanto, faz-se necessário identificar o conhecimento desses profissionais que atuam diretamente com esse perfil de paciente, bem como suas práticas assistenciais, com vistas a uma adequação na assistência de enfermagem.

Em virtude disso, o objetivo do estudo é determinar qual a atuação da equipe de enfermagem frente ao paciente neurocrítico por meio de uma revisão integrativa da literatura

2 METODOLOGIA

Método é o meio pelo qual se permite o alcance dos objetivos previamente estabelecidos durante a realização de uma pesquisa, sendo esse de modo seguro e sistematizado. Pode ser descrito também como um conjunto de processo ou operações, intelectuais e técnicas selecionadas para norteamento do cientista durante todo o processo de pesquisa, tendo como objetivo principal chegar a um determinado fim. (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde esse tipo de método fundamenta-se na realização de 06 fases: Escolha do assunto e da questão norteadora;

dora; eleição dos critérios de inclusão e exclusão; esclarecimento das informações obtidos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e exposição da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Realizou-se uma busca na fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), através da utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em associação ao operador booleano, aplicando para pesquisa na seguinte sequência: “Neurológico AND Enfermagem AND cuidado”.

Entre os critérios de inclusão e exclusão escolhidos, cita-se como critérios de inclusão: 1º artigos originais disponíveis gratuitamente, 2º publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, 3º abordassem o tema do estudo, 4º publicados entre os anos de 2013 a 2020. Como critérios de exclusão: documentos repetitivos, revisões, resumos, monografias, dissertações, teses e estudos que apresentassem resultados inconclusivos.

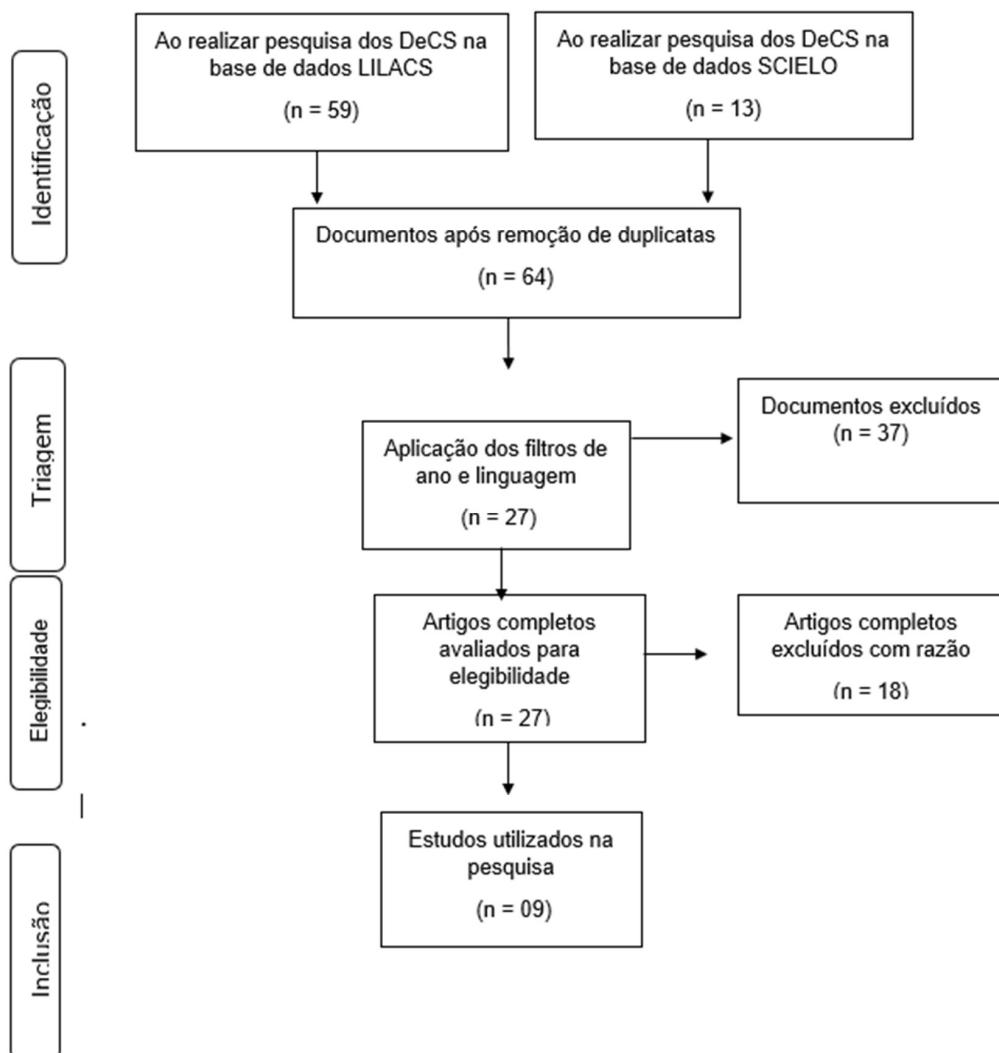
Após a leitura dos estudos selecionados, os dados coletados foram inseridos em um instrumento (Tabela 01). Dentre os artigos indicados, foram extraídos os seguintes dados: autor, ano, objetivo, amostra, periódico e principais achados, utilizados para a organização e demonstração com ilustrações.

Em relação a parte de aspectos éticos da pesquisa para as revisões, é dispensável a submissão ao Comitê de ética e pesquisa com seres humanos. Pois, os estudos utilizados para a escrita da revisão já passaram pela a apreciação e apresentam-se disponíveis online nas bases de dados.

3 RESULTADOS

Ao realizar a busca com uso dos descritores na BVS, foi filtrada apenas a base de dados LILACS, obtendo uma totalidade de 59 documentos. Ao realizar-se a mesma busca na base de dados SciELO, foram obtidos 13 documentos, resultando em 72 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão escolhidos, restaram 27 documentos, dos quais, apenas 09 abordavam a temática proposta, sendo esses, utilizados para confecção do estudo.

Para expressão de todo A metodologia de pesquisa e seleção dos estudos utilizados, utilizou-se um fluxograma baseado no protocolo PRISMA, ilustrado na tabela 01.

Tabela 1 - Fuxograma de escolha dos documentos.

Fonte: Protocolo PRISMA

Os 09 estudos selecionados foram arranjados na tabela 02, quanto ao autor e ano de publicação, objetivo e principais achados, organizados conforme sequência alfabética.

Dessa forma, percebe-se a relevância da criação e organização de um plano de cuidados para os pacientes em estado crítico, de forma que, 100% dos estudos selecionados, apresentaram algum tipo de cuidado ou intervenção que deve ser utilizada para alavancar a assistência.

Verifica-se também anos diferenciados entre as publicações, evidenciando em 2013 (3 publicações), 2015 (1 publicação), 2016 (2 publicações), 2018 (1 publicação) e 2020 (2 publicações). Sob este aspecto, a necessidade de novas publicações sobre o assunto, haja vista que, 33,3% dos artigos foram publicados a mais de 5 anos.

Esta variável destaca que esses cuidados para os pacientes em estado de saúde neurocrítico, já vem sendo discutido a intervalo de tempo considerável, de forma que, as intervenções mais antigas seguem em uso, com o apoio de novas ações. Entretanto, também destaca a pouca quantidade de pesquisas sobre a seguinte área.

Tabela 2 - Artigos distribuídos por autor e ano de publicação, objetivo e principais achados.

Autor e ano	Objetivo	Principais achados
ALVEZ, 2015	Realizar um plano padronizado dos cuidados de enfermagem baseado na melhor evidência científica, que sirva de guia para o cuidado do paciente neurocrítico com monitorização da pressão intracraniana internado na unidade de tratamento intensivo.	O Processo de Enfermagem permite à Enfermagem prestar o cuidado de forma racional, lógica e sistemática, evitando a variabilidade na assistência e estabelecendo uma linguagem comum na assistência ao paciente neurocrítico. Dentro o plano de cuidado para esses pacientes neurocríticos inclui-se: Controle hidroelectrolítico, controle de edema, melhora da perfusão cerebral, monitorização da pressão intracraniana, monitorização neurológica, monitorização dos sinais vitais, manejo e aspiração das vias aéreas, oxigenoterapia, controle de infecções, precauções respiratórias, prevenções de lesões por pressão, etc...
BARCE LOS; et al, 2016	Descrever e identificar as intervenções de enfermagem para pacientes neurocríticos em uma Unidade de Terapia Intensiva	Em relação aos cuidados de enfermagem ao paciente neurocrítico, os enfermeiros relataram a avaliação do nível de consciência, prevenção de lesões por pressão, monitorização da pressão arterial, saturação e padrão respiratório, avaliação do tônus muscular, atentando em toda as etapas de tratamento e reabilitação, na tentativa de prevenir possíveis complicações, dando foco a utilização e a importância da realização d escala de coma de glasgow.
ANDR ADE; et al, 2013	Identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com lesão medular (LM)	Dentre as intervenções de enfermagem realizadas nos pacientes internados na UTI, citaram: Desenvolver um plano de cuidados para a pele, avaliar os sinais e sintomas de infecção urinária, orientações ao paciente e familiares sobre a situação de saúde, os possíveis complicações advindas da sua permanência e como evitar, reeducação vesical e intestinal para avaliar retirada da sonda, monitorar sinais vitais, realizar cateterismo, mudança de decúbito e elevação da cabeceira.
BEZER RA; et al, 2020	Analizar os desfechos clínicos e epidemiológicos de pacientes neurocríticos de um hospital universitário, do Vale do São Francisco.	O conhecimento dos dados sobre os desfechos é fundamental para aperfeiçoar o atendimento de enfermagem ao paciente neurológico na Unidade de Terapia Intensiva. Iniciando com o enfermeiro, ao realizar a admissão desse paciente na unidade, com atenção, identificando prováveis diagnósticos de enfermagem e criando estratégias para melhorar o cuidado desses pacientes.

CACIA NO; et al, 2020	Analisar a assistência de enfermagem prestada pelos enfermeiros aos pacientes vítimas do acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEH) em unidade de terapia intensiva (UTI)	Durante a assistência, as principais intervenções de Enfermagem identificadas foram a realização da Escala de Coma de Glasgow, Escala de Agitação e Sedação Richmond, avaliação pupilar, elevação e manutenção da cabeceira a 30°, monitorização e estabilização dos sinais vitais em seus parâmetros normais e avaliação da Escala de Braden para prevenção de lesões por pressão.
MAURI CIO; et al, 2018	Identificar os cuidados pós-parada cardiorrespiratória (PCR) realizados e relacioná-los com o estado neurológico e a sobrevida nas primeiras 24 horas, na alta, após seis meses e um ano.	Os pacientes pós-parada cardiorrespiratória são considerados pacientes neurocríticos, que devem ser avaliados minuciosamente pelo risco com o estado neurológico, através do controle da temperatura e transferência para uma unidade de terapia intensiva, monitorização dos valores de saturação, frequência respiratória, pressão arterial, débito urinário e os processos e cuidados hemodinâmicos.
RAMO S; et al, 2013	Analizar o perfil de diagnósticos de enfermagem em relação ao tempo de permanência e evolução clínica de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um município de Minas Gerais	O cuidado da equipe multiprofissional em UTI é complexo e vários fatores podem interferir na evolução clínica dos pacientes, sendo assim, cabe a equipe de enfermagem atuar perante os diagnósticos de enfermagem, por exemplo: risco para infecção, risco para integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio de volume de líquido, risco para alteração da nutrição: menos do que as necessidades corporais e déficit no autocuidado.
ROSA; LIMA; INOUE, 2013	Apresentar a vivencia e o conhecimento da equipe de enfermagem que trabalha com pacientes neurocríticos	Dentre os procedimentos e as intervenções das quais os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento e capacidade técnica, destacam-se o entendimento dos parâmetros de normalidade de PPC, PAM, PVC, SvjO2, ECO2, PIC e outros parâmetros adicionais que devem ser anotados para contribuírem na avaliação do doente, cuidados de enfermagem após a manipulação do paciente com PIC, aspiração do tubo endotraqueal do paciente com PIC, fatores e/ou procedimentos que contribuem para elevação da PIC e estratégias de combate à hipertermia.
ROSIN; et al, 2016	Identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais frequentes para pacientes neurológicos internados em um hospital público de ensino.	Em relação aos diagnósticos de enfermagem e as intervenções escolhidas, identificando como intervenções de enfermagem mais frequentes: posicionamento, assistência e monitorização ventilatória, auxílio no autocuidado, cuidados, supervisão e prevenções de lesões, cuidados de sondas, controle da dor, monitorização neurológica e aspiração das vias aéreas.

Fonte: Elaboração própria.

4 DISCUSSÕES

Foram identificados neste estudo intervenções de enfermagem, questões que falam que é primordial os cuidados aos pacientes neurocríticos. O ano de 2013 foi o que houve mais publicações e em 2015 e 2018 foram os anos que menos ocorreram publicações. Os artigos pesquisados e tabulados, foram necessários e importante para o enriquecimento de saberes a respeito dos pacientes neurocríticos.

Entretanto mostrou-se fundamental a pesquisa, uma quantidade maior de artigo e um aprofundamento na pesquisa sobre esse tema abordado, não foi suficiente, precisa-se de mais publicação referente ao assunto, por tanto foi realizado pesquisas de referências de artigos mais antigos, por falta de publicação. Visto que geralmente é necessária uma ampliação no conhecimento dos profissionais de saúde.

Os pacientes que apresentam quadro de insuficiência de um ou mais sistemas, resultando em um sofrimento que acomete o estado neurológico, podem ser definidos como pacientes neurocríticos. Esses pacientes são frequentemente internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em decorrência de seu estado de saúde e necessidades advindas desse estado, pois esse tipo de paciente apresenta diversas instabilidades, isso faz com o usuário necessite de monitoramento constante e de forma sempre contínua com interligação de toda a equipe multiprofissional que trabalha no setor (ARRUDA; et al, 2019).

Observou-se que esses pacientes carecem de uma atenção voltada as suas necessidades, através de uma boa oferta de cuidado e uma equipe profissional capacitada e através da utilização de materiais, recursos, instrumentos e tecnologias que auxiliam na realização do diagnóstico, de todo o processo de assistência e monitoração do usuário, de forma com que, as demandas sejam suprimidas durante todo o momento de internação (PEREIRA; et al, 2019).

Sendo assim, faz-se necessário acrescentar que estes pacientes neurocríticos podem evoluir rapidamente, até se encontrarem em um estado vegetativo persistente. Um ser humano que se encontra nesse estado de saúde pode apresentar ainda vários graus de complicações e diversos tipos de comprometimentos funcionais, podendo regredir até chegar ao estado de óbito ou evoluir positivamente para uma completa recuperação do seu caso (CAMACHO; RAMÍREZ; FERNÁNDEZ, 2016).

A utilização do Processo de Enfermagem permite ao enfermeiro, a criação de um plano de cuidados voltados para as necessidades desses pacientes, como por exemplo: Controle hidroeletrolítico, controle de edema, melhora da perfusão cerebral, monitorização da pressão intracraniana, monitorização neurológica, monitorização dos sinais vitais, manejo e aspiração das vias aéreas, oxigenoterapia, controle de infecções, precauções respiratórias e prevenções de lesões por pressão (ALVEZ, 2015).

Em relação ao plano de cuidados, pode-se incluir o monitoramento da PIC, do metabolismo e do oxigênio do cérebro, além de práticas assistenciais mais simples como a mensuração dos sinais vitais (Pressão Arterial, Temperatura, Frequência

cardíaca e Frequência Respiratória), a monitoração da glicemia, da posição do paciente em relação à cama e o seu estado nutricional (SUÁREZ, 2018).

Essa mesma ideia foi confirmada em outro estudo, reforçando ainda, a importância de os profissionais possuírem conhecimento e capacidade técnica para a verificação e o entendimento dos parâmetros de PPC, PAM, PVC, SvjO₂, ECO₂, PIC e outros parâmetros adicionais, aspiração do tubo endotraqueal, o entendimento e a identificação de fatores e/ou procedimentos que contribuam para elevação da PIC e estratégias de combate à hipertermia (ROSA; LIMA; INOUE, 2013).

Inclui-se ainda o monitoramento do débito urinário e os processos e cuidados hemodinâmicos (MAURICIO; et al, 2018).

Os cuidados voltados para esses pacientes com problemas neurológicos dependem da realização de uma assistência imediata ao momento de necessidade e sendo apropriada conforme o tipo de exigência, garantindo a segurança e melhora do paciente, a qualidade da assistência de saúde e dos serviços prestados, podendo utilizar etapas e indicadores de mensuração para avaliação dos resultados, após o profissional de enfermagem aplicar todas as tomadas de decisões para o paciente crítico (MORAIS; ROJAS; VEIGA, 2014).

Confirma-se então, que esses pacientes carecem de atenção somado a um cuidado constante, sendo esses, direcionados para as tentativas de impedir uma possível piora do quadro de sinais e sintomas ou para regredir as alterações clínicas que podem chegar a acometer diversos órgãos do corpo (MELO; et al, 2015).

Para a avaliação neurológica, destaca-se a Escala de Coma de Glasgow, que busca detectar o agravamento ou degeneração do estado neurológico. Então, por intermeio dessa, o enfermeiro deve avaliar as seguintes características e indicadores: a abertura ocular, a resposta verbal, a resposta motora e a reatividade pupilar, buscando avaliar como se encontra o estado de consciência e verificar se o paciente apresenta algum tipo de alteração do estado mental (BARCELOS; et al, 2016).

A utilização da Escala de Coma de Glasgow também é abordada por Caciano, et al (2020), o qual apresenta as principais intervenções de Enfermagem utilizadas em pacientes que se encontram na UTI, incluindo ainda a Escala de Agitação e Sedação Richmond, elevação e manutenção da cabeceira a 30°, monitorização e estabilização dos sinais vitais em seus parâmetros normais e avaliação da Escala de Braden para prevenção de lesões por pressão.

Ao abordar os cuidados realizados com os pacientes internados em UTI, reproduz-se as mesmas linhas de assistência, reforçando então, o desenvolvimento de um plano de cuidados para a pele, avaliação dos sinais e sintomas de infecção urinária, orientações ao paciente e familiares sobre a situação de saúde, as possíveis complicações advindas da sua permanência e como evitá-las, reeducação vesical e intestinal para avaliar retirada da sonda, monitorização dos sinais vitais, realização do cateterismo, mudanças de decúbitos a cada 2 horas e elevação da cabeceira (ANDRADE; et al, 2013).

Entretanto, para identificação dessas intervenções, ao realizar o Processo de enfermagem, é necessário o estabelecimento dos Diagnósticos de Enfermagem, dos quais, foram selecionados: Risco para infecção, Risco para integridade da pele prejudicada, Risco de desequilíbrio de volume de líquido, Risco para alteração da nutrição: menos do que as necessidades corporais e Déficit no autocuidado (RAMOS; et al, 2013).

E como Intervenções de Enfermagem: posicionamento, assistência e monitorização ventilatória, auxílio no autocuidado, cuidados, supervisão e prevenções de lesões, cuidados de sondas, controle da dor, monitorização neurológica e aspiração das vias aéreas (ROSIN; et al, 2016).

Essas informações são reafirmadas, incluindo ainda que, para a manutenção desse cuidado e para a realização de todas essas práticas de saúde, é necessário que o profissional, citando-se o profissional de enfermagem, possua o conhecimento teórico e prático necessário. (ALMEIDA; POLLO; MENEGUIN, 2019).

É possível evidenciar que a assistência da qual o enfermeiro é responsável durante o cuidado, é bastante desafiadora, pois ela requer extrema cautela e paciência em todo o processo de doença e todo o tempo que o paciente se encontra internado (MAGNUS; BACKES; BACKES, 2018).

Esse processo deve seguir e se basear em protocolos e diretrizes já existentes que foram previamente estabelecidos, isso garante uma padronização do cuidado, além de respaldo de evidências científicas para o resguardo dos profissionais em relação às condutas que foram realizadas (MAGNUS; BACKES; BACKES, 2018).

Ao atuar frente a esse processo desafiador, o enfermeiro convive com constantes momentos de estresse e cobranças a si mesmo, isso ocorre pela unidade ser um ambiente extremamente complexo que possui muitos equipamentos e aparelhos,

quais os trabalhadores devem entender e saber manusear, além dos diversos pacientes em estado crítico (SILVA; et al, 2019).

Sendo necessário então, que o enfermeiro aperfeiçoe o atendimento ao paciente neurológico, desde o momento da admissão, a identificação de prováveis diagnósticos de enfermagem para a definição de plano assistencial, para auxiliar na terapêutica e reabilitação desses pacientes neurocríticos (BEZERRA; et al, 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos documentos analisados, foi possível entender a relevância da atuação de equipe de enfermagem frente aos cuidados de pacientes em estado neurocrítico, utilizando de práticas de precaução, atenção e vigilância, para que seja possível identificar as necessidades evidenciadas perante as complicações advindas de pacientes neurológicos.

Evidenciou-se como principais atuações e intervenções de enfermagem, o monitoramento do estado geral, dos sinais vitais e do controle hidroelectrolítico, prevenção de lesões por pressão, pois os pacientes neurocríticos, geralmente encontram-se acamados e restritos ao leito. Dessa forma, essas atuações são decisivas para um bom monitoramento desse tipo de paciente.

Cita-se ainda que nenhum dos autores apresentaram como relevante, o reconhecimento da tríade de Cushing, sendo um cuidado indispensável para esses pacientes. A tríade consiste no aparecimento de 3 sinais, sendo eles: hipertensão arterial, bradicardia e alterações respiratórias (CARVALHO; et al, 2007).

Conclui-se então, que a equipe de enfermagem possui um forte papel como atuante frente a esse processo de cuidado, demonstrando-se como sendo profissionais de destaque e grande valor para a estabilização do quadro, acompanhamento do paciente, avaliação dos resultados da terapêutica e o processo de reabilitação.

REFERÊNCIAS

AMBROS, ALMEIDA, Carolina Marques de; POLLO, Camila Fernandes; MENE-GUIN, Silmara. Intervenções de Enfermagem para pacientes com hipertensão intracraniana: revisão integrativa da literatura. **AQUICHAN**, vol. 19 n. 04 - chía, colombia, oct-dic, 2019.

ALVEZ, María Susana Silvera. Cuidados enfermeros del paciente neurocrítico con monitoreo de la presión intracraneana. **Enfermería: Cuidados Humanizados**; vol. 04, n. 01, 2015.

ANDRADE, Leonardo Tadeu de; et al. Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. **Revista da escola de enfermagem** de USP. Vol. 47, n. 01, pag. 93-100, feb. 2013.

ARRUDA, Palloma Lopes de; et al. Evolução clínica e sobrevida de pacientes neurológicos. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 53, São Paulo, 2019.

BARCELOS, Diego Gomes de; et al. Atuação do enfermeiro em pacientes vítimas do Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico na Unidade De Terapia Intensiva. **Persp. Online: biol. & saúde**. Campos dos Goytacazes, vol. 22, n. 06, pag. 41- 53, 2016.

BEZERRA, Naiara Kássia Macêdo da Silva; et al. Aspectos epidemiológicos e assistenciais de pacientes neurológicos em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Neuociências**, vol. 28, pag. 1-14, 2020.

CACIANO, Kelly Regina Pires da Silva; et al. Intervenções de enfermagem para pacientes neurocríticos. **Rev enferm UFPE on line**, vol. 14, 2020.

CARVALHO, Luís Fernando Andrade de; et al. Severe traumatic braininjury in children and adolescents. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**; vol. 19, n 01, pag. 98-106, 2007.

CAMACHO, Maria Lisett Lisett Peña; RAMÍREZ, Jaime Javier Chacón; FERNÁNDEZ, Alba Rosa. Valoración del Paciente Neurocrítico: Escala De Coma four versus Glasgow. **Rev. Salud. hist. sanid. on-line**, vol. 11, n. 01, pag. 17-26, enero-junio, 2016.

LIMA, Maria Luzia Silva; et al. Assistência de enfermagem na monitorização da pressão intracraniana em pacientes neurocríticos. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (On-line)**; Vol. 11, n. 01, pág. 255-262, jan.-mar. 2019.

MAGNUS, Luciana Machado; BACKES, Marli Terezinha Stein; BACKES, Dirce Stein. Mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave: construção de um guia com enfermeiros intensivistas. **Enfermagem em Foco**, vol. 09, n. 02, pag. 28-34, 2018.

MATOS, Lilian Ramine de Souza; et al. Perfil Epidemiológico e Clínico de Pacientes Neurológicos em um Hospital Universitário. **Revista Neuociências**, v27, 1-17, 2019.

MAURICIO, Evelyn Carla Borsari et al. Resultados da implementação dos cuidados integrados pós-parada cardiorrespiratória em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2308.2993>.

MELO, Elizabeth Mesquita; et al. Clinical and demographic characteristics of patients on mechanical ventilation in the intensive careunit. **Rev Enferm UFPI**; 4(3):36-41. Jul-Sep, 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

MORAES, Jéssica Gonçalves; et al. Avaliação dos fatores de risco dos cuidadores de pacientes neurológicos. **Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, Vol. 9, nº 31, p. 34-45, Dez-2019.

MORAIS, Elaine Aparecida Silva de; ROJAS, Salomon Soriano Ordinola; VEIGA, Viviane Cordeiro. Indicadores de saúde no cuidado ao paciente crítico neurológico. **Rev Rene**; vol. 15, n. 02, pag. 189-95. mar-abr, 2014.

PEREIRA, Maria do Carmo Campos; et al. Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, vol. 13, n. 01, pag. 70-8, jan., 2019.

PRODANOV, C. C.; ERNANI, C.F. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, Guilherme Santos; et al. Diagnósticos de enfermagem documentados em prontuários de pacientes em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** Vol. 03, n. 02, pag. 679-686, mai/ago., 2013.

ROSA, Natalina Maria da; LIMA, Jamile Fernanda; INOUE, Kelly Cristina. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre neurointensivismo e a influência da educação contínua. **Ciência, Cuidado e Saúde**, vol.12, n. 01, pag 112-120, jan/mar, 2013.

ROSIN, Jéssica et al. Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes neurológicos internados em hospital de ensino. **Ciênc. cuid. saúde**, vol. 15, n. 04, p. 607-615, dez. 2016.

SILVA, Andressa Fernanda; et al. Absenteísmo na equipe multiprofissional de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Rev. Expr. Catól. Saúde**; v. 4, n. 1; Jan - Jun; 2019.

SUÁREZ, Orlando Valdés. Aspectos nutricionales en el paciente neurocrítico. **Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias**. Vol. 17, suplemento 1, Pág. 41-50, 2018.

CAPÍTULO 4

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA APÓS TROCA DE VÁLVULA AÓRTICA

*NURSING DIAGNOSES IN INTENSIVE CARE AFTER
AORTIC VALVE REPLACEMENT*

Vinicius Pereira Lourenço¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.4

¹ E-mail: viniciuslourenco@mx2unisc.br

RESUMO

Segundo Costa (2015), a febre reumática caracteriza-se pela sua forma aguda e suas sequelas valvares reumáticas. Conforme Rocha (2006, p. 321), é fundamental a identificação específica dos diagnósticos de enfermagem para um plano de intervenções mais preciso, o aperfeiçoamento dos diagnósticos de enfermagem é um processo contínuo que tem participação da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que colabora para um sistema de classificação e taxonomias de enfermagem. Trata-se de um estudo com abordagem do tipo relato de experiência, realizado em um hospital escola durante estágio extracurricular, na Unidade de Terapia Intensiva adulto em um hospital universitário no Vale do Rio Pardo no Estado do Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Válvula aórtica. Valvopatia reumática.

ABSTRACT

To Costa (2015), rheumatic fever is characterized by its acute form and its rheumatic valve sequelae. According to Rocha (2006, p. 321), the specific identification of nursing diagnoses is essential for a more precise intervention plan, the improvement of nursing diagnoses is a continuous process that has the participation of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) that collaborates for a classification system and nursing taxonomies. This is a study with an experience report approach, carried out in a teaching hospital during an extracurricular internship, in the adult Intensive Care Unit of a university hospital in Vale do Rio Pardo in the state of Rio Grande do Sul.

Keywords: Heart failure. Aortic valve. Rheumatic valve disease

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), em 2016, 31% das mortes no mundo foram em decorrência das doenças cardíacas, e estima-se que 85% dos óbitos registrados foram devido a ataques cardíacos e AVCs.

A doença cardiovascular constitui um problema de saúde pública no mundo todo. Todos os anos o impacto econômico no Brasil aumenta, isto é, os custos com o tratamento determinam a necessidade de identificar quais indicadores de DCV estão mais atrelados a desfechos cardiovasculares futuros. (SIQUEIRA, 2017).

Nos últimos 5 anos a taxa de mortalidade atingiu cerca de 28% de todos os óbitos ocorridos no Brasil, e na faixa etária entre 18 e 65 anos o dado chega a atingir

38% segundo o Arquivo Brasileiro de Cardiologia; em 2015 os custos estimados por DVC são de 37 bilhões de reais cerca de 17% a mais se comparado com o período de 2010 a 2015. Esses dados chamam a atenção para os riscos decorrentes do estilo de vida da população brasileira. (ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 2017).

Em todo o mundo cerca de 38 milhões de pessoas morrem em decorrência das DCNT, sendo a DCV a principal causa, e em países de baixa e média renda 82% das mortes prematuras por doença cardiovascular na maioria dos casos pode ser evitada. O Brasil gasta atualmente 9,5% do PIB per capita na saúde e os custos aumentam conforme houver internações hospitalares. (IBGE,2016).

Um estudo conduzido por Campos (2017), avaliou variações e diferenciais por doença cardiovascular no Brasil entre 1990 e 2015; a DCV foi responsável por um total de 29,3% dos óbitos em 1990, em 2015 os óbitos foram de 31,2%, somando quase duzentos mil óbitos a mais num período de vinte e cinco anos. O mesmo estudo observou que as mulheres sofrem maiores eventos cardiovasculares do que homens com cerca de 41 % a cada cem mil habitantes, enquanto homens 39,8 %.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) a meta da OMS era reduzir em 25% das doenças cardiovasculares em todo o mundo. Nos últimos cinco anos os custos das DCV aumentaram de forma acelerada no Brasil, indicando que há aumento da população vivendo com doença cardiovascular.

Segundo Costa (2015), os dados sobre cirurgias cardíacas relacionados a valvopatia reumática demonstram que, nos últimos anos desde o surto de febre reumática até sequelas valvares graves podem variar de uma a três décadas.

Conforme Costa (2015), dos números de internações por devido febre reumática aguda revelam que apenas cerca de 2 a 3% dos pacientes necessitam de internação, isto é, a maioria pode ser mantida em tratamento domiciliar.

Um dado científico da Sociedade de Cardiologia de São Paulo (SOCESP, 2015), demonstrou que apenas 3% dos indivíduos são predispostos a desenvolver FR após episódio de amigdalite estreptocócica, ou seja, dos quase duzentos milhões de habitantes do Brasil.

De acordo com Lima (2022), a prevalência de hipertensão arterial tem aumentado principalmente em jovens adultos, em 2010 segundo a OMS, cerca de 600 milhões de pessoas possuíam diagnóstico de HAS, até 2025 a estimativa é um aumento de 60% de novos casos. A hipertensão arterial tem constituído fator de risco para doenças cardiovasculares, apesar de possuir variáveis demográficas a prevalência

de diagnósticos suplanta a hipertensão arterial como uma das principais DCNTs causadoras de dano ao sistema cardiovascular.

A incidência da hipertensão arterial aumenta conforme a idade, especialmente em mulheres a partir de 55 anos. Porém níveis elevados de glicose na corrente sanguínea favorecem condições para cornificar a HAS e desenvolver doença cardíaca. O alto consumo de sódio predispõe a pessoa desenvolver hipertensão arterial.

Segundo a Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro a hipertensão arterial pode ser fator que determina o surgimento de morbidade e mortalidade cardiovascular que está associado a doença coronária, Acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Entre outros fatores a HAS é uma doença crônica não transmissível (DCNT), isto é, o portador não transmitirá a doença para os demais do convívio social.

Segundo Rocha (2006, p. 321), é fundamental a identificação específica dos diagnósticos de enfermagem para um plano de intervenções mais preciso, o aperfeiçoamento dos diagnósticos de enfermagem é um processo contínuo que tem participação da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que colabora para um sistema de classificação e taxonomias de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem do tipo relato de experiência, realizado em um hospital escola durante estágio extracurricular, na Unidade de Terapia Intensiva adulto em um hospital universitário no vale do Rio Pardo no Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de informações obteve-se a partir dos registros de enfermagem durante a assistência de enfermagem na terapia intensiva (UTI).

RESULTADOS

Paciente encontrava-se em pós-operatório de troca valvar aórtica metálica na Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI), acoplada a ventilação mecânica. O exame físico evidenciou, couro cabeludo íntegro, mucosas úmidas e hipocoradas, em uso de ventilação mecânica, responsiva ao chamado.

Pupilas encontravam-se isomióticas, pescoço íntegro, acesso venoso central em membro superior direito, sem linfonodos normais. Tórax simétrico, ausculta pulmonar demonstrou expansão bilateral dos pulmões e murmurários vesiculares presentes, ausculta cardíaca apresentava bulha hipofonética em foco mitral, possuía ferida operatória em região de apêndice xifoide, com fios de marcapasso e dreno de

mediastino. Membro superior direito perfundido, apresentavam-se com extremidades frias, com acesso venoso periférico, membro superior esquerdo perfundido, extremidades frias, com acesso venoso periférico. Abdômen era plano, ruídos hidroaéreos apresentavam-se diminuídos nos quatro quadrantes, cicatriz de cesariana em baixo ventre, indolor à palpação, ausência de massas ou irregularidades. Dorso não havia particularidades. Genitália era tipicamente feminina apresentava sonda vesical de demora. Membros inferiores estavam preservados, pouco perfundidos, extremidades frias e presença de pulso pedioso e poplíteo em ambos os membros. Os diagnósticos de enfermagem foram adaptados conforme taxonomia da NANDA 2018-2020. A tabela abaixo mostra os principais diagnósticos de enfermagem e a classe pertencente conforme informações obtidas através do exame físico.

Tabela 1- Diagnósticos de enfermagem e suas classes:

Diagnósticos de enfermagem	Classe conforme NANDA 2018-2020
Risco de glicemia instável	Classe 4 Metabolismo
Motilidade gastrointestinal disfuncional	Classe 2 Função gastrointestinal
Perfusão tissular periférica ineficaz	Classe 4 Respostas cardiovasculares/pulmonares
Mobilidade no leito prejudicada	Classe 2 Atividade/exercício
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	Classe 4 Respostas cardiovasculares/pulmonares
Comunicação verbal prejudicada	Classe 5 Comunicação
Risco de infecção	Classe 1 Segurança/proteção
Risco de choque	Classe 2 Lesão física
Risco de sangramento	Classe 2 Lesão física
Déficit para o auto cuidado	Classe 5 Autocuidado

Fonte: Adaptado de NANDA 2018-2020.

Tabela 2 - Domínio a que cada classe pertence:

Classe	Domínio
Classe 1	Promoção da saúde
Classe 2	Promoção da saúde
Classe 4	Nutrição
Classe 5	Nutrição

Fonte: Adaptado de NANDA 2018-2020

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência permitiu ao estudante de enfermagem observar os diagnósticos de enfermagem encontrados pelo enfermeiro a partir do exame físico na taxonomia da NANDA.

De acordo com Pivoto (2010, p. 665), quando se identifica diagnósticos de enfermagem comuns no pós-operatório de cirurgias cardíacas, é possível ter um direcionamento melhor da assistência de enfermagem, isto é, o conhecimento prévio das necessidades fornece subsídio as práticas de enfermagem baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

ROCHA, Luciana ALVES da, Maia, Ticiane Fernandes e SILVA, Lúcia de Fátima da. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.** Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2006, v. 59, n. 3.

DE MEIRELES FILHO *et al.* “**diabetes autorreferida: prevalência e fatores associados.**” Revista Brasileira De Prescrição E Fisiologia Do Exercício 14.91 (2020): 493. Web.

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp, Siqueira-Filho, Aristarco Gonçalves de. **Analysis of the economic impact of cardiovascular diseases in the last five years in brazil.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2017, v. 109, n. pp. 39-46.

LIMA, Letícia Rocha et al. Hipertensão Arterial e Parâmetros Lipídicos, **Glicídicos e de Adiposidade Associados em Adolescentes Escolares do Distrito Federal.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20201240>>. Epub 07 Fev 2022. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.36660/abc.20201240>.

FLEURY, Camila A *et al.* **Impacto do tabagismo passivo na resposta pressórica à epinefrina e felipressina em ratos hipertensos 1k1c tratados ou não com atenolol.** Arq. Bras. Cardiol., v. 114, n. 2, p. 295-303, fev. 2020.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: **definições e classificação 2018-2020/[NANDA Internacional]**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

COSTA MAGALHÃES, Carlos. SOCESP: **Tratado de cardiologia**. São Paulo. Manole 3 edição, 2015.

PIVOTO, Flávia Lamberti, *et al.* “**Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas.**” Acta Paulista De Enfermagem 23.5 (2010): 665-70. Web.

CAPÍTULO 5

IMPACTO DA REGIONALIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*IMPACT OF REGIONALIZATION ON INTEGRAL CARE
IN THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: AN INTEGRATIVE
REVIEW*

Débora Lorena Melo Pereira¹
Francilene de Sousa Vieira²
Maria Laura Sales da Silva Matos³
Brenna Oliveira Leal⁴
Gleciâne Costa de Sousa⁵

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.5

¹ E-mail: deboralorena887@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8973412814883046>

² E-mail: lennyenf93@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6183220503913193>

³ E-mail: laura23matos@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8082387826164872>

⁴ E-mail: brenna.oliveira1712@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7902610642346046>

⁵ E-mail: glece77@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0796544923981614>

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências científicas sobre o impacto da regionalização na assistência integral do SUS. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO, a partir de artigos científicos completos, publicados no período entre 2011 e 2021, nos idiomas português e inglês e disponíveis na íntegra. **Resultados:** o acesso aos serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária a saúde, iniciado pelas portas de entradas do SUS, sendo contemplado em uma rede regionalizada e hierarquizada, mediante os níveis de complexidade. Redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde ofertam condições favoráveis para a efetivar a integralidade nas ações e nos serviços de saúde, minimizam os custos do serviço por imprimir uma grande racionalização sistêmica na utilização desses recursos. **Considerações finais:** ainda é necessário o fortalecimento e o incentivo de ações políticas e técnico-administrativas no âmbito da União, dos Estados e do município, tendo como foco de fortalecimento o nível municipal e a organização dos sistemas microrregionais de saúde, espaços que podem ocorrer mudanças organizativas, gerenciais e técnico-assistenciais que colaboram para a construção de modelos de atenção capazes de responder adequadamente e suprir as necessidades e os problemas saúde da população de cada local.

Palavras-chave: Regionalização da Saúde. Sistema Único de Saúde. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific evidence on the impact of regionalization on the comprehensive care of the SUS. **Method:** This is an integrative literature review, carried out in journals indexed in the Virtual Health Library and SciELO, based on complete scientific articles, published between 2011 and 2021, in Portuguese and English and available in full. **Results:** access to health services must be ordered by primary health care, initiated by the gateways to the SUS, being contemplated in a regionalized and hierarchical network, according to the levels of complexity. Regionalized and integrated health care networks offer favorable conditions to implement integrality in health actions and services, minimizing service costs by imprinting a great systemic rationalization in the use of these resources. **Final considerations:** the creation of regionalized and integrated networks is essential for the continuity of care. It is still necessary to strengthen and encourage political and technical-administrative actions within the Union, the States and the municipality, with a focus on strengthening the municipal level and the organization of micro-

-regional health systems, spaces that can occur organizational changes, managerial and technical assistance that collaborate for the construction of care models that are capable of giving adequate answers, supplying the needs and health problems of the population of each place.

Keywords: Health Regionalization. Health Unic System. Comprehensive Health Assistance.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza com a disposição das três esferas de governo e legitima sua autonomia na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios por se constituir um sistema nacional e para todos. Assim, compõe um grande arcabouço sanitário federalista brasileiro (DOURADO; ELIAS, 2011).

No Brasil, a institucionalização do SUS diminuiu a segmentação na saúde e uniu os serviços da União, Estados e Municípios, bem como da assistência médica previdenciária centralizada regida pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. A consolidação do SUS pela Constituição Federal de 1988, estabelece a universalidade do acesso, além da descentralização político-administrativo do SUS, já que havia uma forte centralização proposta pelo INAMPS (MOREIRA; OUVERNEY, 2017).

A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, disposta no artigo 7º da Lei 8080 de 1990, é marcada pelo processo de transferência de recursos e competência para os municípios vindos da união, sendo esta a principal financiadora da política de saúde. Nesse contexto, nos sistemas descentralizados, os governos locais teriam subsídios favoráveis, para alcançar bons resultados para a população (DOURADO; ELIAS, 2011).

A configuração do SUS no território nacional, reproduz e expressa as desigualdades regionais. A Constituição Federal de 1988, estabelece a implementação de um sistema descentralizado, com a colaboração das três esferas de governo garantindo as ações e serviços de saúde, tendo como um dos seus princípios organizativos a construção de uma rede hierarquizada e regionalizada de ações serviços de saúde. Desde então, descentralizar e regionalizar têm sido temas estratégicos importantes na gestão do SUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; CHIORO *et al.*, 2017).

Caracterizada como um termo polissêmico, a regionalização ocupa o centro do debate entre as propostas de reorganização do SUS, refletindo em distintas noções desde a descentralização de poderes para coletivos menores até a estratégias de de-

volução de atribuições a mercados e a descentralização administrativa (MOREIRA; RIBEIRO; OUVERNEY, 2017).

O princípio organizativo da regionalização é o processo que direciona as ações e serviços da descentralização e os processos de negociações e pactuação entre os gestores das três esferas de governo. A cooperação entre os entes federativos na configuração de redes de atenção à saúde regionalizada implica na existência de fluxos e informações e de recursos financeiros e econômicos resultantes da pactuação entre esses entes através da concessão de contratos formais ou informais (SANCHO *et al.*, 2017).

O modelo de regionalização possibilitou a implementação de estratégias no sistema de saúde nacional público e universal para que os próprios municípios façam a condução dos sistemas de ações, ampliando o acesso, qualificando o cuidado e efetivando o controle social, assim resultando no fortalecimento do poder de pactuação entre os municípios de uma mesma região e permitindo a organização da atenção secundária e terciária. Entretanto, ainda é um princípio do SUS com pouca visibilidade, problematizando as ações de gestão e seus reais efeitos na construção do direito à saúde (CHIORO; SÓTER; FURTADO, 2017; GOYA *et al.*, 2016).

A regionalização encaminha e orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de pactuação e negociação entre os gestores (CHEBLI; PAIVA; STEPHAN-SOUZA, 2010). A regionalização ainda sugere que a esfera estadual de governo tenha um papel fundamental, uma vez que possibilita as condições necessárias para os municípios de forma articulada e plena (SILVA; GOMES, 2013).

No intuito de colaborar com as análises sobre o processo e, considerando a regionalização como saúde, este artigo tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre o impacto da regionalização na assistência integral do SUS.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca do impacto da regionalização na assistência integral à saúde do SUS. A elaboração do estudo envolveu várias etapas: 1) identificação do tema e seleção da pergunta norteadora; 2) levantamento bibliográfico preliminar; 3) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; 4) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 5) avaliação metodológica dos estudos incluídos; 6) interpretação dos resultados; 7) apresentação da revisão e síntese do conhecimento (MOREIRA *et al.*, 2020).

O tema regionalização determinou a construção da estratégia PICo, que representa um acrônimo para Problema (P), Interesse (I), e Contexto (Co), na qual foi utilizada para a geração da questão norteadora desta revisão integrativa da literatura. A questão norteadora que possibilitou todo o processo de pesquisa foi: o que as evidências mostram sobre o impacto da regionalização na assistência integral no SUS? (**quadro 01**).

Quadro 1 - Elementos da estratégia PICo, – Caxias, MA, Brasil, 2022.

Elementos		DECS
P	Regionalização	Regionalização da Saúde Regional Health Planning Regionalización
I	Assistência Integral à Saúde	Assistência integral à saúde Comprehensive Health Care Atención Integral de Salud
Co	Sistema Único de Saúde	Sistema Único de Saúde Unified Health System Sistema Único de Salud

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde - DECS - 2022.

A revisão de literatura foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2021 e a amostra foi selecionada a partir da composição de estratégias de buscas online, utilizando as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Foram empregados os descritores: regionalização da saúde, assistência integral à saúde e sistema único de saúde, sendo estes indexados no sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os descritores foram combinados com a utilização do operador booleano AND.

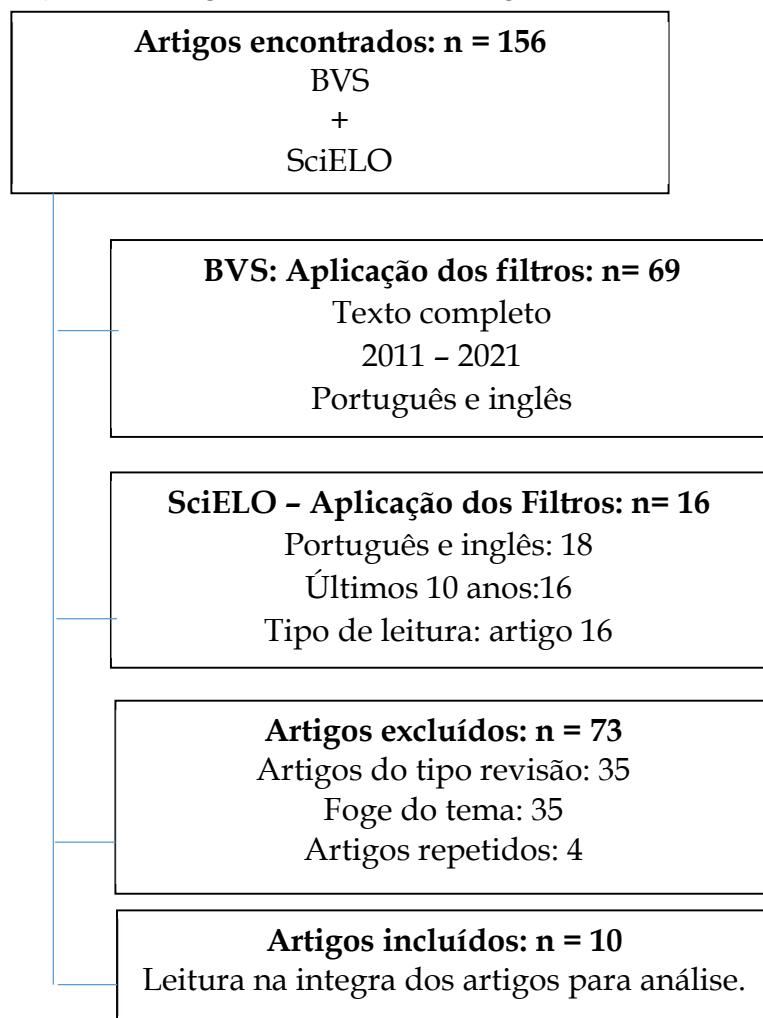
Como critérios de inclusão foram utilizados artigos publicados nos últimos 10 anos (2011-2021), em português e inglês, tipo de documento, apenas artigos e texto completo. Foram excluídos da busca inicial de capítulos de livros, resumos, teses, dissertações e editoriais

Na base de dados SciELO, utilizando os DECS: regionalização AND assistência integral à saúde AND Sistema Único de Saúde, foram encontrados 18 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, leitura atenciosa dos artigos foram selecionados quatro (4) artigos. Na BVS, com a utilização dos descritores totalizou 138 artigos. Após a aplicação dos filtros resultou em 69 artigos, e destes selecionaram-se seis (6) artigos após a análise.

Após a etapa da aplicação dos filtros, iniciou-se uma análise minuciosa, excluindo os que não correspondiam ao objetivo geral desta revisão. Os artigos sele-

cionados foram organizados a partir dos seguintes dados: título do artigo, autores, tipo de estudo e objetivo. Na terceira etapa, ocorreu o processo de leitura mais acurada desses artigos. A amostra final constituiu-se de dez (10) artigos (figura 01).

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos. Caxias – MA. 2022.



Fonte: Elaboração própria.

Após todo o processo de leitura e análise dos dados, os mesmos foram organizados e estruturados em categorias. Os resultados do estudo serão apresentados e discutidos a partir de categorias, sendo elas: processo de regionalização, Impacto de uma rede regionalizada para os usuários e atenção integrada da saúde e desafios para a consolidação de redes regionalizadas no Sistema Único de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de busca finalizou com a seleção de dez (10) artigos científicos relacionados aos impactos da regionalização na assistência integral à saúde no SUS. Foi possível observar, aspectos importantes nos artigos selecionados, como: título, autores, ano, periódico e os objetivos conforme apresentado no quadro 02.

Quadro 2 - Caracterização das publicações selecionadas. Caxias, Maranhão, Brasil, 2021.

AUTOR E ANO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
GALVÃO, et al., 2019	Cad. Saúde Pública	Estudo avaliativo, com abordagem qualitativa	Avaliar a organização e o acesso à Rede de Atenção à Saúde em uma região de saúde, na perspectiva das usuárias
ALMEIDA et al., 2019	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo avaliativo, com abordagem qualitativa	Analizar as políticas e instrumentos de gestão voltados à organização regional da atenção especializada no Ceará
VIANA et al., 2017	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant	Estudo analítico com abordagem qualitativo	Apresentar a metodologia adotada pela pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil - Pesquisa Região e Redes
GOYA et al., 2016	Saúde Soc. São Paulo	Abordagem qualitativa	Problematizar e inscrever-se como uma produção a desnaturalizar processos e a possibilitar o aparecimento de acontecimentos postos em invisibilidade e dizibilidade pela “formação discursiva” da regionalização da saúde.
SILVEIRA FILHO et al., 2016	Physis Revista de Saúde Coletiva,	Estudo de caso com abordagem qualitativa	Identificar como a regulação da oferta de serviços especializados é abordada nos debates da CIR e quais os principais encaminhamentos
BARRETO JUNIOR, 2015	Saúde Soc.	Estudo transversal com abordagem quantitativa	Identificar transformações no processo, que anteriormente apontava para a municipalização, de fortalecimento de uma perspectiva regional e intermunicipal para a assistência à saúde
DUARTE et al., 2015	Cad. Saúde Pública	Abordagem qualitativa	Apresentar uma proposta de diferenciação das Regiões de Saúde no Brasil
SILVA; GOMES, 2013.	Saúde Soc.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa	Refletir sobre o processo de regionalização do ponto de vista político-administrativo
SILVA, 2011	Saúde e Sociedade	Estudo reflexivo com abordagem qualitativa	Analizar os desafios presentes no Sistema Único de Saúde para promover uma melhor integração entre os serviços e organizar redes
DOURADO; ELIAS, 2011.	Ver. Saúde Publica	Estudo analítico com abordagem qualitativa	Examinar as implicações da estrutura federativa brasileira no processo de regionalização do SUS

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Dos dez artigos, observou-se que os anos de 2011, 2015, 2016 e 2019 apresentaram um maior número de publicações, com dois artigos cada ano, seguido de 2013 e 2017 um artigo selecionado de cada ano descrito. No que diz respeito ao idioma, apenas três estudos foram publicados em inglês, os demais foram publicados em português, evidenciando a predominância da língua portuguesa como mecanismo de divulgação das pesquisas com a temática voltada para o SUS, pela comunidade científica. Os artigos analisados estão apresentados em quadro 02, a fim de facilitar a visualização e a compreensão dos dados.

Quanto ao delineamento metodológico, dentre os dez artigos publicados e selecionados, na abordagem, foi possível observar um número maior de estudos qualitativos, totalizando nove artigos, seguido dos estudos quantitativos, com apenas uma publicação.

3.1 Processo de Regionalização

O modelo de regionalização do SUS implica um papel decisivo para a esfera estadual, sendo responsável por criar as condições para que os municípios desempenhem de forma plena seu papel como ente federativo. A regionalização visa garantir aos usuários um serviço com menor custo econômico, social, sanitário possível e de qualidade (SILVA; GOMES, 2013).

Redes integradas e regionalizadas de atenção em saúde, podem ser divididas em quatro principais componentes, sendo eles: 1 Espaços territoriais e suas respectivas populações que tenham as necessidades e demandas semelhantes por ações e serviços de saúde; 2 - Cada serviço ou pontos de redes devem ser devidamente caracterizados quanto ao seu objetivo e função; 3- A logística orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários, e por fim 4 - deve haver um sistema de governança (SILVA, 2011).

Os serviços de saúde organizados em redes têm-se mostrado uma garantia do direito à saúde em diversos sistemas, no SUS essas redes regionalizadas são importantes para a consecução dos princípios da universalidade, equidade e integralidade (GALVÃO *et al.*, 2013).

Redes regionalizadas contam com um território delimitado, representando uma grande vantagem, tendo em vista que essas condições podem favorecer uma definição mais clara das responsabilidades de cada serviço e em cada território (SILVA, 2011). O processo de regionalização é intencionado para minimizar o protagonismo das cidades e fortalecer a atuação das regiões administrativas.

nismo da União, possibilitando uma relação direta com os municípios em prol de uma participação maior do Estado (DOURADO; ELIAS, 2011).

Segundo Goya *et al.*, (2016) afirmam que se deve traçar as rotas e os centros de acesso a população para que se tenha um sistema regionalizado e hierarquizado em níveis crescentes de complexidades na territorialização das micro e macrorregiões de saúde. Cabe salientar, que as micro e macrorregiões são dívidas com ênfase na atenção secundária nas microrregiões e atenção terciária nas macrorregiões, em prol dos vazios assistenciais, onde a cobertura e a economia foram potentes na orientação da regionalização do Estado.

3.2 Impacto de uma rede regionalizada para os usuários e atenção integrada da saúde

As redes de atenção regionalizadas devem garantir resultados às necessidades de saúde da população usuária, já que podem ser consideradas a essência do funcionamento e da organização do sistema de saúde, os autores Silveira Filho *et al.*, (2016), em seus estudos, ressaltam que a configuração de uma rede é essencial para a garantia de um serviço de atenção mais especializado, e completa que a atenção primária à saúde tem redefinido cada papel da atenção secundária e terciária.

A regionalização é um sistema estratégico de hierarquização das ações e serviços de saúde que busca maior equidade nas ações e serviços de saúde no SUS. Fundamenta-se na configuração dos sistemas resolutivos e funcionais da assistência, pela organização dos territórios estaduais em módulos assistenciais, no estabelecimento de fluxos e mecanismos de contra referência e referência entre os municípios visando garantir assistência integral e o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde (BARRETO JÚNIOR, 2015).

O acesso aos serviços de saúde deve ser ordenado pela atenção primária à saúde, porta de entrada do SUS, sendo contemplado em uma rede regionalizada e hierarquizada, mediante os níveis de complexidade. Desse modo, a integralidade na assistência deve-se iniciar e completar nas redes de atenção à saúde, com o referenciamento do cliente em toda a rede regional e também, interestadual (DUARTE *et al.*, 2015).

Redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condições favoráveis para a efetivar a integralidade nas ações e nos serviços de saúde, minimizam os custos do serviço por imprimir uma grande racionalização sistêmica na utilização desses recursos. Os serviços que compõem as redes devem ser integrados

com objetivo de suprir a necessidade da oferta hospitalar, ambulatorial especializada assistência farmacêutica, suporte diagnóstico e de transporte (SILVA, 2011).

O processo de regionalização garante aos seus usuários as ações e serviços de qualidade, com menor custo econômico, social e sanitário possível. Além disso, gera impactos positivos na equidade, reduz custos sociais altos e grandes impostos de deslocamento dos usuários do SUS para fora de suas regiões. É evidente que fortalecer a regionalização do SUS, passa primeiro pela integração dos municípios, e exige, sobretudo, uma participação mais ativa, propositiva e engajada (SILVA; GOMES, 2013).

3.3 Desafios para a Consolidação de Redes Regionalizadas no Sistema Único De Saúde

O processo de regionalização torna-se menos possível quando não há presença das esferas municipais (região) e estadual. Outro fato, é que quando há uma competitividade entre os municípios piora o equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de saúde da região, pois os municípios não aceitam compartilhar seus serviços e recursos com os cidadãos que não são residentes em seu território. O deslocamento do cidadão entre os municípios é um direito, que exalta a necessidade dos gestores se mobilizarem para minimizar essa realidade (SILVA; GOMES, 2013).

Grande parte dos municípios não são autossuficientes, demandando serviços de outras regiões de saúde, ressaltando assim a necessidade de uma rede bem estruturada para atender a população usuária. Um dos desafios também identificado no processo de regionalização, está relacionado com a garantia da atenção de média e alta complexidade, para que haja a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde especializados, deve-se instituir consórcios públicos da saúde. Outrora, grande parte dos municípios padecem com carência de recursos, cuja distribuição em sua maioria concentra-se e, grandes cidades metropolitanas ou capitais, evidenciando a grande fragilidade da rede (ALMEIDA *et al.*, 2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do processo de regionalização é essencial para a melhoria na assistência integral e no acesso aos serviços de saúde. A criação de redes regionalizadas e integradas é indispensável para a continuidade do cuidado.

Ainda é necessário o fortalecimento e o incentivo de ações políticas e técnico-administrativas no âmbito da União, dos Estados e dos municípios, tendo como foco de fortalecimento o nível municipal e a organização dos sistemas microrre-

cionais de saúde, espaços que podem ocorrer mudanças organizativas, gerenciais e técnico-assistenciais que colaboram para a construção de modelos de atenção que são capazes de dar respostas adequadas suprindo as necessidades e os problemas saúde da população de cada local.

Desse modo, para a consolidação do SUS, a regionalização é uma etapa primordial, tendo em vista que os municípios não são autossuficientes e há grandes desigualdades nas regiões. Assim, identificar as necessidades e ofertar serviços de saúde podem ser determinantes na busca pela integralidade e na redução das desigualdades.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de *et al.* Desigualdades regionais em saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000-2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1055-1064>. Acesso em: 20 dez. 2021.

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada à saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4527-4540, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6yHMGMLTpgsKDGZG9QLfqN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 461-471, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DsSTcydR8Q-gRgqWWTPbBr4k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-96)**. Diário Oficial da União 1996.

CHEBLI, Ivan Charles Fonseca; PAIVA, Marcélia Guimarães; STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina. A Regionalização: desdobramento da Descentralização?. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 13, 2010. Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=eh>. Acesso em: 20 dez. 2021.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais *et al.* Regionalization and human development: a typology of health regions in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1163-1174, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FGVz3pwQ7gGjDr4d-5TKCLZf/abstract/?format=html&lang=en>. Acesso em: 20 dez. 2021.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 204-211, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bCWB3sW-TXQLXWjjFkcWwgLt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

GALVÃO, Jôse Ribas *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. Dis-

ponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xWSLQqQhbFxfVHQ6MB4JtR/abstract/?lang=pt>. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019. Acesso em: 20 dez. 2021.

GOYA, Neusa *et al.* Regionalização da saúde:(in) visibilidade e (i) materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 902-919, 2016. Disponível em: Acesso em: 20 dez. 2021.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVERNEY, Assis Mafort. Obstáculos à comissão regional do SUS Interrogatórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1097-1108, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JS3cnw4zzy-QyNdGrWhDQZPq/abstract/?lang=pt> Acesso em: 20 dez. 2021.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVERNEY, Assis Mafort. Obstáculos Políticos à Regionalização do SUS: percepções de Secretários Municipais de Saúde com assento nas Comissões Interinstitucionais Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, pág. 1097-1108, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JS3cnw4zzyQyNdGrWhDQZPq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al.* Thoughts on the development of active regional public health systems. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1045-1054, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kH9mph6vVhWvKLGbSX4bBF-d/?format=html&lang=en>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SANCHO, Leyla Gomes *et al.* The health regionalization process from the perspective of the transation cost theory. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1121-1130, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gYYZpwK8MV9KhpNYPr-zHrPG/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/14.pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.

SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 853-878, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/NvwtMHkTpHWJC3SbxqZ6zy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 1106-1116, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dDgkwgHYDdQw4bYc-DqrkGD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, p. S7-S16, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/4cRGtDKTb8F6Vyj7fXVnKNq/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CAPÍTULO 6

USO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA PARA AVALIAR A PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS

*USE OF THE GERIATRIC DEPRESSION SCALE TO ASSESS
THE PREVALENCE OF DEPRESSION IN ELDERLY
BENZODIAZEPINE USERS*

Cristian Reinaldo Arenhardt¹

Luiza Maria Guimarães de Souza Leite²

Mauro Castro de Albuquerque Filho³

Rodolfo Barbosa de Freitas⁴

Shimena Targino Rodrigues Simões Brasileiro⁵

Victor Lucas Veras Lins⁶

Edenilson Cavalcante Santos⁷

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.6

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. <http://lattes.cnpq.br/5670616317329260>. cristian.arenhardt@hotmail.com

² Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. <http://lattes.cnpq.br/9764639348272905>. luizamgsl@gmail.com

³ Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. <http://lattes.cnpq.br/1998168714613169>. maurocastro1996@gmail.com

⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. <http://lattes.cnpq.br/3191072011825318>. rodolfovbfreitas@hotmail.com

⁵ Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. <http://lattes.cnpq.br/5096541450547766>. shimenatargino@hotmail.com

⁶ Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. <http://lattes.cnpq.br/0556924561766271>. victorveraslins@gmail.com

⁷ Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0002-5924-8065>. edenilsoncavalcante@gmail.com

RESUMO

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum no paciente idoso, configurando-se como preditor de suicídio nessa população. Além disso, é a quarta causa de incapacidade no mundo segundo a OMS. Os sintomas da doença apresentam-se de forma incomum e, portanto, podem não preencher os critérios definidos para diagnóstico. Dessa forma, pode-se lançar mão de escalas de sintomas, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de Yesavage, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para esse diagnóstico. Após o seu lançamento em 1960, os benzodiazepínicos passaram a ser as drogas mais prescritas para o combate à ansiedade e à insônia em todo o mundo. Nesse contexto o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de depressão, por meio da escala de depressão geriátrica, em idosos usuários de benzodiazepínicos de uma determinada área da cidade de Campina Grande. Observou-se que a prevalência de sintomas depressivos na população estudada foi de 13,0% a 48,5%. Sete itens são os que caracterizam significativamente o grupo de idosos: estão satisfeitos com a vida (92,3%); estão de bom humor (92,3%); sentem-se felizes (92,3%); não se sentem desamparados (84,3%); pensam que é maravilhoso estar vivo (100%); não se sentem inúteis (92,3%) e não pensam que a maioria das pessoas está melhor se próprio (84,6%). Conclui-se que, apesar dos dados obtidos, é importante que mais estudos sejam conduzidos com amostras mais expressivas a fim de que os dados sejam mais representativos da realidade e, dessa forma, intervenções mais precisas sejam elaboradas.

Palavras-chave: Idoso. Depressão. Benzodiazepínico.

ABSTRACT

Depression is the most common psychiatric disorder in elderly patients, being a predictor of suicide in this population. In addition, it is the fourth leading cause of disability in the world according to the WHO. The symptoms of the disease present in an unusual way and, therefore, may not fulfill the defined criteria for diagnosis. Thus, symptom scales can be used, such as the Geriatric Depression Scale (GDS) by Yesavage, in order to sensitize health professionals to this diagnosis. After their launch in 1960, benzodiazepines became the most prescribed drugs for combating anxiety and insomnia worldwide. In this context, the objective of this study was to determine the prevalence of depression, through the geriatric depression scale, in elderly users of benzodiazepines in a certain area of the city of Campina Grande. It was observed that the prevalence of depressive symptoms in the population studied ranged from 13,0% to 48,5%. Seven items are the ones that significantly characterize the elderly group: they are satisfied with life (92,3%); they are in a good mood

(92.3%); they feel happy (92.3%); they do not feel helpless (84.3%); they think it's wonderful to be alive (100%); they do not feel useless (92.3%) and they do not think that most people are better off (84.6%). It is concluded that, despite the data obtained, it is important that more studies are conducted with more expressive samples so that the data are more representative of reality and, thus, more precise interventions are developed.

Keywords: Elderly. Depression. Benzodiazepine.

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que entre 2000 e 2050 a proporção da população mundial com mais de 65 anos deva dobrar de aproximadamente 11% para 22%, e o número absoluto deve passar de 605 milhões para 2 bilhões. A depressão, um distúrbio mental comumente observado em idosos, é uma das quatro principais afecções que afetam a humanidade no século XXI (WU *et. al.*, 2018). Além disso, a depressão é o maior contribuinte único para incapacidade global (BRAGA JÚNIOR, 2015) e o maior contribuinte para o suicídio (PILANIA *et. al.*, 2019).

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) se caracteriza por sintomas de tristeza, desesperança, desamparo, anedonia, insônia, alterações de apetite e fadiga. Caso sejam comparados, as mulheres tendem a lembrar e relatar sintomas de depressão mais frequentemente do que os homens, sendo costumeiro o relato delas de aumento de apetite, ganho de peso, hipocondria, ruminação e preocupações somáticas, ao passo que os homens referem com maior frequência queixas como perda de peso e apresentam maior resistência quanto ao uso de medicações. Nesse contexto, a prevalência de TDM é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens (LABAKA *et. al.*, 2018).

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum no paciente idoso, configurando-se como preditor de suicídio nessa população. Além disso, é a quarta causa de incapacidade no mundo segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRAGA JÚNIOR, 2015; WU *et. al.*, 2018). Os sintomas da doença apresentam-se de forma incomum e, portanto, podem não preencher os critérios definidos para diagnóstico segundo o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) ou o DSM-5 (5^a edição do Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental) da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Estima-se que apenas 25% dos pacientes com sintomas significativos preenchem tais critérios (ALMADA FILHO, 2017). Por outro lado, os sintomas podem estar associados a diversos fatores confundidores, o que

dificulta ainda mais o diagnóstico (FREITAS *et. al.*, 2013, p. 481; BRAGA JÚNIOR, 2015).

Dessa forma, pode-se lançar mão de escalas de sintomas, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de Yesavage, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para esse diagnóstico. Nesse contexto, consegue-se iniciar um tratamento adequado, a fim de suprimir sintomas depressivos e seu risco de recidiva e, também, melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos indivíduos (ALMADA FILHO, 2017).

Após o seu lançamento em 1960, os benzodiazepínicos passaram a ser as drogas mais prescritas para o combate à ansiedade e à insônia em todo o mundo. Eles atuam diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC) alterando aspectos cognitivos e psicomotores do organismo, tendo como efeitos terapêuticos a sedação, hipnose e relaxamento muscular e, por esse motivo, são prescritos principalmente para o tratamento de ansiedade associada a distúrbios cardiovasculares ou gastrointestinais, distúrbios do sono, convulsões, espasmos musculares involuntários, dependência de álcool e outras drogas (ZANETTI, 2014).

Apesar de oferecerem relativa segurança, essas drogas apresentam efeitos colaterais principalmente relacionados à depressão do SNC, como: diminuição da atividade psicomotora, prejuízo à memória, desinibição paradoxal, tolerância, dependência, efeito depressor potencializado por outras drogas, a exemplo do álcool. Além desses efeitos, a depressão e a distimia podem ser consequência do uso dessas medicações (ZANETTI, 2014).

Nesse contexto, torna-se importante avaliar a prevalência de depressão em pacientes usuários crônicos dessa classe de droga, para que se possa propor correto tratamento da depressão, quando presente, e também medidas de redução do uso abusivo e da dependência dos benzodiazepínicos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Depressão em idosos

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais prevalente nos idosos e seus sintomas podem se apresentar de forma atípica (BRAGA JÚNIOR, 2015; PARADELA, 2014). Segundo a OMS, a depressão é a quarta causa de incapacidade no mundo (BRAGA JÚNIOR, 2015). Os sintomas depressivos podem, de forma equivocada, ser atribuídos ao processo de envelhecimento por parte do próprio idoso, familiares e até mesmo por alguns profissionais de saúde (FREITAS *et. al.*, 2013; BESPALHUK

et. al., 2021). Entre idosos da comunidade a prevalência de transtornos depressivos pode variar de 4,8% a 14,6% ou de 13,5 a 17,1% (FREITAS *et. al.*, 2013; BORGES, 2021).

Caso seja levado em consideração apenas o idoso hospitalizado, essa proporção aumenta para 22%, e caso sejam levados em consideração os sintomas clinicamente significantes, por intermédio de escalas de sintomas, a prevalência na comunidade aumenta para 6,4% a 59,3% (FREITAS *et. al.*, 2013; ALMADA FILHO, 2017).

É observada maior prevalência em idosos com idade mais avançada (com mais de 75 anos), sendo também mais frequente no sexo feminino, talvez porque as mulheres vivem mais e por isso convivem por mais tempo com as limitações funcionais (ALMADA FILHO, 2017; BESPALHUK *et. al.*, 2021; BORGES, 2021). A grande variabilidade na prevalência depende da população alvo do estudo, dos critérios utilizados e da origem do idoso: comunidade, hospital, ambulatório especializado, instituição de longa permanência (BESPALHUK *et. al.*, 2021; ALMADA FILHO, 2017; FERREIRA *et. al.*, 2021).

2.2 Fisiopatologia da depressão

A fisiopatologia dessa entidade nosológica é complexa e multifatorial, sendo resultante de interações entre fatores de risco, eventos estressores, declínio cognitivo e alterações na expressão dos genes. A história familiar tem maior importância para o desenvolvimento de depressão de início precoce (ALMADA FILHO, 2017). Há dados sugestivos de que algumas das principais alterações são nos neurorreceptores, sobretudo no que diz respeito ao número e também na sensibilidade dos neurorreceptores pré e pós sinápticos do SNC (FREITAS *et. al.*, 2013; PARADELA, 2014).

As sinapses são estruturas dinâmicas nas quais ocorre a neurotransmissão e outras sinalizações intercelulares. No cérebro senescente há remodelação dessas estruturas com a consequente alteração na árvore dendrítica e no número de neurônios, sendo que, dessa forma os principais sistemas de neurotransmissores podem sofrer mudanças, dentre esses sistemas temos: colinérgico, dopaminérgico, noradrenérgico e serotoninérgico (ALMADA FILHO, 2017).

Outras alterações encontradas em idosos portadores de depressão são: a alteração no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal com consequente aumento na concentração plasmática de cortisol; desregulação na produção de citocinas pró inflamatórias com aumento nas concentrações de interleucina 6 (IL-6) e fator de necrose tumoral

alfa, alterações essas que interferem no processo de neurotransmissão cerebral sobretudo no núcleo *accumbens*, na amígdala e no hipocampo (ALAMADA FILHO, 2017).

Observa-se também, no contexto dessa alteração pró inflamatória, aumento da espessura cortical provavelmente relacionado à proliferação de astrócitos (ALAMADA FILHO, 2017). Com relação aos fatores genéticos sabe-se que o risco de parentes de primeiro grau de um paciente deprimido desenvolverem a doença é três vezes maior do que parentes de paciente não deprimido, com a correlação chegando a 40% em gêmeos (FREITAS *et al.*, 2013).

2.3 Fatores de risco e critérios diagnósticos da depressão geriátrica

Os fatores de risco para depressão no idoso incluem: doença cerebrovascular, idade (mais prevalente em jovens, mas os idosos têm maior prevalência de sintomas que não preenchem os critérios propostos para diagnóstico), gênero feminino, estado civil (possuir parceiro é fator protetor), doença psiquiátrica, uso de medicamentos (dentre os quais: anti-hipertensivos, diuréticos, digitálicos, corticosteróides, benzodiazepínicos, álcool), baixa escolaridade (FREITAS *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2021; PARADELA, 2014).

Dentre os fatores considerados precipitantes temos: luto, mudança de residência, eventos adversos (perdas, separação, problemas financeiros), isolamento social, alteração do sono (BRAGA JÚNIOR, 2015).

Como critérios diagnósticos para depressão pode-se utilizar CID-10 ou o DSM-5. Na área de geriatria do Brasil o referencial da APA é o mais utilizado (FREITAS *et al.*, 2013).

A depressão de início tardio (geriátrica), definida como aquela que se inicia acima dos 60 – 65 anos, quando comparada àquela de início precoce, apresenta com menor força uma história familiar positiva, maior prevalência de demência, piora no desempenho cognitivo e funcional e dano auditivo neurosensorial (FREITAS *et al.*, 2013; BRAGA JÚNIOR, 2015; ALMADA FILHO, 2017).

Além disso, a neuroimagem demonstra alterações de estrutura e função cerebral na depressão geriátrica, sendo que os padrões encontrados são intermediários entre o padrão normal e o de pacientes demenciados (PARADELA, 2014). Os subtipos de depressão mais encontrados em idosos são: depressão vascular, síndrome depressão, depressão psicótica, depressão melancólica (FREITAS *et al.*, 2013; BORGES, 2021).

Pode haver dificuldade para se diferenciar quadro depressivo de quadro demencial, principalmente quando estão presentes sintomas como apatia, perda de peso, retardo psicomotor, redução da concentração, da memória de curto prazo, falta de iniciativa e de volição. Em portadores de demência são comuns a apatia e a redução da iniciativa, ao passo que na depressão, sobretudo quando grave, são afetadas principalmente a função executiva, a velocidade de processamento e a memória episódica (FREITAS *et al.*, 2013).

2.4 Sintomas depressivos e escalas para rastreio de depressão

Os sintomas depressivos em qualquer nível se associam com atividade da doença em nível biológico. Dessa forma, os sintomas clinicamente significantes, ainda que não preencham critério para depressão pelo CID-10 ou DSM-5, causam danos à saúde e ao bem estar dos indivíduos. Esse elenco de sintomas é definido como depressão subsindrômica que, por sua vez, caracteriza-se pela presença de dois ou mais sintomas depressivos na maior parte do tempo, durante pelo menos duas semanas, sem que o indivíduo preencha critérios para depressão maior ou outros transtornos do humor (BORGES, 2021). Assim, observa-se que no curso da depressão maior os pacientes passam mais tempo com sintomas depressivos do que com o quadro clínico completo exigido pelos critérios diagnósticos (FREITAS *et al.*, 2013).

Na atenção básica o índice de reconhecimento e, portanto, tratamento dos sintomas de depressão é baixo. Um dos motivos para esse baixo índice é o fato de que alguns dos sintomas integrantes dos critérios diagnósticos para depressão são erroneamente ou culturalmente aceitos como fatores próprios do envelhecimento ou como secundários a alguma patologia clínica (BESPALHUK *et al.*, 2021). Além disso, as próprias doenças clínicas, o isolamento social, o início insidioso dos sintomas e a ausência ocasional de humor deprimido levam o paciente a não se queixar, a família a não o encaminhar ao serviço de saúde e o profissional de saúde a não o investigar (FREITAS *et al.*, 2013).

Existem várias escalas diagnósticas validadas para rastreio de depressão ou verificação da gravidade de seus sintomas. Essas escalas ajudam a expor objetivamente os sintomas e, por isso, auxiliam na avaliação diagnóstica e diminuem o risco de subdiagnóstico. Na população idosa a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é o instrumento mais popular para avaliação sintomatológica, além de ser o único instrumento desenvolvido especificamente para essa faixa etária (BORGES, 2021).

Esse instrumento é de fácil aplicação, com respostas dicotômicas do tipo “sim” e “não”, podendo ser aplicado por profissional da área da saúde, leigos ou autoaplicado. Tem como vantagem o fato de não incluir sintomas somáticos, o que reduz a interferência de sintomas confundidores, e como desvantagem a limitação do uso na presença de déficit cognitivo (FREITAS *et al.*, 2013; BRAGA JÚNIOR, 2015). A versão original da EDG possui 30 itens, mas existem versões simplificadas, sendo a principal composta por 15 questões selecionadas, na qual uma pontuação acima de cinco pontos sugere depressão (FREITAS *et al.*, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo transversal, descritivo e analítico.

3.2 Local, período e população do estudo

O estudo foi realizado com a população de idosos atendidos pelas Equipes I e II da Unidade Básica de Saúde da Família Romualdo Brito de Figueiredo, situada na Praça Florinda Silva Colaço, S/N, Bairro Jardim Paulistano, cidade de Campina Grande, no período de fevereiro de 2021 a fevereiro de 2022.

3.3 Tamanho amostral

O presente estudo foi executado a partir da utilização de amostra calculada a partir da fórmula a seguir (Figura 1), com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro máxima de 5%.

Figura 1 - Fórmula para cálculo da amostra.

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

Onde: n = Número de indivíduos na amostra; $Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado; E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. σ = Desvio-padrão populacional da variável estudada; N = Tamanho da população estudada.

Fonte: MIOT, 2011.

A amostra foi calculada tendo como base a população de idosos atendidos pelas Equipes I e II da UBS Romualdo Brito de Figueiredo da cidade de Campina Grande nos anos de 2021/2022, 692 idosos ao todo e, após a aplicação da fórmula, foi encontrado o número de 43 pessoas.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

3.4.1 Critérios de inclusão

- Pacientes idosos (mais de 60 anos) usuários de benzodiazepínicos atendidos pelas equipes I e II da UBS Romualdo Brito de Figueiredo da cidade de Campina Grande;

- Pacientes que aceitaram participar da pesquisa, demonstrando seu interesse e consentimento por intermédio da assinatura do TCLE.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Pacientes que não aceitaram participar da pesquisa;
- Pacientes que apresentam distúrbio cognitivo que impossibilite a aplicação dos questionários;
- Paciente que, por algum motivo (baixo nível de escolaridade, por exemplo) não consiga compreender corretamente os itens dos questionários aplicados.
- Paciente que já tenha diagnóstico de depressão estabelecido ou que utilize medicação antidepressiva.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

A - Avaliação sociodemográfica (Quadro 1).

Quadro 1 - Avaliação Sociodemográfica

1	Sexo
2	Idade
3	Estado Civil
4	Escolaridade
5	Ocupação (Trabalha? Aposentado? Pensionista?)
6	Mora com?
7	Comorbidades
8	Uso de medicamentos (Quais? Há quanto tempo?)

Fonte: Autores, 2022.

B - Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS- 15): Amplamente utilizada e validada para diagnóstico de depressão em idosos. Consiste em um questionário que avalia sintomas depressivos nos idosos, constituído por 15 quesitos dicotômicos (respostas “sim” ou “não”), no qual cada quesito com resposta afirmativa caracteriza um ponto na avaliação final. Dessa forma, cinco ou mais pontos indicam a presença de sintomas depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

C – Mini Exame do Estado Mental (*Mini Mental State Examination / MMSE*): É um teste com um total de 30 pontos que avalia orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial. Quando da aplicação do teste deve-se fazer ajustes considerando-se a idade e o grau de instrução. Para pacientes analfabetos o ponto de corte é 19; para os que apresentam um a três anos de escolaridade, 23 pontos; quatro a sete anos, 24 pontos; e com mais de sete anos de instrução, 28 pontos (BRUCKI *et al.*, 2003; FOLSTEIN *et al.*, 1975). Pacientes cuja pontuação for igual ou superior ao ponto de corte são cognitivamente normais. Caso a pontuação seja inferior ao ponto de corte, o paciente apresenta provável déficit cognitivo e, nesse caso, outros testes diagnósticos seriam necessários para melhor elucidação (BRUCKI *et al.*, 2003).

D – Escala para avaliação funcional do indivíduo (Escala de Katz). As Atividades básicas da Vida Diária são relacionadas ao autocuidado e são fundamentais para a manutenção da independência. O escore é obtido com base no desempenho do indivíduo, com a pontuação máxima de seis para a pessoa independente e mínima de zero para a pessoa totalmente dependente (KATZ, 1963).

3.6 Procedimentos de coleta de dados

Foi realizada uma primeira abordagem dos pacientes para aplicação do questionário sócio demográfico, a qual foi executada pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Romualdo Brito de Figueiredo. Essa etapa serviu como triagem dos pacientes para aplicação das demais escalas. Foram aplicados, com base na população alvo e critérios de inclusão, 20 questionários sociodemográficos, tendo sido excluídos sete pacientes por já terem diagnóstico de depressão estabelecido e usarem medicação antidepressiva, restando o total de 13 pacientes.

Após a seleção dos pacientes foi realizada visita domiciliar, em alguns casos, ou consulta na unidade para explicação sobre o tema e sua importância, em seguida foram expostos os objetivos da pesquisa e distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que, após ser lido, foi assinado em duas vias. Após a assinatura do TCLE, foi feita aplicação das escalas de Yesavage versão reduzida (GDS-15), Mini mental e de Katz.

3.7 Processamento e análise dos dados

Para avaliar as características de Autonomia funcional (Katz), Estado mental (MEEM) e Depressão (Inventário de Yesavage) em uma amostra de n=13 idosos foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuição de frequências absolutas e relativas. Na

parte inferencial foram aplicados os seguintes métodos: **(a)** Para avaliar a associação entre duas variáveis nominais dicotômicas foi aplicado o teste Exato de Fisher conforme recomenda (AYRES *et al.*, 2007, p.127); **(b)** Para comparar a distribuição de uma variável nominal foi Aplicado o Teste G de aderência. Foi previamente fixado erro alfa em 5% para rejeição de hipótese nula e o processamento estatístico foi realizado nos programas BioEstat versão 5.3 e STATA release 17.

3.8 Aspectos éticos

O estudo em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, sob o Protocolo CAAE: 46776921.4.0000.5186. Não há conflito de interesses e para a discussão dos dados, foi utilizado o referencial teórico disponibilizado gratuitamente na literatura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre o grupo de n=13 idosos, verificou-se que n=4 (30.8%) apresentam 5 ou mais sintomas de depressão. O Intervalo de Confiança (IC) de 95% mostra que a prevalência de sintomas depressivos está no intervalo de 13.0% a 48.5%, o que demonstra intervalo superior ao encontrado na literatura (FREITAS *et al.*, 2013; BORGES, 2021).

A distribuição das respostas ao inventário de depressão mostrou que 07 (sete) itens são os que caracterizam significativamente o grupo de idosos (Tabela 1): estão satisfeitos com a vida (92.3%, p-valor =0.0012, estatisticamente significante); estão de bom humor (92,3%, p-valor =0.0012, estatisticamente significante); sente-se feliz (92,3%, p-valor =0.0012, estatisticamente significante); não se sente desamparado (84,3%, p-valor =0.0102, estatisticamente significante); pensa que é maravilhoso estar vivo (100%, p-valor<0.0001, estatisticamente significante); não se sente inútil (92,3%, p-valor =0.0012, estatisticamente significante) e não pensa que a maioria das pessoas está melhor si próprio (84,6%, p-valor =0.0102, estatisticamente significante).

Por outro lado, os sintomas depressivos mais frequentes são: preferir permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas (53,8%); ter mais problemas de memória (38,5%); não se sente cheio de energia (30,8%) e sentir que sua situação é sem esperança (38,5%).

Tabela 1 - Detalhes dos componentes da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, em uma amostra de n=13 idosos usuários de benzodiazepínicos.

Itens da Escala de Depressão Geriátrica	Presença dos sintomas				
	Sim		Não		p-valor*
n	%	n	%		
Você está satisfeito com a sua vida?	12	92,3	1	7,7	0,0012
Você deixou de lado muito de suas atividades e interesses?	5	38,5	8	61,5	0,4121
Você sente que sua vida está vazia?	3	23,1	10	76,9	0,0504
Você se sente aborrecido com frequência?	3	23,1	10	76,9	0,0504
Você está de bom humor na maioria das vezes?	12	92,3	1	7,7	0,0012
Você teme que algo ruim lhe aconteça?	4	30,8	9	69,2	0,1680
Você se sente feliz na maioria das vezes?	12	92,3	1	7,7	0,0012
Você se sente frequentemente desamparado?	2	15,4	11	84,6	0,0102
Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	7	53,8	6	46,2	0,0741
Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	5	38,5	8	61,5	0,4121
Você pensa que é maravilhoso estar vivo(a)?	13	100,0	0	0,0	<0,0001
Você se sente inútil?	1	7,7	12	92,3	0,0012
Você se sente cheio(a) de energia?	9	69,2	4	30,8	0,1680
Você sente que sua situação é sem esperança?	5	38,5	8	61,5	0,4121
Você pensa que a maioria das pessoas está melhor do que você?	2	15,4	11	84,6	0,0102

*p-valor: Teste exato de Fischer

Fonte: autores, 2022.

No grupo de 13 idosos, n=5 (38,5%) apresentam demência, conforme a avaliação do MEEM. A estimativa do IC de 95% mostra que a prevalência de sintomas depressivos está no intervalo de 19.8% a 57.2%. Porém sabe-se que a escala do MEEM não tem boa acurácia para transtornos demenciais leves e que ela sofre influência de fatores como escolaridade e dificuldades visual e auditiva, por exemplo (BRUCKI *et al.*, 2003), portanto, a confirmação desse dado necessita de avaliação mais acurada e precisa, a qual não foi realizada no presente estudo.

A avaliação dos itens da Escala de Katz que mais interferem na autonomia funcional mostrou que apenas o item Continência foi indicado por 1 (um) idoso, entretanto mesmo esse item apresentou p-valor = 0.0031, estatisticamente significante para Independência funcional (92,3% dos idosos).

Avaliação da associação entre Sintomas depressivos e presença de demência (MEEM) foi realizada pelo teste Exato de Fisher o qual resultou no p-valor = 0.9989, não significante, portanto, não há evidências de real associação entre sintomas depressivos e a presença de demência, segundo Borges (2021) a relação entre demência e depressão é positiva, porém se for avaliada apenas a população masculina essa associação perde efeito. Na amostra a situação mais frequente é de idosos sem demência e sem sintomas de depressão (46,1%).

A avaliação da associação entre o diagnóstico do MEEM em relação às perguntas do Inventário de Depressão Geriátrica de Yesavage mostrou que nenhuma das 15 perguntas apresenta relação estatisticamente significante (p -valor > 0,05 para todas) (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação entre o diagnóstico do MEEM em relação as perguntas do Inventário de Depressão Geriátrica de Yesavage, em uma amostra de $n=13$ idosos usuários de benzodiazepínicos.

Perguntas do Inventário de Depressão	Resultados do MEEM									
	Demência (n = 5)		Normal (n = 8)		Sim	%	Não	%	Sim	%
	Sim	%	Sim	%						
Você está satisfeito com a sua vida?	5	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5		0,9999
Você deixou de lado muito de suas atividades e interesses?	2	40,0	3	60,0	3	37,5	5	62,5		0,9992
Você sente que sua vida está vazia?	1	20,0	4	80,0	2	25,0	6	75,0		0,9999
Você se sente aborrecido com frequência?	2	40,0	3	60,0	1	12,5	7	87,5		0,5105
Você está de bom humor na maioria das vezes?	4	80,0	1	20,0	8	100,0	0	0,0		0,3846
Você teme que algo ruim lhe aconteça?	2	40,0	3	60,0	2	25,0	6	75,0		0,9999
Você se sente feliz na maioria das vezes?	4	80,0	1	20,0	8	100,0	0	0,0		0,3846
Você se sente frequentemente desamparado?	1	20,0	4	80,0	1	12,5	7	87,5		0,9999
Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	3	60,0	2	40,0	4	50,0	4	50,0		0,9999
Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	2	40,0	3	60,0	3	37,5	5	62,5		0,9992
Você pensa que é maravilhoso estar vivo(a)?	5	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0		0,9999
Você se sente inútil?	0	0,0	5	100,0	1	12,5	7	87,5		0,9999
Você se sente cheio(a) de energia?	4	80,0	1	20,0	5	62,5	3	37,5		0,6084
Você sente que sua situação é sem esperança?	1	20,0	4	80,0	4	50,0	4	50,0		0,5649
Você pensa que a maioria das pessoas está melhor que você?	5	100,0	0	0,0	2	25,0	6	75,0		0,0210

*p-valor: Teste exato de Fischer

Fonte: autores, 2022.

A avaliação da associação entre os componentes da escala de atividades básicas da vida diária (Katz) e o Inventário de Depressão Geriátrica de Yesavage foi realizada pelo teste Exato de Fisher o qual resultou no p -valor = 0,9999 para todos os itens da escala Katz, portanto não há evidências de associação entre o inventário de depressão geriátrica e os itens de autonomia funcional do Katz.

Houve 1 paciente com diagnóstico de Dependência (segundo o KATZ) no item “Contingência”, e nas outras áreas (Banho, Vestuário, Higiene Pessoal, Transferência e Alimentação) é “Independente”. Esse paciente, ao responder o Inventário de Depressão Geriátrica, indicou as seguintes características: está satisfeito com a sua vida; deixou de lado muito de suas atividades e interesses; está de bom humor na maioria das vezes; teme que algo ruim lhe aconteça; sente-se feliz na maioria das vezes; prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas e pensa que é maravilhoso estar vivo; não sente que a vida está vazia; não se sente aborrecido com frequência; não se sente frequentemente desamparado; não sente que tem mais problemas de memória que antes; não se sente inútil; não se sente cheio de energia;

não sente que sua situação é sem esperança e pensa que a maioria das pessoas está melhor do que ele.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as análises realizadas, algumas não obtiveram valores estatisticamente significantes, o que pode decorrer do pequeno número de pacientes participantes da amostra, bem como algumas associações encontradas podem sofrer viés também pelo mesmo motivo.

Nesse contexto, para que essa relação seja melhor elucidada são necessários estudos com maior poder estatístico e com maior número de participantes a fim de que se obtenham dados com melhor correlação com a realidade e, dessa forma, intervenções mais precisas sejam colocadas em prática.

REFERÊNCIAS

- ALMADA FILHO, C. M. **Depressão no Idoso.** In: Sociedade Brasileira de Clínica Médica; LOPES, A. C.; CIPULLO, J. P.; KUBIAC, C. A. P.; organizadores. PROCLIM Programa de atualização em Clínica Médica: Ciclo 15. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 99 – 122. (Sistema de Educação à Distância; v1).
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.
- AYRES, M.; AYRES JUNIOR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. S. **Bioestat 5.3 aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas.** Belém: IDSM, 2007. 364p.
- BORGES, M. K. **Depressão como preditor para fragilidade nos idosos: estudo de coorte ambulatorial.** 2021. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.
- BESPALHUK, K. T. P.; FERREIRA, L. V. C.; MENDES, P. A.; REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; VENDRAMINI, A. C. M. G. Prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em unidades de saúde da família e fatores associados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, n. 34, p. 1-20, 2021.
- BRAGA JÚNIOR, D. **Depressão no idoso: diagnóstico e tratamento.** In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; KITNER, D.; JALUUL, O. organizadores. PROGER Programa de atualização em Geriatria e Gerontologia: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 117 – 69. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).
- BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, p. 777-781, 2003.

FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FERREIRA, F. G.; GOMES, L. de O.; GRANGEIRO, A. F. B.; CINTRA, T. R.; MELLO, J. L. M de; MAGALHÃES, P. R. de M.; CUNHA, C. da S. Prevalência De Depressão E Fatores Associados Em Idosos Atendidos Na Atenção Primária à Saúde Em Região Metropolitana Do Distrito Federal. **Scientia Medica**, v. 31, n. 1, 2021.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHIGH, P. R. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, p. 189-195, 1975.

FREITAS, E. V. de; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GIRZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

KATZ, S. Studies of Illness in the Aged. **The Journal of the American Medical Association**, v. 185, n. 12, p. 914, 1963.

LABAKA, A.; GOÑI-BALENTZIAGA, O.; LEBEÑA, A.; PÉREZ-TEJADA, J. Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. **Biological Research For Nursing**, v. 20, n. 4, p. 383-392, 2018.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011.

PARADELA, E. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 2, dez. 2014.

PILANIA, M.; YADAV, V.; BAIRWA, M.; BEHERA, P.; GUPTA, S. D.; KHURANA, H.; MOHAN, V.; BANIYA, G.; POONGOTHAI, S. Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 19, n. 832, 2019.

StataCorp. 2021. Stata **Statistical Software: Release 17**. College Station, TX: Stata-Corp LLC.

WU, M. H.; CHANG, S. M.; CHOU, F. H. Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Filial Piety and Depression in Older People. **Journal of Transcultural Nursing**. V. 29, n. 4, p. 369-378, 2018.

ZANETTI. M. C. F. **Proposta de prevenção do uso abusivo de benzodiazepínicos pela população idosa atendida pelo Centro de Saúde Piratininga**. 2014. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2014.

CAPÍTULO 7

INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA DINÂMICA FAMILIAR E NO CONVÍVIO SOCIAL DA CRIANÇA

THE INFLUENCE OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER ON FAMILY DYNAMICS AND ON THE CHILD'S SOCIAL LIFE

Erik Bernardes Moreira Alves¹
Gustavo Tavares de Mello Maruco²
Arthur de Morais Lago³
Camille Honorio Pires⁴
Isadora Thaynara Dias Pinheiro⁵
Aressa Vieira Ribeiro⁶
Josiane Aparecida Fátima Gomes⁷
Tayná Takahashi Abreu⁸
Rayssa Coutinho Diógenes⁹
Camila Pimentel Carrijo Faria¹⁰
Kaic Ycarim Alves Rafael¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.7

1 erikbernardes.moreira11@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1449821778039298>

2 gustavommaruco@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5994-8240>

3 arthurmlago@academico.unirv.edu.br, <https://orcid.org/0000-0001-9318-8812?lang=en>

4 dracamille.chp@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9809-2892>

5 isathaynara@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/26422340751695757>

6 aressa_ribeiro3@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1863265778762224>

7 josianegomes_@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/8769968600319422>

8 taynatakahashi99@outlook.com, <https://orcid.org/0000-0002-7439-0262>

9 raaydiogenes@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/5643264974372158>

10 camilapimentelcarrijo@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/2077996857155023>

11 kaicrafael@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/4670214170527736>

RESUMO

O presente trabalho busca abordar a forma na qual o paciente diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tem sua dinâmica familiar e sua realidade social afetadas pelo diagnóstico do quadro clínico, principalmente entre pais/ responsáveis e filhos e sua realidade escolar, atingindo, assim, diretamente, o bem estar do menor. Buscou-se abordar, ainda, destacar as consequências deste transtorno no âmbito extra residencial decorrente da relação familiar. Devido sua elevada incidência e baixa compreensão acerca do diagnóstico, é de fundamental importância compreender o transtorno, como lidar com o mesmo e, da mesma maneira, contornar os contratemplos que podem surgir diariamente.

Palavras-chave: Pediatria. Relações Familiares. Saúde mental. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

ABSTRACT

This paper seeks to address how the patient diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder has its family dynamics and social reality affected by the diagnosis of the clinical picture, especially between parents/guardians and children and their school reality, thus directly affecting the welfare of the child. We also tried to address the consequences of this disorder in the extra-residential sphere arising from the family relationship. Due to its high incidence and low understanding about the diagnosis, it is of fundamental importance to understand the disorder, how to deal with it and, in the same way, circumvent the setbacks that may arise daily.

Keywords: Pediatrics. Family relations. Mental health. Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, ou TDAH, é uma desordem biofuncional e, clinicamente falando, heterogênea. Estima-se que 3% a 7% da população infantil têm esse diagnóstico. Normalmente, dentre os pacientes que obtiveram diagnóstico na infância, 50% a 70% permanecerão com o transtorno na fase adulta. De acordo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5^a edição, ou DSM-V, uma série de sintomas estão presentes no referido quadro, como desatenção, hiperatividade e impulsividade, manifestadas de maneira insistente e, normalmente, permanente.

Diariamente, paciente portadores de TDAH podem apresentar comportamentos, como falar excessivamente, apresentar agitação e inquietude, falta de autocontrole, dificuldade em protelar respostas e delegar funções, não atentar-se a detalhes, interrompe constantemente os outros e não consegue ouvir uma pergunta inteira sem tentar responder. Ademais, esses pacientes distraem-se facilmente e constantemente, não conseguem memorizar compromissos, organizar seus horários e afazeres, além de perder constantemente objetos.

No dia a dia familiar, esse transtorno pode culminar na falta de compreensão dos familiares, provocando atritos nesse convívio familiar, haja vista a impressão que pode ser passada aos pais e aos responsáveis do menor. Considerando que, a quem não detém conhecimento, entende que a criança não escuta, é desobediente, é transgressor das normas da residência e das solicitações dos seus responsáveis, além de ser agressivo frente a algumas frustrações. Esse fenômeno doméstico dá-se devido ao elevado nível de impulsividade, provocando um impacto negativo na relações sociais e familiares, causando um estresse com os conviventes ao menor.

As relações familiares podem ser marcadas por experiências desagradáveis frente a um diagnóstico de TDAH. Há relatos de pais que descrevem depressão, baixa autoestima, sensação de fracasso como pais e como educador, insatisfação em ter que cumprir com suas funções paterna e maternas, ocasionado por relações, muitas vezes desarmônicas e conflituosas. Posto isto, muitos pais taxam os filhos como inoportunos, desobedientes, grosseiros, preguiçosos e mal educados.

Ademais, muitos pais relatam, ainda, a dificuldade que têm com os filhos frente seus hábitos de evitação, de esquecimento e de postergação nas tarefas diárias. A prática de ordenar que os filhos realizem alguma atividade torna-se desgastante. O mandar tomar banho, escovar os dentes, realizar tarefa de casa, afazeres domésticos e sentar-se para comer, por exemplo. Sendo assim, os pais tendem a reagir, respectivamente, direcionamento, controlando, sugerindo, encorajando e, por fim, adotando uma atitude, por vezes, raivosa. Com o evoluir das tentativas e diante da falta de conhecimento, os pais adotam medidas punitivas, ameaçadoras e reações negativas imediatistas em razão do comportamento disruptivo.

Frente à excessiva cobrança familiar, a criança pode vir a apresentar reclamações, desobediência, brigas excessivas, falta de autocontrole e comportamento agressivo. Socialmente, essas crianças se sentem impotentes, tornando-se retraídas ou agressivas, somada à rejeição que sentem por parte dos seus familiares. Todos esses fatores associados culminam na perpetuação do comportamento do menor.

Normalmente, os atritos familiares gerados pela condição do paciente diagnosticado com TDAH não são ocasionados pela falta de conhecimento da sociedade acerca do quadro do paciente, mas sim pela falta de sensibilização acerca da condição. Os familiares dos menores portadores do Transtorno costumam declarar ciência de que o Transtorno não se limita somente ao âmbito de aprendizagem, alegando conhecimento dos seus efeitos no ciclo social do menor, algumas vezes, culpando-os pelos supostos problemas que apresentam.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão qualitativa de literatura que buscou abordar resultados encontrados em pesquisas acerca da temática pediátrica e o Transtorno de Atenção e Hiperatividade, seja de maneira abrangente, ordenada ou sistemática. Para realização do trabalho, seguiu-se as seguintes etapas:

- 1) Seleção das temáticas correspondentes;
- 2) Seleção das amostras encontradas e usadas;
- 3) Análise das características da pesquisa original;
- 4) Análise dos resultados obtidos;
- 5) Realização da revisão.

As bases de dados de literatura científica e técnicas utilizadas na realização da revisão foram Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os buscadores: “Transtorno de déficit de atenção em crianças”; ‘TDAH no âmbito familiar”; “Reflexo familiares do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças”.

Assim, o presente trabalho procura não somente analisar a interface pediátrica, mas também evidenciar os diferentes pontos temáticos que se correlacionem a temática do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no âmbito familiar, visando lançar luzes para um caminho educativo, esclarecendo e sensibilizando sobre a temática em questão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Pacientes portadores do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, sobretudo crianças, caracterizam-se pelas seguintes propostas:

- Baixa inibição de respostas;
- Baixo autocontrole;
- Problemas com as funções executivas.

A baixa inibição a respostas vincula-se a dificuldade do menor em se organizar sua mente a respeito de algo que está prestes a realizar. Posto isto, o portador do transtorno não consegue pausar ou aquietar - se por tempo suficiente, agindo constantemente de maneira impulsiva.

O autocontrole relaciona-se a qualquer reação do indivíduo, que tenha sido previamente pensada e/ou planejada, inibindo comportamentos impulsivos da criança. O autocontrole pode ser visto como orientação psicológica que os pais dariam, norteando sobre o que deve e o que não deve ser feito.

O paciente com problemas de funções executivas tem dificuldades em realizações ações determinadas e direcionadas relacionadas ao autocontrole. Essas atividades relacionam-se à memória de trabalho e escolar, memória inibitiva, controle emocional e planejamento diário. Para a perfeita execução dessas funções, necessita esforço e organização, não sendo realizado facilmente ou de maneira automática. Dessa forma, a pessoa consegue controlar o que faz e quando faz, praticando o autocontrole.

As crianças com TDAH demonstram prejuízo executivo das 3 funções acima listadas, apresentando, ainda, dificuldade em integrar de maneira sucedida a relação emoção – cognição. Destaca-se, por oportuno, que o paciente não consegue controlar seu comportamento de maneira apropriada. Essas alterações promovem uma alteração no bem estar da criança e no seu convívio familiar o que enseja desequilíbrio no âmbito psicossocial e comportamental.

A alteração na função executiva de crianças portadoras do Transtorno, interferem no bem estar social e familiar da criança, ocasionando prejuízos comportamentais e psicológicos do menor. Destarte, as relações tornam-se desgastantes, com desenvolvimento de alguns conflitos, ocasionando uma realidade negativa ao desenvolvimento da criança.

A partir do momento a qual a criança com TDAH vê-se numa situação de intolerância dentro do seu próprio ambiente familiar, a mesma sente-se desamparada e normaliza receber o mesmo tratamento na rua. Esse fenômeno dá-se devido a forma a qual a criança com TDAH é notada, conduzida, educada e direcionada a vida adulta. Todo esse fenômeno dá-se, primordialmente, pela influência hereditária que provoca o transtorno, interferindo de maneira única na vida da criança, ocasionando algumas consequências ao longo da vida do mesmo, sendo de maneira transitória ou permanente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, nota-se que a interação pais – filhos quando os menores apresentam diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode configurar-se como conflituosa, vez que pode haver choque disciplinar, podendo ser uma criação mais amena ou mais intransigente, entre os diferentes pais. Assim, nota-se que o comportamento dos responsáveis pela criança, bem como suas características e as peculiaridades do lar relacionam e contribuem para a ocorrência das relações conturbadas retro mencionadas.

O transtorno por si só já causa inúmeras consequências ao bem estar da criança, podendo ocasionar danos futuros ao paciente. O prognostico do mesmo tende a se tornar pior que não há o apoio familiar necessário. Os diferentes contexto aos quais as crianças vivem e interagem exercerão influência no desenvolvimento e no tratamento dos menores.

Destarte, nota-se a necessidade emergencial do desenvolvimento de medidas que abranjam o paciente com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade para que se sinta acolhido em seu ambiente familiar e social. Digno de se destacar que o acolhimento dos pais e a utilização de meios que favoreçam o tratamento influenciam diretamente no desenvolvimento do portador do transtorno.

Cabe assim, aos profissionais de saúde mental, de pediatria e aos educadores, a elaboração de medidas que promovam intervenções nos hábitos familiares, minimizando o impacto do TDAH na dinâmica doméstica. Esse objetivo pode ser alcançado com a realização de psicoterapia familiar, atendimentos em centros de pediatria e acompanhamento por psiquiatras, terapia psicossocial. Busca-se, assim, promover a saúde mental, a qualidade de vida, prática de relacionamento interpessoal com os pacientes diagnosticados com o Transtorno e o bom convívio familiar com o menor.

REFERÊNCIAS

Barkley RA. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2002. 327p.

Bilhar J. Qualidade de vida de crianças com TDAH [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011. 116p.

CALLLARI, Alexandre; JARDINI, Renata Savastano Ribeiro. O dilema da desatenção. Bauru: Renata Jardini, 2010.

CRUZ, JM García et al. La familia como informante del TDAH: Convergencia de las fuentes y efecto de los antecedentes familiares. Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de pediatría= Euskal Herriko Pediatria Elkartearren aldizkaria, n. 113, p. 5-12, 2012.

DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. 5^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

GÓMEZ, María Isabel Montañés. Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia. 2014. Tese de Doutorado. Universidad de Extremadura.

Louzã MR. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Oswald SH, Kappler CO. Relações familiares de crianças com TDAH. In: Louzã Neto MR, ed. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.368-77.

REGALLA, Maria Angélica Rates et al. Níveis de resiliência em adolescentes com TDAH: um estudo de família utilizando medidas quantitativas. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, v. 41, p. 262-267, 2019.

Rielly NE, Craig WM, Parker KC. Peer and parenting characteristics of boys and girls with subclinical attention problems. J Atten Disord. 2006;9(4):598-606.

Weiss G, Hechtman L. Hyperactive children grown up. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1993.

CAPÍTULO 8

A NECESSIDADE DA CONSTANTE ATUALIZAÇÃO NAS NORMATIVAS DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR

*THE NEED FOR CONSTANT UPDATING OF
CARDIOPULMONARY RESUSCITATION STANDARDS IN
THE OUT-OF-HOSPITAL ENVIRONMENT*

Erik Bernardes Moreira Alves¹
Gustavo Tavares de Mello Maruco²
Marcielle Francisca Capanema Santana³
Arthur de Moraes Lago⁴
Thaynara Felipe Lemes⁵
Isabella Messias da Silva⁶
Josiane Aparecida Fátima Gomes⁷
Tayná Takahashi Abreu⁸
Paulo Victor Martins Carneiro⁹
Jordana Ferreira de Brito¹⁰
Bárbara Ferreira de Brito¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.8

1 erikbernardes.moreira11@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1449821778039298>

2 gustavomarucco@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5994-8240>

3 marciellecapanema@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5115-3352>

4 arthurmlago@academico.unirv.edu.br, <https://orcid.org/0000-0001-9318-8812?lang=en>

5 thaynaralemesfelipe@outlook.com, <http://lattes.cnpq.br/2378497562434978>

6 isabella_mdasilva@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/4934863330627134>

7 josianegomes_@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/8769968600319422>

8 taynatakahashi99@outlook.com, <https://orcid.org/0000-0002-7439-0262>

9 pv29victor@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0674-9659>

10 ferreirabrito99@mail.com, <http://lattes.cnpq.br/8981832582650340>

11 advbarbarabrito@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/7256333840103423>

RESUMO

Apartir do desenvolvimento das técnicas para um atendimento extra-hospitalar do paciente com parada cardiorrespiratória, nota-se a importância da constante atualização dos profissionais de saúde e demais integrantes da população acerca das técnicas de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Essa atualização mostra-se fundamental haja vista a necessidade em fornecer uma técnica de qualidade no atendimento, preconizando a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência de sequelas e buscando afastar condutas que podem acarretar o óbito. Posto isto, o presente trabalho vislumbra a abordagem às práticas de RCP (Resuscitação Cardiopulmonar), sua importância e a melhor maneira de desenvolvê-la dentro da nossa sociedade.

Palavras-chave: Basic Life Suport. Parada Cardiopulmonar. Ressuscitação Cardiorrespiratória.

ABSTRACT

From the development of techniques for out-of-hospital care of patients with cardiac arrest, it is noted the importance of constant updating of health professionals and other members of the population on the techniques of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). This update, which will be worked on here, shows to be fundamental, considering the need to provide a quality technique in the care, advocating patient safety, preventing the occurrence of sequelae and seeking to avoid behaviors that can lead to death, where the provision of compressions quickly is essential. Therefore, the present work aims at approaching the practices of CPR (Cardiopulmonary Resuscitation), its importance and the best way to develop it in our society.

Keywords: Basic Life Support. Cardiopulmonary arrest. Cardiopulmonary resuscitation.

1 INTRODUÇÃO

Frequentemente, observa-se a alteração em normativas que estabelecem a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), aprimorando a adoção de práticas voltadas a realização do procedimento. Essas novas implementações auxiliam na melhor execução da técnica e elevam o prognóstico do paciente. Assim sendo, pode-se identificar e atuar de maneira efetiva e qualitativa, conduzindo da melhor forma a atuação dos profissionais de saúde e leigos capacitados para realização da RCP.

Para avaliar a necessidade de atualização e adaptação do referido procedimento, são observados certos pontos, como a falta de habilidade do profissional e como a necessidade de uma melhor capacitação para que não profissionais da saúde desempenhem esse papel. Deve-se considerar a habilidade do profissional frente ao Suporte Básico de Vida (SBV), considerado primordial dentro da RCP para pacientes que estejam em parada cardiorrespiratória (PCR). Essas práticas são primordiais dentro do primeiro atendimento ao paciente no ambiente extra - hospitalar.

Não raramente, pode-se observar alguns profissionais da saúde executando de maneira indevida a RCP, seja por execução incorreta, seja de maneira desatualizada o que pode ser caracterizada como imperícia. Ademais, a falta de capacitação, a pouca prática e/ou a deficiência ao fundamentar a metodologia utilizada em estudos científicos ultrapassados podem desencadear fins desastrosos para o paciente seja óbito ou sequelas.

Sendo assim, pode-se concluir que com o preparo técnico para a prática da RCP, em atenção às atualizações nos protocolos, aprimora-se o processo, evita falhas no atendimento e facilita a realização por qualquer pessoa, buscando reduzir o risco da presença de sequelas e elevar a sobrevida do paciente.

As constantes atualizações desenvolvidas com o intuito de disseminar, capacitar e educar a coletividade são mais efetivas quando associadas a campanhas e programas de ensino e sensibilização baseadas nos protocolos da AHA - American Heart Association. Esse atendimento é fornecido ao paciente que necessite de um atendimento pré hospitalar com urgência, prevenindo risco de óbito ou de sequelas graves e definitivas.

Nesse estudo, buscamos transparecer que as atualizações nas práticas da Basic Life Support (BLS) e da RCP buscam elevar a chance de sobrevida do paciente e que, o despreparo do profissional da saúde ou desconhecimento da prática por uma pessoa física podem comprometer alcançar o objetivo almejado. Para reverter esse quadro, deve-se aumentar a adesão e o nível de instrução dos praticantes do ato, munindo-os de conhecimento fornecido pelas devidas diretrizes da American Heart Association (AHA) para RCP e de BLS, respaldando cada ato do socorrista.

Nota-se a importância de disseminar o conhecimento em RCP haja vista o significativo número de ocorrências. Estes números devem ser utilizados com a finalidade de advertir quanto à necessidade da conscientização acerca do procedimento. A informação à coletividade aumenta os índices de sobrevida nos pacientes. As vítimas de PCR que receberam a RCP, em grande maioria das vezes, sobreviveram à

parada e poucas vezes tiveram sequelas. A continuidade da disseminação de orientação, instrução e conhecimento para a prática é fundamental para atuação eficiente em situações emergenciais.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão qualitativa de literatura que buscou abordar resultados encontrados em pesquisas acerca da temática emergencista e a parada cardiorrespiratória, seja de maneira abrangente, ordenada ou sistemática. Para realização do trabalho, seguiu-se as seguintes etapas:

- 1) Seleção das temáticas correspondentes;
- 2) Seleção das amostras encontradas e usadas;
- 3) Análise das características da pesquisa original;
- 4) Análise dos resultados obtidos;
- 5) Realização da revisão.

As bases de dados de literatura científica e técnicas utilizadas na realização da revisão foram Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os buscadores: “Basic Life Support”, “RCP na PCR”, “Atualização nas práticas de ressuscitação cardiopulmonar”. Foram utilizados, ainda, os tutoriais e protocolos da American Heart Association.

Assim, o presente trabalho procura não somente analisar a interface emergencista, mas também evidenciar seu foco na questão cardíaca e pulmonar, aplicando na ressuscitação cardiopulmonar e seu protocolos disponibilizados, visando lançar luzes para um caminho educativo, esclarecendo e sensibilizando sobre a temática em questão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A ressuscitação cardiopulmonar é uma prática descrita primeiramente pelo Dr John Cook, o qual buscava instalar no Brasil a prática de combate a parada cardiorrespiratória, face aos elevados índices de óbitos e de sequelas consequentes deste quadro. Em 1.960, Cook observou como os estudos brasileiros acerca da temática eram rasos, quando existentes, levando-o a promover o desenvolvimento de projetos de pesquisa e de ensino junto à temática, contribuindo com a literatura nacional a respeito da ressuscitação cardiopulmonar.

John Cook trouxe, inicialmente, estudos que envolviam a RCP de maneira manual, sem a utilização de equipamentos, valendo-se da ventilação boca a boca,

associada a compressão torácica externa. Posteriormente, aderiu ao estudo o desfibrilador e expandiu o conhecimento que envolvia a utilização e a importância do aparelho. Por fim, o autor e pesquisador pôde notar como a falta de habilidade e/ou de conhecimento acerca da utilização da aparelho afeta no atendimento extrahospitalar do paciente.

Tentando reverter a realidade brasileira retomencionada, Cook desenvolveu projetos de extensão que abrangeu, inclusive, a população pediátrica, na qual as crianças treinadas realizaram com êxito uma RCP. Assim, com esse método, toda a população estaria preparada para realizar o procedimento de ressuscitação.

Porém, mesmo frente aos constantes esforços de John Cook na saúde pública brasileira, as diretrizes de RCP são fundamentadas no BLS (Suporte Básico de Vida), com base nas normativas da AHA (American Heart Association) destinadas a profissionais.

No entanto, o esforço do cientista não foi perdido e contribuiu significativamente em âmbito global. A AHA, American Heart Association, é uma fundação sem fins lucrativos, localizada nos Estados Unidos da América, responsável por promover atualizações sobre cuidados cardíacos, prevenindo lesões e propondo a elevação da sobrevida de pacientes acometidos por doenças cardiovasculares e AVEs.

Observando as dificuldades pontuadas por Cook quanto a dificuldade de capacidade de profissionais, assim como a necessidade de melhorar a execução da prática, a AHA promove atualizações periódicas, seguindo avaliações internacionais, baseado em diversas evidências científicas e observacionais. Estas atualizações visam a melhoria constante da qualidade das RCP disponibilizadas a pacientes que precisem e influenciam na efetividade do socorro prestado.

A AHA busca, incessantemente, fornecer um atendimento cardiovascular de emergência (ACE) no ambiente extra hospitalar (EH) de maneira a facilitar o atendimento intrahospitalar que será disponibilizado depois ao paciente, fornecendo técnicas que sejam compreensíveis e realizadas não só por profissionais da saúde, mas por indivíduos considerados leigos também.

Além da realização acessível a todos, a AHA preconiza, ainda, a realização de uma RCP considerada de qualidade, sendo assim:

- Compressões de 100 e 120 por minuto – antes, eram preconizadas aproximadamente 100 por minuto;
- Profundidade de compressão de 5 a 6 cm em adultos;

- Profundidade de compressão de 4 a 5 cm em crianças;
- Profundidade de um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês
- Deve haver retorno completo do tórax entre as compressões;
- Minimizar as compressões realizadas.

Pode-se notar que algumas alterações foram adotadas, sendo elas, a especificação rítmica das compressões, saindo de um valor aproximado, a atual especificação da profundidade a qual devam ser realizadas as compressões, o retorno completo do tórax ao fim de cada compressão, além de evitar o excesso de ventilação e minimizar sempre as interrupções torácicas. Todos os pontos retomados não eram abordados nas antigas resoluções da AHA para o fornecimento da RCP e da ACE.

Vale ressaltar, ainda, que a antiga diretriz previa que a sequência de BLS deveria seguir o padrão A-B-C (via aérea, respiração, compressões torácicas) em indivíduos de todas as faixas etárias, salvo em recém-nascidos. Na última atualização, foi preconizado que as compressões torácicas serão disponibilizadas para os pacientes que estiverem irresponsivos e sem pulso carotídeo perceptível pelo socorrista. As compressões imediatas tomaram o lugar da via aérea haja vista a necessidade imediata de disponibilizar compressões torácicas imediatas aqueles com PCR.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se a relevância da recorrente atualização nas normativas reguladoras da realização da ressuscitação cardiopulmonar, haja vista sua eficácia e benefícios na realidade cotidiana. Essas mudanças são realizadas com o intuito de aumentar as possibilidades, qualidade e efetividade da assistência, associado, ainda, com a capacitação dos profissionais de saúde e da população em geral para que saiba realizar a prática.

Temos por objetivos mostrar que a necessidade de atualização das normativas da RCP dá-se devido à má ou, até mesmo, à falta de aderência populacional com as técnicas, não correlacionando-se a incapacidade das diretrizes existentes. Faz-se, assim, adaptações nos pontos teóricos para que, consequentemente, evolua-se na questão prática.

A AHA frequentemente busca profissionais da saúde e pessoas leigas para verificar a eficácia da RCP seguindo a sequência orientada pela entidade, priorizando medidas que diminuem as sequelas que o paciente possa ter e, até mesmo, prevenindo o óbito. Essas normativas são estabelecidas focadas na capacitação de

todo cidadão, seja ele profissional da saúde ou não, treinando-os para que saiba reconhecer se o paciente está ou não em uma PCR, aplicando na prática, com êxito, cada ação orientada para seguir o protocolo de BLS.

A AHA disponibiliza, ainda, uma cartilha acompanhada de um material de apoio que busca compreender, fornecer destreza e habilidade ao treinando, para que consiga realizar um ressuscitação cardiopulmonar de maneira efetiva. De acordo com a American Heart Association, em 2010, a cartilha foi “desenvolvida para que os profissionais que executam a ressuscitação e os instrutores da AHA possam se concentrar na ciência da ressuscitação e nas recomendações das diretrizes mais importantes ou controversas ou que resultem em mudanças na prática ou no treinamento da ressuscitação. Além disso, explica o raciocínio adotado nas recomendações”.

Destarte, a constante atualização nas práticas de BLS, assim como o devido treinamento dos mesmos, associado, também, a capacitação da população em geral, tornará mais eficaz a realização da RCP, disseminando, dessa forma, o conhecimento sobre um atendimento EH em um paciente com PCR de maneira adequada.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.

CARE, CARDIOCEREBRAL RESUSCITATION IN AN INTENSIVE; REANIMACIÓN, PARO CARDÍACO Y. Conhecimento teórico da enfermagem sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiocerebral em unidade de terapia intensiva. 2017.

GUIMARÃES HP, A História da Ressuscitação Cardiopulmonar no Brasil. Rev Bras Clin Med, São Paulo, v. 7, p. 238-244, 2009;

HAZINSKI MF, Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. Guidelines CPR ECC 2010. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/_downloadable/ucm_317343.pdf>.

PASSARINI, Jade Sabariego et al. CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE O ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: NURSES' KNOWLEDGE ABOUT CARDIAC ARREST CARE. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 36, p. 472-482, 2021.

ROCHA MPS, Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência, AVM instituto Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>.

TALLO, Fernando Sabia et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clin Med**, v. 10, n. 3, p. 194-200, 2012.

Dedicatória

“Às professoras Rosana Santana, Raquel Faria e Adayze Rabelo, que não medem esforços para transmitir conhecimento aos alunos e que, como tanto amor, nos ensinam cada vez mais sobre a medicina e o cuidado com o próximo.”

CAPÍTULO 9

REALIZAÇÃO DA PUNÇÃO INTRAOSSEA PELO ENFERMEIRO E SEU RESPALDO LEGAL: REVISÃO INTEGRATIVA

*PERFORMANCE OF INTRA BONE PUNCTURE BY THE
NURSE AND ITS LEGAL SUPPORT: INTEGRATIVE
REVIEW*

Elton Yann da Silva Mota¹

Maria Milena Almeida da Costa²

Liane Maria Rodrigues dos Santos³

Vanessa Moreira da Silva Soeiro⁴

Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira⁵

Lucian da Silva Viana⁶

Elisa Miranda Costa⁷

Carlos Amaral de Sousa Oliveira⁸

Mariana Oliveira Arruda⁹

Evelúcia Soares Pinheiro Carioca¹⁰

Debora Santos Gomes¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.9

1 eltonyann@hotmail.com, ID Lattes: 6202151166555601

2 maria.milenna@hotmail.com, ID Lattes: 8105233436421129

3 liane.mrodrigues@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-2903-7718

4 moreira.vanessa@ufma.br, ORCID 0000-0002-4299-1637

5 yara.naya@ufma.br, ORCID: 0000-0002-8982-9549

6 lucianviana@yahoo.com.br, ORCID: 0000-0002-4718-1748

7 elisamirandac@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-5364-0384

8 carlos.amaral.10@hotmail.com, ID Lattes: 7459063761229111

9 mariana_o.arruda@yahoo.com.br, ID Lattes: 1250288875988719

10 eveluciasp@hotmail.com, ID Lattes: 7668245284814463

11 debgomes123@outlook.com, ID Lattes: 5988859592952600

RESUMO

A obtenção de um acesso venoso é essencial para o reestabelecimento da volemia e administração de medicamentos nas emergências. As veias periféricas são a primeira opção de acesso, porém, quando essa via não é possível, a possibilidade da via intraóssea deve ser avaliada. Objetivou-se demonstrar a importância da atuação do profissional enfermeiro frente a punção intraóssea e a sua atuação na realização desse procedimento. Trata-se de um estudo de revisão integrativa, com oito artigos científicos no período de 2008 a 2020, indexados nas bases de dados virtuais presente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Medline e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), além dos Conselhos Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), sendo utilizadas as seguintes palavras chaves: Punção intraóssea; Acesso intraósseo; Urgência e emergência. Os resultados evidenciam que o enfermeiro é o profissional que, em geral, assiste primariamente o paciente em estado crítico, realizando procedimentos invasivos, tendo respaldo para intervenções e procedimentos privativos. A literatura ainda aborda de maneira tímida a temática, contudo há uma resolução a nível federal que respalda o enfermeiro para realização do procedimento, dando direcionamento para a formatação de protocolos institucionais, favorecendo a melhor assistência ao paciente.

Palavras-chave: Punção intraóssea. Acesso intraósseo. Urgência e emergência.

ABSTRACT

Obtaining venous access is essential for restoring blood volume and administering medication in emergencies. Peripheral veins are the first access option, however, when this route is not possible, the possibility of the intraosseous route must be evaluated. The objective was to demonstrate the importance of the role of the professional nurse in the face of intraosseous puncture and their role in performing this procedure. This is an integrative review study, with 13 scientific articles from 2008 to 2020, indexed in the virtual databases present in the Virtual Health Library (VHL); Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Medline and Nursing Database (BDENF), in addition to the Federal Nursing Councils (COFEN) and Regional Nursing Councils (COREN), using the following keywords: Intraosseous puncture; Intraosseous access; Urgency and emergency. The results show that the nurse is the professional who, in general, primarily assists the critically ill patient, performing invasive procedures, having support for interventions and private procedures. The

literature still approaches the theme in a timid way, however there is a resolution at the federal level that supports the nurse to perform the procedure, giving direction to the formatting of institutional protocols, favoring better patient care.

Keywords: Intraosseous puncture. Intraosseous access. Urgency and emergency.

1 INTRODUÇÃO

A punção Intraóssea (PIO) é a introdução de uma agulha na cavidade da medula óssea, possibilitando acesso à circulação sistêmica venosa por meio da infusão de medicamentos e soluções em situações de emergência. Suas primeiras descrições datam do ano de 1922, sendo extensivamente utilizada até o ano de 1940, com latência durante a Segunda Grande Guerra Mundial em atendimento aos militares em combate. Posteriormente caiu em desuso, ganhando novamente espaço nos atendimentos de urgência e emergência no ano de 1980, com ênfase da sua utilização em crianças. O primeiro dispositivo automático de punção intraóssea foi utilizado no Brasil em 2008. O treinamento foi oferecido a um pequeno grupo de médicos e enfermeiros, por um paramédico israelense. Já no ano seguinte foi editado parecer do COREN-SP respaldando o uso por enfermeiros treinados. Em 2009, o primeiro procedimento realizado no Brasil foi executado pelo enfermeiro Sérgio Martuchi (BODWEN; GREEMBERG, 2005; LANE; GUIMARÃES, 2008; VON HOFF et al., 2008; RAMOS, 2020).

Nacionalmente, médicos e enfermeiros estão respaldados por seus respectivos conselhos para realização deste procedimento, desde que comprovadamente capacitados para a inserção e manipulação de dispositivos intraósseos. Todavia, a indicação do procedimento é uma atribuição médica. Conforme a literatura, o acesso intraósseo é indicado na parada cardiorrespiratória, nos choques hipovolêmico e séptico, queimaduras graves, estados epiléticos prolongados e desidratação intensa, principalmente em crianças (PEDREIRA et al., 2009; RAMOS, 2020).

Como os ossos não são compressíveis, o espaço intraósseo vai ficar acessível, mesmo em pacientes chocados. Isto permite a obtenção de uma via prontamente disponível para infusão de medicamentos ou fluidos em caso de emergência, além de permitir acesso ao aspirado de medula óssea, o qual pode ser utilizado para alguns testes de exames simples (PEDREIRA et al., 2009; RAMOS, 2020).

No adulto as opções de sítios anatômicos de punção são a tíbia proximal e distal, a cabeça do úmero e o esterno. Na criança o sitio anatômico preferido para punção intraóssea é a tíbia proximal abaixo da tuberosidade da tíbia. As contrain-

dicações do procedimento são: infecção ou queimadura no local escolhido para a punção, dificuldade em localizar o sitio de punção, fratura no osso escolhido, fratura a cima do osso escolhido, sinais de cirurgias no local da punção, anatomia óssea imperfeita e inabilidade do profissional (LAWNER et al., 2013; PEDREIRA et al., 2009; RAMOS, 2020).

É de extrema importância que em uma situação de emergência no qual o paciente necessite de um acesso venoso para administração de medicamentos, o profissional esteja devidamente capacitado para que consiga estabelecer uma via pér-via em tempo hábil, afim de evitar diversas complicações. A maneira mais rápida de acessar a circulação sistêmica é fazendo a inserção de um cateter em um vaso sanguíneo, porém, nem sempre é possível devido ao quadro clínico que o paciente apresenta, sendo necessário outra via segura. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a resolução nº 0648/2020, cujo art.1º dispõe que “No âmbito da equipe de enfermagem, é privativo do Enfermeiro a realização da punção intraóssea, em situações de urgência e emergência, na impossibilidade de obtenção do acesso venoso periférico” (RAMOS, 2020; COFEN, 2020).

Ante ao exposto, objetivou-se analisar a literatura quanto a atuação do enfermeiro e sua importância frente ao procedimento de punção intraóssea, bem como apresentar o respaldo legal para a sua execução, enfatizando os benefícios desta via para pacientes críticos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Eleger-se como questão norteadora: Quais evidências a literatura apresenta sobre a atuação do enfermeiro frente ao procedimento de punção intraóssea e qual o respaldo legal para a execução deste procedimento? Na construção da revisão, foram seguidas as seguintes etapas: levantamento da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da síntese de conhecimento.

Inicialmente, buscou-se identificar produções sobre o tema considerando os descritores: Punção intraóssea, Acesso intraósseo, Urgência e emergência. Buscaram-se fontes bibliográficas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), além do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN).

Foram incluídos artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais que abordassem a temática: punção intraóssea: a atuação do enfermeiro e seu respaldo legal, disponibilizados na íntegra, publicados nos últimos 12 anos, entre o período de 2008 a 2020. Foram excluídos os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão, aqueles que apresentarem duplicidade entre duas ou mais bases de dados e os artigos que após leitura pormenorizada não atendam ao objetivo proposto nesta revisão.

A pré-seleção de artigos foi feita mediante leitura preliminar de títulos e resumos. Os estudos pré-selecionados foram lidos na íntegra para seleção final dos artigos para análise. Após as etapas pré-definidas, oito estudos foram selecionados para compor a revisão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os artigos selecionados são apresentados no Quadro 1, segundo ano, autoria, título e resumo.

Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados

ANO	AUTOR(ES)	TÍTULO	RESUMO
2008	Lane; Guimarães.	Acesso Venoso pela Via Intraóssea em Urgências Médicas	Descrever os principais aspectos clínicos sobre acessos intraósseos ao sistema venoso.
2011	Lopes; Domingos; Marcondes; Ranzani.	Domínio da técnica da punção intraóssea na reanimação cardiopulmonar (RCP) pelo enfermeiro	Perante a importância do tema, avaliou-se o domínio teórico/prático do enfermeiro referente à técnica de punção intraóssea durante a RCP, para posteriormente tecer reflexões acerca da percepção do enfermeiro em utilizar essa técnica.
2011	Aliman; Piccioni; Piccioni; Oliva; Auler Júnior.	Anestesia intraóssea em estudo hemodinâmico em criança cardiopata	Avaliar se o acesso IO é uma técnica útil para a administração de anestesia e fluidos no estudo hemodinâmico quando é impossível obter acesso periférico.

2012	Sá; Melo; Dantas; Delfim.	Acesso vascular por via intraóssea em emergências pediátricas	Descrever os princípios técnicos, as atribuições profissionais e os cuidados relacionados à obtenção do acesso venoso pela via intraóssea em emergências pediátricas.
2016	Petitpas; Guenezan; Vendeuvre; Scepi; Oriot; Mimoz.	Use of intra-osseous access in adults: a systematic review	Revisão das evidências atuais para uso em adultos que necessitam de procedimentos de ressuscitação, as contraindicações da técnica e as modalidades de implementação do cateter e aquisição de habilidades.
2018	Reche; Rosa; Junqueira.	Respaldo legal e a importância do profissional de enfermagem frente a punção intraóssea,	Demonstrar a importância do enfermeiro frente ao procedimento de punção intraóssea, as competências e o embasamento legal dos cuidados relacionados à obtenção do acesso a rede circulatória pela estrutura óssea em urgência e emergência
2018	Schumaher; Jara; Bóbbo; Gallasch; Ferreira.	Limitação da utilização do acesso intraósseo: aspectos da enfermagem e da instituição de saúde	Verificar a realização do acesso intraósseo por enfermeiros.
2020	Conselho Federal de Enfermagem	Resolução COFEN nº 0648/2020	Dispõe sobre a normatização, capacitação e atuação do enfermeiro na realização da punção intraóssea em adultos e crianças em situações de urgência e emergência pré e intra-hospitalares

Os estudos foram agrupados em categorias temáticas para ampliar as discussões.

3.1 A punção intraóssea e a atuação do enfermeiro

O acesso intraósseo (AIO) consiste em uma técnica em que há a introdução de uma agulha na cavidade da medula óssea, fornecendo uma via venosa rígida, para a infusão de medicamentos e soluções na cavidade medular, utilizada normalmente como rota alternativa quando a cateterização IV não pode ser obtida (LANE; GUIMARÃES, 2008; VON HOFF et al., 2008).

Conforme Sá et al. (2012), o acesso vascular por via IO em emergências pediátricas é a segunda via de escolha em uma necessidade de estabelecer prontamente acesso a circulação sistêmica do paciente, por ser compreendida como uma técnica de fácil e ágil de aplicação, permitindo a reposição de volume e aplicação de medicamentos de forma segura.

Desde 1995 o Conselho Federal de Enfermagem, por meio do PAD-COFEN Nº43/95, é favorável a realização do procedimento pelo enfermeiro, considerando, dentre outros, que este profissional participa das ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população, devendo exercer suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade, assegurando ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Em um estudo realizado por Lopes et al. (2011), dos 50 enfermeiros pesquisados, apenas 30% souberam descrever o que entendiam por punção intraóssea na RCP, enquanto os outros 70% não sabiam ou desconheciam a técnica. Do total, apenas 2% já havia realizado punção intraóssea. Como os autores esclarecem, os participantes possuíam pouco conhecimento sobre o tema abordado, porém, existem grandes lacunas geradas pela desinformação. O aumento da divulgação e de novas pesquisas sobre o tema aumentaria o interesse dos enfermeiros, tendo em vista a grande importância do trabalho desses profissionais na RCP.

Em pesquisa desenvolvida por Schumaher et al (2018), dos enfermeiros entrevistados, aproximadamente metade (48,5%) relatou ter um treinamento adequado ou ao menos uma breve aula explicativa sobre o procedimento e 51,5% não tiveram nenhum treinamento sobre AIO. Os autores evidenciaram que existe uma baixa porcentagem do uso do AIO nos serviços estudados por parte dos profissionais

enfermeiros e que 97% dos enfermeiros não haviam realizado a técnica do AIO até o momento da aplicação do questionário.

Petitpas e colaboradores (2016) afirmam em seu estudo que alguns aspectos podem interferir na autonomia do profissional e, consequentemente, na realização do AIO, a saber: a falta de habilidade prática, falta conhecimento teórico dos enfermeiros acerca do AIO, falta de protocolos institucionais, acesso à informação institucional, treinamentos e insumos.

De acordo com Schumaher et al. (2018), a realização do AIO por enfermeiros em ambiente hospitalar é subutilizada. Os autores discutiram a importância da utilização da técnica e a necessidade da capacitação e desenvolvimento profissional do enfermeiro frente ao tema.

3.2 Benefícios e contraindicações em relação aos pacientes graves

Conforme descreve Lopes et al. (2011) a utilização do acesso intraósseo é uma excelente alternativa, sendo segura e eficaz quando desenvolvida por pessoal técnico treinado. A infusão intraóssea está associada com relativa baixa frequência de complicações. Na mesma linha, a importância do procedimento é ressaltada por Sá et al. (2012), indicando que é uma técnica de fácil e ágil de aplicação, permitindo a reposição de volume e aplicação de medicamentos de forma segura.

Em especial, os pacientes pediátricos críticos se beneficiam muito do uso deste dispositivo de acesso pelo fato de ser um acesso vascular não colapsável, ao contrário do acesso vascular em veias periféricas, que sofrem vasoconstrição diante de situações clínicas e traumáticas que levem ao choque, impossibilitando a punção e a manutenção de uma via adequada para o tratamento (SÁ et al., 2012).

As diretrizes da American Heart Association (AHA, 2018), trazem em seu protocolo e reanimação cardiopulmonar (RCP) em paradas cardiorrespiratórias (PCR) que a punção intraóssea conduz um acesso rápido, efetivo e seguro ao sistema circulatório, para a administração de medicamentos e fluídos em todas as faixas etárias também podendo ser utilizado para a realização da captação de hemocomponentes para a realização de exames laboratoriais.

Para Reche e colaboradores (2018) a utilização do recurso de punção intraóssea tem se demonstrado altamente eficaz e importante em diversos tipos de situações de emergências como PCR, trauma, choques hipovolêmicos, sejam a pacientes nos âmbitos hospitalares e pré-hospitalares e principalmente a pacientes pediátricos os quais tem suas devidas peculiaridades anatômicas e fisiológicas.

As contraindicações da punção intraóssea são poucas em relação aos benefícios que o procedimento reluz ao paciente, sendo seus benefícios com peso maior na conduta de urgência e emergência. As contraindicações à obtenção do acesso intraósseo incluem fratura no osso a ser punctionado, presença de dispositivo ortopédico ou prótese no membro, infecção de pele ou partes moles subjacentes ao local de inserção e doenças ósseas (osteogênese imperfeita, osteogenia e osteopetrose) (PETITPAS et al., 2016; SCHUMAHER et al., 2018).

3.3 Respaldo do enfermeiro frente à punção intraóssea

Desde o ano de 1995, o Conselho Federal de Enfermagem, através do parecer CTA 006/95 (Ref PAD-COFEN nº 43/95), que tem como referência a Punção Intraóssea em Pediatria, é favorável a realização do procedimento pelo Enfermeiro, subsidiando-se que este profissional participa das ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população, devendo exercer suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade, assegurando ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Além do parecer citado, outros foram elaborados por conselhos estaduais, a saber: o parecer 001/2009 – CT do COREN-SP (2009) que considera lícito em seu estado a realização do procedimento de acesso intraósseo pelo enfermeiro em decorrência dos benefícios que esse recurso oferece a pacientes em situações de emergências que necessitem de acesso rápido ao sistema vascular.

O COREN-MG (2010) emitiu o parecer nº 154/10 considerando o acesso venoso pela via intraóssea seguro, efetivo para reposição volêmica, administração de fármacos e exames laboratoriais em todas as idades e baixo índice de complicações, entendendo que o enfermeiro poderá realizar a punção intraóssea, desde que capacitado para tal procedimento e mediante protocolo aprovado pelo Responsável Técnico de Enfermagem e Diretor Clínico da instituição.

O COREN-SC (2013) publicou o parecer nº 015/CT/2013 acerca da realização de punção intraóssea por enfermeiros, ressaltando que o profissional pode realizar a punção intraóssea em situações de emergência ou urgência, desde que devidamente capacitado para a execução do citado procedimento.

Já o COREN-BA (2014) em seu parecer nº 013/2014 ressalta que é favorável à realização de punção intraóssea em situações de emergência ou urgência, desde que

o profissional de enfermagem não obtenha sucesso na tentativa de acesso venoso e de que esteja capacitado para tal finalidade.

O Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN-DF, 2017) em seu Parecer Técnico 03/2017 autoriza o profissional a realizar o procedimento em casos de urgência e emergência, desde que o mesmo se sinta preparado para sua realização e esteja buscando atualização permanente com cursos e capacitações.

Sendo implementada, por fim, a Resolução COFEN nº 0648/2020, de 16 de setembro de 2020, dispondo sobre a normatização, capacitação e atuação do enfermeiro na realização da punção intraóssea em adultos e crianças em situações de urgência e emergência pré e intra-hospitalares (COFEN, 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso intraósseo é de extrema importância e eficácia em diversos tipos de situações de emergência, para garantir rapidamente um acesso venoso. Os estudos mostram que é uma técnica simples e eficaz, que possuem resultados positivos e demonstra que a opção do acesso é segura. Apesar da técnica já ser aplicada, a punção intraóssea ainda é pouco utilizada e pouco difundida nas práticas pré-hospitalares e intra-hospitalares, justamente pela falta de conhecimento teórico e prático sobre a técnica. Ademais, as conquistas da normatização desse procedimento contribuem para que muitos paradigmas sejam quebrados e intentam trazer mais segurança na realização do procedimento. Ressalta-se a necessidade de treinamento para a prática da punção intraóssea com vistas à melhoria da assistência.

REFERÊNCIAS

ALIMAN, A. C. et al. Anestesia intraóssea em estudo hemodinâmico em criança cardiopata. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 1, p. 45-49. 2011

BOWDEN, R. V.; GREENBERG S.C. **Procedimento de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COFEN/DF. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N°0648/2020**. Normatização, capacitação e atuação do enfermeiro na realização da punção intraóssea. Disponível em: <<https://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

COREN-BA. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Parecer Coren/BA nº 013/2014**. Realização da punção intraóssea por Enfermeiros. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0132014_15582.html>. Acesso em: 22 out. 2021

COREN-DF. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. **Parecer Técnico COREN 03/2017.** Competências do Enfermeiro na realização da punção intraóssea. Disponível em: <<http://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-032017/>>. Acesso em: 13 nov.2021.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Parecer Técnico Coren/MG Nº 154/2010.** Realização da punção intraóssea por Enfermeiro. Disponível em: <<https://www.corenmg.gov.br/pareceres-tecnicos>>. Acesso em: 22 out. 2021.

COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Parecer Coren/SC nº 015/2013.** Solicitação do Parecer Técnico acerca da realização de punção intraóssea por Enfermeiro. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-015-2015.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

LANE, J. C.; GUIMARÃES, H. P. Acesso Venoso pela Via Intraóssea em urgências médicas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.20, n.1, 2008.

LAWNER, B. et al. **Avoiding Common Prehospital Errors.** Wolters Kluwer. Lippincott Willians & Wilkins. Philadelphia: USA, 2013.

LOPES, R. M., DOMINGOS, R. G., MARCONDES, S. M. M., RANZANI, R. C. M. **Domínio da técnica da punção intraóssea na Reanimação Cardiopulmonar pelo Enfermeiro.** São Jose dos Campos, 2011.

PEDREIRA, M. L. Realização de punção intraóssea por enfermeiros. São Paulo: COREN - SP; 2009.

PETITPAS, F. et al. Use of intra-osseous access in adults: a systematic review. **Crit Care.** v. 14, n.20, p.102. 2016.

RAMOS, A. C. **Normatização da atuação do enfermeiro na punção intraóssea.** Enfermagem de conteúdo, 2020.

RECHE, L. M.; ROSA, G. A.; JUNQUEIRA, N. S. T. Respaldo legal e importância do profissional de enfermagem frente a punção intraóssea. **Revista Gepes Vida**, v. 4, n.7, 2018.

SÁ, R. A. R. et al. Acesso vascular por via intraóssea em emergências pediátricas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 4, p. 407-414. 2012

SCHUMAHER, M. L. N et al. Limitação da utilização do acesso intraósseo: aspectos da enfermagem e da instituição de saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 2, nov. 2018.

VON HOFF, D. D. et al. Does intraosseous equal in-travenous? A pharmacokinetic study. **Am J Emerg Med.**, v.26, p.31-38. 2008.

CAPÍTULO 10

A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO HUMANIZADO NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DENTRO DO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

THE IMPORTANCE OF HUMANIZED CARE TO COMBAT OBSTETRIC VIOLENCE WITHIN MULTIDISCIPLINARY CARE

Erik Bernardes Moreira Alves¹
Gustavo Tavares de Mello Maruco²
Marianne Aguiar e Silva³
Arthur de Moraes Lago⁴
Isadora Thaynara Dias Pinheiro⁵
Kellia de Almeida Vargas⁶
Josiane aparecida Fátima Gomes⁷
Tayná Takahashi Abreu⁸
Rayssa Coutinho Diógenes⁹
Jordana Ferreira de Brito¹⁰
Bárbara Ferreira de Brito¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.10

1 erikbernardes.moreira11@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1449821778039298>

2 gustavomarucco@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5994-8240>

3 marianneaguiar00@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6869-8589>

4 arthurmlago@academico.unirv.edu.br, <https://orcid.org/0000-0001-9318-8812?lang=en>

5 isathaynara@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/26422340751695757>

6 kehvargas@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/18324887032218127>

7 josianegomes_@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/8769968600319422>

8 taynatakahashi99@outlook.com, <https://orcid.org/0000-0002-7439-0262>

9 raaydiogenes@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/5643264974372158>

10 ferreiraibrito99@mail.com, <http://lattes.cnpq.br/8981832582650340>

11 advbarbarabrito@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/7256333840103423>

RESUMO

O seguinte trabalho aborda a violência obstétrica, configurada como uma prática desnecessária ou abusiva, promovido pelos profissionais da área da saúde. O esforço multidisciplinar dos profissionais da saúde de diferentes áreas permite remissão ou até cessação de inúmeros abusos contra as parturientes, prevendo práticas obstétricas abusivas, como por exemplo, impedir que a mulher tenha um acompanhante durante o parto. Para concretização desse estudo, foi realizada uma revisão integrativa de literatura acerca da temática obstétrica em questão, trabalhando no conceito e na prevenção da violência obstétrica. Ao fim do trabalho, conclui-se que cabe a equipe multidisciplinar adotar medidas que previnam ou anullem essa prática, não negligenciando o direito de escolha das mulheres, eternizando da menor maneira possível esse momento único e especial para a mãe. Condutas considerada simples e de fácil execução podem ser bastante eficazes para marcar esse momento.

Palavras-chave: Atendimento humanizado. Obstetrícia. Violência obstétrica.

ABSTRACT

The following paper addresses obstetric violence, configured as an unnecessary practice or an abuse, promoted by health professionals. The multidisciplinary effort of health professionals from different areas allows remission or even cessation of numerous abuses against women in labor, preventing abusive obstetric practices, such as preventing the woman from having a companion during childbirth. To carry out this study, an integrative literature review was conducted on the obstetric theme in question, working on the concept and prevention of obstetric violence. At the end of the work, it is concluded that it is up to the multidisciplinary team to adopt measures that prevent or annul this practice, not neglecting the women's right to choose, eternalizing in the smallest possible way this unique and special moment for the mother. Conducts considered simple and easy to perform can be quite effective to mark this moment.

Keywords: Humanized care. Obstetrics. Obstetric violence.

1 INTRODUÇÃO

A mulher que passa pela maternidade vivencia um período de medos e de ansiedades, decorrente de alterações físicas e psicológicas. A chegada do bebê, mesmo que não seja de primigesta, gera ansiedade acerca das incertezas e mudanças que ocorrerão no cotidiano da mulher. Antigamente, os partos eram feitos em ambiente

residencial, realizado por parteiras, sem utilização de métodos para agilizar a concepção.

Com o passar das décadas, algumas adaptações precisaram ser feitas, tais como, o desenvolvimento de parto cesáreo, humanizado, natural e, principalmente, a realização do parto por profissionais da saúde, sendo eles médico e enfermeiro obstetras, assim como fisioterapeuta, auxiliando e prestando maior assistência à mulher que esteja em trabalho de parto.

Porém, mesmo com tamanho apoio fornecido às gestantes, a temática de violência obstétrica existe e é comum. Imperativo informar que tal violência é considerado como normal por alguns profissionais da saúde. Dentro dessa realidade, engloba-se violência institucional praticada por equipes médico-hospitalares, caracterizada por negligência ou por maus-tratos à gestante desde o pré-natal ao puerpério.

O ato de privar o direito da mulher de ter um acompanhante durante o parto, bem como a prática de violência física e intervenções desnecessárias como enema, ocitocina, episiotomia e/ou jejum são exemplos de violência obstétrica. Há, ainda, a violência verbal, com o uso de comentários ofensivos, e a violência psicológica, com o emprego de palavras ou comportamentos inferiorizando a mulher.

Sendo assim, a violência obstétrica configura-se como um abuso verbal, físico, psicológico, ou por meio de atos desnecessários e contrários à vontade da paciente, como tricotomia, ocitocina de rotina, episiotomia e parto cesáreo sem indicação.

Dentro desse contexto, vale ressaltar, ainda, que o atendimento humanizado dispensado a parturientes é fundamental, haja vista que deve haver assistência, atenção, segurança. Durante todo o atendimento, deve-se adotar conduta que desperte empatia, por meio de atitudes simples, como, ouvir a gestante atentamente, atender com respeito e sanar as necessidades nos serviços de saúde. Dessa forma, tende a prevalecer os princípios preconizados pelo SUS.

Salienta, também, que, no processo assistência à parturiente, deve-se orientar a gestante sobre a via de parto mais adequada, avaliando os anseios da mulher, casando com as indicações para cada situação, com seus devidos riscos e complicações, priorizando a segurança da mulher e do bebê. As gestantes devem ser informadas, também, sobre seus direitos, como de ter um acompanhante, garantindo, ainda, uma relação de confiança com a paciente.

Para que a paciente exerça seus direitos, deve-se informá-la sobre procedimentos que devem ser realizados e científica - la de que nenhuma conduta será iniciada sem o seu consentimento. Questiona-se, ainda, sobre expectativas, preocupações e decisões da futura mãe, garantindo, assim, um tratamento humanizado independente das decisões da mulher.

Tais medidas devem ser observadas e promovidas sua discussão haja vista a necessidade de reflexão acerca da adoção das medidas para enfrentar a violência obstétrica. É de fundamental importância expandir o conhecimento sobre a temática frente a todos os profissionais de saúde, principalmente por meio de pesquisas constantes na área da violência obstétrica e formas de evitá-la, erradicando-a do ambiente hospitalar.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão qualitativa de literatura que buscou abordar resultados encontrados em pesquisas acerca da temática obstétrica e a violência obstétrica, seja de maneira abrangente, ordenada ou sistemática. Para realização do trabalho, seguiu-se as seguintes etapas:

- 1) Seleção das temáticas correspondentes;
- 2) Seleção das amostras encontradas e usadas;
- 3) Análise das características da pesquisa original;
- 4) Análise dos resultados obtidos;
- 5) Realização da revisão.

As bases de dados de literatura científica e técnicas utilizadas na realização da revisão foram Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os buscadores: “Atendimento obstétrico humanizado”; “Violência Obstétrica e Saúde da Mulher e Equipe Multiprofissional e Parto” e “Violência Obstétrica e Saúde da Mulher e Parto”.

Assim, o presente trabalho procura não somente analisar a interface obstétrica, mas também evidenciar os diferentes pontos temáticos que se correlacionem a temática da violência obstétrica, visando lançar luzes para um caminho educativo, esclarecendo e sensibilizando sobre a importância do parto para a gestante, a relevância do atendimento humanizado e a gravidade da violência obstétrica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A violência obstétrica é, atualmente, um problema de saúde pública devido à sua elevada incidência e à gravidade e sequelas físicas e psicológicas que podem ser causadas às mulheres. Essa violência caracteriza-se pelas intervenções, sejam elas prejudiciais ou não, realizadas sem o consentimento da mulher em unidades de saúde por profissionais que prestam assistência as mesmas. A paciente que sofre pela violência obstétrica tem desrespeitada sua autonomia, possivelmente, interferindo ou modificando o processo fisiológico gestacional. Posto isto, pode-se afirmar que a prática de violência obstétrica é considerada uma violência de gênero, provocada pelos profissionais da saúde que deveriam promover a saúde e o bem estar das parturientes.

Algumas das práticas que podem exercer influência direta no trabalho de parto são: fator psicológico materno, fatores ambientais, antecedentes de saúde maternos, entre outros. Além dos fatores retomencionados, a intervenção indevida pelos profissionais da saúde podem transformar um momento único e marcante em uma situação traumática, interferindo em toda uma estrutura familiar e, possivelmente, na relação entre a mãe e o filho. Devido esse fenômeno, o ambiente hospitalar hoje não é mais considerado o ambiente mais seguro para a parturiente.

Cabem aos profissionais de saúde medidas de fiscalização visando à preservação vida da progenitora. Porém, o direito inerente aos profissionais de saúde não pode tolher o exercício de direito das mães em determinadas escolhas sobre determinadas especificidades do parto. O atendimento humanizado é primordial no atendimento à gestante, não devendo utilizar do procedimento para violentar e/ou oprimir os anseios e as necessidades maternas.

Podem ser citadas como situações de violência obstétrica:

- A proibição de acompanhante a parturiente;
- Envolver os profissionais, durante o trabalho de parto, em assuntos diversos e paralelos desvirtuando a atenção do atendimento à paciente;
- O atraso injustificado no atendimento;
- A realização de procedimentos sem o consentimento e sem a ciência da mãe;
- Distanciar a mãe do seu filho sem justificativa médica plausível;
- Não fornecer um atendimento humanizado à parturiente, tratando-a de maneira não empática;
- Realizar, de maneira desnecessária, procedimentos que envergonhem ou provoquem dor na parturiente.

Outro problema que interfere de maneira direta na realização do parto é a preparação das mulheres para a operação escolhida. Muitas mulheres não são preparadas de maneira devida para o parto vaginal, favorecendo, assim, a possibilidade de ocorrência da violência obstétrica. Sendo assim, a mulher sofre influência nas suas emoções e, consequentemente, reduz sua autoconfiança no parto, saindo de um papel ativo no parto, tornando-se uma coadjuvante no processo gestacional e de parto.

Sendo assim, torna-se fundamental munir as gestantes de informações obstétricas básicas, como rotina pré natal, consultas obstétricas e puerperal. O desenvolvimento de atividades educativas devem ser aderidas desde o período pré natal, sendo de fundamental importância sua realização. Tais práticas encaixam-se como promoção de saúde, incentivando o parto de maneira planejada e adequada para os respectivos quadros indicados.

Outro ponto chave que deve ser abordado relaciona-se à adequação dos hospitais brasileiros aos direito humanos das gestantes no seu âmbito gravídico-puerperal, ao invés de manter em determinadas práticas obstétricas antiquadas. Ademais, deve-se fornecer ambientes favoráveis para a atuação dos profissionais obstétricos, garantindo, assim, um atendimento humanizado às pacientes e aos recém nascidos.

Nesse contexto, a criação de Centros de Parto Normal, voltado a atenção perinatal, focados em partos normais, fisiológicos e de risco. Esses centros necessitam fornecer integralidade, preconizando um atendimento humanizado e cautela no acolhimento. Para garantir a integralidade, é vital o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional dentro do ambiente de atendimento.

Destarte, observa-se a importância do atendimento multidisciplinar humanizado, amparado nos princípios legais, adaptando a forma a qual atende-se as gestante, sensibilizando-se de que determinadas práticas obstétricas antiquadas configuram-se como uma violência obstétrica. Cabe a equipe multidisciplinar o estímulo a manifestação da gestante dos seus anseios com o puerpério, conscientizando-a da sua condição e o que lhe é capaz de acordo com sua situação clínica.

As pacientes gestantes tomam conhecimento da sua situação clínica e o que é compatível com seu estado de saúde por meio de uma boa relação médico-paciente, compartilhando informações e buscando erradicar erros com a paciente. Para tal, deve-se buscar combater a falta de integridade e clareza de informações passadas as gestantes, sendo a informação passada de maneira clara, transmitindo uma sensação de segurança. Deve-se efetivar, ainda, a legalização de ações efetivas voltadas a eliminação e prevenção da violência obstétrica.

Por fim, é vital a humanização da relação entre o profissional e o paciente, por meio da promoção de mudanças no atendimento. Para tal, somente o conhecimento acerca de técnicas obstétricas não são suficientes, cabendo ao profissional estabelecer essa relação e promover a troca de informações de maneira eficiente e adequada, por meio de um atendimento humanizado. Destarte, diminui-se a possibilidade de medidas que promovam a violência obstétrica, proporcionando a troca de informações, de experiências, acolhendo, escutando e permitindo que a mãe seja a protagonista do processo puerperal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto é o primeiro momento entre a mãe e o bebê, sendo de vital importância para relação dos mesmos. Sendo assim, torna-se inadmissível atos que importunem ou violem esse momento. Os profissionais que integram o corpo multidisciplinar têm a função de viabilizar e facilitar o parto, devendo utilizar dos seus conhecimentos para a parte clínica do acompanhamento e do procedimento cirúrgico, intervindo quando houver alguma intercorrência.

Posto isto, o processo de humanização do parto é essencial para favorecer o rompimento de uma herança histórica de violência obstétrica. Nesse âmbito, a equipe multidisciplinar deve ser treinada a atender a parturiente de maneira humanizada e as unidades de saúde devem ofertar campanhas de sensibilização a esses funcionários sobre a importância de ter uma boa relação médico - paciente.

REFERÊNCIAS

- ALTAWELI, R.F. et al. Childbirth care practices in public sector facilities in jeddah, saudi arabia: a descriptive study. *Midwifery*, v.30, n.3, 2014.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2012.
- Borges MO, Rocha WP. Conhecimento dos estudantes da área da saúde sobre violência obstétrica. UniCEUB. Disponível em:< <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11452/1/21317523.pdf>>
- Dias RL, Silva AA, Pereira BB, Pereira JSC, Azevedo MB, Gomes SKC. Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. *Rev Rede Cuid Saúde*. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcc/article/view/2686/1318>>
- GONCALVES, R. et al. Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective. *Rev esc enferm USP*, v.45, n.1, p.62-70, 2011.
- Lansky S, Souza KV, Moraes ER, Oliveira BF, Diniz S, Vieira NF, Cunha RO, Friche AAL. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cien Saude Colet*. DOI: 10.1590/1413-

81232018248.30102017 CONTRIBUTIONS CONFLICT OF INTERESTS REFERENCES

Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014. DOI: 10.1590/0102-311XED01S114

Maia RS, Maia EMC. Prevalence of violence and related aspects: preliminary study of older adults. Rev Enferm UFPE DOI: 10.5205/1981-8963-v9i7a10686p8961-8968-2015

World Health Organization: Intrapartum care for a positive childbirth experience.

CAPÍTULO 11

O MODELO TEÓRICO DE CALLISTA ROY NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ASSOCIADO AO USO DE LINGUAGENS PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM

CALLISTA ROY'S THEORETICAL MODEL IN NURSING ASSISTANCE ASSOCIATED WITH THE USE OF STANDARDIZED NURSING LANGUAGES

Liana Priscilla Lima de Melo¹
Jaiza Sousa Penha²
Mayane Cristina Pereira Marques³
Andréa Cristina Oliveira Silva⁴
Rosilda Silva Dias⁵

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.11

¹ lianapris.melo@gmail.com, Orcid : <https://orcid.org/0000-0002-0263-1119>
² jaiza.sousa@discente.ufma.br, Orcid : <https://orcid.org/0000-0001-9805-3802>
³ marques.mayanne@gmail.com, Orcid <https://orcid.org/0000-0003-3341-0818>
⁴ silva.andrea@ufma.br, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1154-6394>
⁵ rs.dias@ufma.br, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7969-9613>

RESUMO

Objetivo: O presente estudo é de cunho teórico reflexivo com objetivo de refletir sobre a utilização do Modelo Teórico da Adaptação de Sister Callista Roy na assistência de enfermagem e sua associação com os sistemas de linguagem padronizada de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de um estudo oriundo de debates pertinentes à disciplina Fundamentos Teóricos do Cuidado de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal do Maranhão, e de análise e interpretação de livros, teses, dissertações e artigos sobre a aplicabilidade do Modelo Teórico da Adaptação de Sister Callista Roy para a assistência de enfermagem associada ao uso de linguagens padronizadas de enfermagem. **Resultados:** O Modelo de Teórico de Roy esteve presente na assistência de enfermagem de pacientes portadores de doenças crônicas, o modo adaptativo fisiológico foi descrito como o mais comprometido e a utilização da teoria ficou restrita à assistência de enfermagem hospitalar. **Conclusão:** Este estudo trouxe reflexões sobre a perspectiva da enfermagem como ciência, ao demonstrar a importância dos pressupostos teóricos associados aos sistemas de linguagem padronizada de enfermagem, para o fortalecimento dos aspectos relacionados à prática clínica.

Palavras-chave: Teoria de enfermagem. Terminologia padronizada em enfermagem. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: This is a theoretical and reflective study aimed at reflecting on the use of the Sister Callista Roy Theoretical Model of Adaptation in nursing care and its association with standardized nursing language systems. **Methods:** This is a study arising from debates pertinent to the discipline Theoretical Foundations of Nursing Care, of the Graduate Nursing Program, Master's level, of the Federal University of Maranhão, and from analysis and interpretation of books, theses, dissertations, and articles on the applicability of Sister Callista Roy's Adaptation Theoretical Model for nursing care associated with the use of standardized nursing languages. **Results:** Roy's Theoretical Model was present in nursing care of patients with chronic diseases, the physiological adaptive mode was described as the most compromised and the use of the theory was restricted to hospital nursing care. **Conclusion:** This study brought reflections on the perspective of nursing as a science, by demonstrating the importance of theoretical assumptions associated with standardized nursing language systems for strengthening aspects related to clinical practice.

Keywords: Nursing theory. Standardized nursing terminology. Nursing care.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que fornece cuidado individualizado centrado nas necessidades do paciente e da família, sendo considerada, portanto, de caráter dinâmico, uma vez que ao prestar cuidados de enfermagem necessita de reflexão contínua e constante sobre suas ações (SANTOS *et al.*, 2014).

O cuidado de enfermagem se estabelece por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem que consiste num método ou estratégia para identificar situações de saúde ou doença, com apoio de ações de enfermagem necessárias para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade (ANDRADE *et al.*, 2016).

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Sua operacionalização contribui para a posição de evidência da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

Realizado de forma sistemática e deliberada em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, o PE organiza o trabalho do enfermeiro, imprimindo assim qualidade à assistência prestada (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Para a execução do PE, o enfermeiro deve desenvolver pensamento crítico reflexivo e compreender que as etapas do processo são distintas, interdependentes e inter-relacionadas: Histórico, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação (CARBOGIM; OLIVEIRA; PUSCHEL, 2016).

No Brasil, a terminologia do PE difundiu-se, nos anos 1970, por meio dos estudios presentes na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, porém além dessa teoria de enfermagem, outras surgiram, como opção de referencial teórico de trabalho, com a finalidade de oferecer respaldo científico à prática assistencial, segurança e qualidade às ações de enfermagem (HORTA, 1974; MATOS *et al.*, 2011).

O Modelo Teórico de Adaptação de Sister Callista Roy, por exemplo, também foi uma das teorias apresentadas nos anos 70 e introduziu conceitos relacionados aos processos de adaptação, ao considerar a estimulação como fator responsável por afetar os modos adaptativos da pessoa, como: fisiológico, autocontexto, função do papel e interdependência (LEOPARDI, 2006; GEORGE *et al.*, 2000).

Assim, as teorias de enfermagem caracterizam-se pela articulação entre a realidade e o objetivo de prescrever o cuidado de enfermagem, sendo a sua aplicabilidade comumente associada ao uso de linguagem padronizada, pois é a forma que a profissão se comunica com a sociedade e utiliza seu conhecimento para a expressar a sua prática (GEORGE, 2000; THOFEHRN; LEOPARDI, 2002; CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Considerando que a teoria de enfermagem funciona como um alicerce estrutural para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que o uso dos sistemas de linguagem padronizada, na prática clínica, produz contribuição especialmente no âmbito da avaliação da enfermagem e no gerenciamento do cuidado e que o Processo de Enfermagem no Modelo de Adaptação de Roy é dividido em etapas que englobam questões comportamentais em reação relacionadas aos modos adaptativos. Este estudo teve o objetivo de refletir acerca da utilização do Modelo Teórico de Adaptação de Sister Callista Roy na assistência de enfermagem e sua associação com os sistemas de linguagem padronizada de enfermagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A partir de 1970, Sister Callista Roy iniciou o desenvolvimento dos estudos sobre o Modelo de Adaptação Fisiológica e Psicológica , enquanto fazia parte do corpo docente da Universidade de Artes Liberais. Assim, para a criação da teoria, Roy baseou seus pensamentos em suposições científicas e filosóficas, como a teoria científica geral dos sistemas de Bertalanffy (1968) e a teoria filosófica do modelo de adaptação de Helson (1964), fundamentadas pela corrente humanística (ROY, 1991).

O referencial teórico elaborado por Roy baseia-se em uma visão holística e humanística de que os seres humanos são responsáveis pela integração dos processos criativos, que o pensamento e o sentimento orientam a ação humana, que as transformações nas pessoas e no ambiente são criadas na consciência humana e que a integração entre os significados humanos e ambientais resultam em adaptação (ROY, C.;ANDREWS, 1999).

O Modelo de Adaptação de Roy (MAR) inclui fortemente os conceitos de estímulos e respostas que acionam os mecanismos de enfrentamento. Os estímulos são classificados em focais, contextuais e residuais. Mudanças imediatas que causam impacto no indivíduo, por exemplo, são categorizadas no grupo dos estímulos focais. Os estímulos externos e interno que influenciam de forma positiva ou negativa uma determinada situação são chamados de estímulo contextuais. E os estímulos

residuais, dizem respeito às influências internas e externas que ocorreram na vida prévia da pessoa (NAVARINE, 2015).

Os mecanismos de enfrentamento diante dos estímulos são descritos por Roy em dois subsistemas: o regulador, no qual os sistemas químico, neuronal e endócrino fazem parte e o cognoscente, que envolve canais cognitivos emocionais relacionados às funções fisiológica, de autoconceito, função de papel e interdependência (COSTA;LUZ, BEZERA, 2016).

Desse modo, os conceitos do metaparadigma do MAR constituem-se em: pessoa, meio ambiente, saúde e enfermagem, conforme mostra o quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Conceitos do metaparadigma do Modelo Teórico Adaptativo de Callista Roy

Conceitos do Metaparadigma	
Pessoa	Sistema holístico com partes integradas que sofrem influências do processo de resposta e controle, por meio de entradas e saídas de estímulos do meio ambiente (ROY; ANDREWS, 2001).
Ambiente	Todas as condições e circunstâncias que afetam o comportamento da pessoa e seu desenvolvimento além de ser o responsável pelo surgimento de respostas adaptativas (SALDANHA <i>et al.</i> , 2013).
Saúde	É um estado ou processo que reflete uma adaptação, ou seja, a interação da pessoa e do ambiente (ROY; ANDREWS, 2001).
Enfermagem	Auxilia a adaptação dos indivíduos nos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência) (ROY; ANDREWS, 2001).

Fonte: Organização dos autores, 2022.

Outro aspecto importante da teorista refere-se aos modos adaptativos os quais são classificados em quatro categorias (fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência.) que possibilitam alcançar a meta de enfermagem: adaptação da pessoa, família ou comunidade (ROY, 2011). Abaixo, o quadro 2 apresenta as características dos quatro modos adaptativos propostos por Roy.

Quadro 2 - Modos adaptativos do Modelo Teórico Adaptativo de Callista Roy

Modo de adaptação fisiológico
<ul style="list-style-type: none"> • Baseado nas cinco necessidades básicas de integridade fisiológica definida por Callista Roy: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, proteção (ROY, 2011). • Necessidade físicas e químicas do organismo (ROY, 2011).
Modo de adaptação de autoconceito
<ul style="list-style-type: none"> • Envolve aspectos espirituais e psicológicos do ser humano diante das relações. • Divide-se em eu físico (autoimagem corpórea e sensações) e eu pessoal (aspectos ético, moral e espiritual) (ROY, 1984).
Modo de adaptação de desempenho de papel
<ul style="list-style-type: none"> • Refere-se à necessidade básica da integridade social, ou seja, de interação da pessoa com a sociedade (ROY; ANDREWS, 2001).
Modo de adaptação de interdependência
<ul style="list-style-type: none"> • Relacionado aos relacionamentos interpessoais (ROY; ANDREWS, 2001).

Fonte: Organização dos autores, 2022

O modo adaptativo fisiológico inclui as cinco necessidades fisiológicas básicas como: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade de repouso e proteção. O modo autoconceito é formado por padrões de crenças, valores e emoções, com foco no aspecto psicológico e espiritual. O modo função de papéis está relacionado ao desempenho do indivíduo e padrões de interação social. Por fim, o modo de interdependência identifica os valores humanos, fazendo referências às interações entre dar e receber amor, respeito e afeição, por isso sua necessidade é a adequação afetiva (FROTA *et al.*, 2020).

3 METODOLOGIA

Estudo de cunho teórico reflexivo oriundo de debates pertinentes à disciplina Fundamentos Teóricos do Cuidado de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal do Maranhão, e de análise e interpretação de livros, teses, dissertações e artigos sobre a aplicabilidade do Modelo Teórico de Adaptação de Sister Callista Roy na assistência de enfermagem associada ao uso de linguagens padronizadas de enfermagem.

A disciplina Fundamentos Teóricos do Cuidado de Enfermagem foi desenvolvida entre agosto e setembro de 2020, na forma de ensino à distância, com proposta de construção de diagramas e fluxogramas e discussão de texto e abordagem de temáticas relacionadas à reflexão das práticas de cuidado baseadas nas teorias de enfermagem.

Para o aprofundamento do tema foram consultados livros, teses e dissertações nos bancos de dados como: a Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *US National Library of Medicine* (PubMed Central), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), SCOPUS, Repositório Institucional da Universidade Federal do Ceará (UFC) e Repositório Institucional da Universidade Federal de São Paulo (USP).

A análise teórica reflexiva dos assuntos pesquisados foi dividida em dois eixos temáticos: aplicabilidade do Modelo Teórico de Callista Roy na assistência de enfermagem e associação do Modelo Teórico de Callista Roy aos sistemas de linguagem padronizadas em enfermagem (SLP).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Aplicabilidade do Modelo Teórico de Callista Roy na Assistência de Enfermagem

Estudos que descrevem a sistematização da assistência de enfermagem à luz do referencial teórico de Callista Roy são pouco comuns na produção científica. Em uma revisão integrativa, Medeiros e colaboradores (2015) demonstraram que havia um déficit significativo no quantitativo de produções científicas relacionadas às teorias de enfermagem, especialmente a Teoria da Adaptação de Roy e que apenas 6,4% das publicações nacionais contextualizavam esse referencial.

Analizando os estudos sobre a aplicação do MAR na assistência de enfermagem, observou-se, primeiro, que esse referencial foi empregado, principalmente, com pacientes portadores de doenças crônicas como, enfisema pulmonar, cirrose hepática, doença renal crônica, coronariopatias, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus e câncer (SANTOS *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2016; FROTA *et al.*, 2020).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são descritas como responsáveis por cerca de 70% das mortes no mundo e resultam em mortes prematuras, impactos econômicos para as famílias, indivíduos e sociedade, bem como repercussões para a qualidade de vida (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

Essas doenças resultam em mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de resultar em impactos econômicos negativos para as famílias, os indivíduos e a sociedade (MALTA *et al.*, 2020).

A assistência ao portador de doença crônica necessita de qualificação profissional e de conhecimento específico sobre as necessidades dos portadores, por isso,

as teorias de enfermagem, incluindo o MAR, pode se tornar fundamental neste processo de prestação de cuidados (SILVA *et al.*, 2017).

O segundo fator observado nas publicações foi que os problemas adaptativos fisiológicos foram colocados em posição de destaque e atenção ao utilizarem o MAR como referencial teórico, permitindo assim levantamento de diagnósticos de enfermagem e direcionamento de intervenções de enfermagem que colaborassem para uma adaptação positiva dos pacientes (HAMADÉ *et al.*, 2020).

E por fim, percebeu-se que a aplicabilidade do MAR ocorreu predominantemente na assistência de enfermagem hospitalar, não havendo, nos estudos utilizados, o uso dessa teoria na assistência primária à saúde e atenção domiciliar. Isso evidenciou um problema significativo, uma vez que a atenção básica aborda um conjunto de estratégias para o manejo de indivíduos portadores de doenças crônicas e que o enfermeiro tem papel fundamental nesse nível de atenção em saúde, implementando o PE com a finalidade de aumentar a adesão ao tratamento, contribuindo mais uma vez para a adaptação positiva dos pacientes (AMARAL-MOREIRA MOTA; MOURA-LANZA; NOGUEIRA-CORTEZ, 2019).

4.2 Associação do Modelo Teórico de Callista Roy aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem.

A implementação dos elementos do PE utilizando os SLP é fortemente recomendado na prática clínica, pois permite a representação do conhecimento clínico de enfermagem (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Os Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem (SLP) significam um conjunto de estruturas que organizam uma terminologia acordada entre os enfermeiros para descrever as avaliações, as intervenções e os resultados pertinentes aos cuidados de enfermagem (RUTHERFORD, 2008).

Atualmente, as terminologias de enfermagem reconhecidas internacionalmente são: a Taxonomia da NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association*), o Sistema de Omaha, os Elementos de dados de Enfermagem Perioperatória, o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos Sabba e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). No Brasil, a nomenclatura da NANDA-I, NIC (*Nursing Interventions Classification*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e o inventário vocabular da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) são os mais utilizados (COFEN, 2020).

A utilização dos SLP associados ao Modelo de Adaptação de Roy é bastante presente na literatura, com predominância principalmente da taxonomia da NANDA-I e da nomenclatura CIPE (OLIVEIRA *et al.*, 2021; CLARES; GUEDES; FREITAS, 2021).

Em relação à segunda etapa do PE, Roy de acordo com sua teoria descreve a formulação do diagnóstico de enfermagem sob três formas diferentes: a primeira, através da avaliação de comportamentos que possua vários estímulos relevantes; a segunda, através da avaliação de comportamentos com único estímulo relevante, influenciando-o e a terceira, através de um padrão comportamental quando mais de um modo está alterado por alguns estímulos (ROY, C.;ANDREWS, 1999).

Assim, a aplicabilidade do MAR associada ao uso dos SLP ocorre primeiramente na investigação dos problemas de adaptação dos indivíduos, relacionando-os com os estímulos influenciadores e em seguida, na identificação de diagnósticos de enfermagem utilizando a linguagem padronizada desejada.

Observou-se que o modo fisiológico de Roy foi muito citado nos estudos publicados, como o principal modo adaptativo afetado dos pacientes portadores de doenças crônicas, o que permitiu a identificação de uma série de diagnósticos de enfermagem, principalmente aqueles relacionados à taxonomia da NANDA-I, a qual a teoria apresenta uma forte relação.

Um estudo descritivo realizado com pacientes renais crônicos dialíticos elaborado por Frazão e colaboradores (2015) apontou semelhança entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e os problemas adaptativos de Roy nos pacientes assim como outro estudo feito por Hamadé e colaboradores (2020), desta vez, com pacientes coronariopatas em pré-intervenção hemodinâmica.

O motivo para essa aproximação entre o MAR e linguagem padronizada da NANDA-I, mesmo em estudos com delineamento diferente pode ser explicado devido à participação da enfermeira Callista Roy como membro da NANDA durante os primeiros anos dessa taxonomia (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Em relação a nomenclatura da CIPE associada ao MAR, os estudos apresentam percurso metodológico semelhante aos que utilizaram a taxonomia da NANDA-I. Houve implementação da assistência de enfermagem na qual análise e julgamento das respostas dos pacientes estavam relacionadas aos estímulos , que por sua vez estavam relacionados aos indicadores de adaptação positiva e tipologia de problemas de adaptação e por fim contribuiram para a identificação e seleção dos diag-

nósticos de enfermagem, porém desta vez baseado na CIPE (MIRANDA; ARAÚJO; FALEIROS-CASTRO, 2012).

Ao contrário da NANDA-I, a terminologia CIPE não foi descrita com forte associação aos modos adaptativos de Roy, mas também permitiu o direcionamento para as intervenções de enfermagem.

Percebeu-se deficiência de estudos com proposta de associação entre as demais etapas do PE de Roy e as linguagens padronizadas relacionadas às intervenções e resultados de enfermagem. Isso se configurando como uma lacuna importante, pois não somente elencar as necessidades dos indivíduos se faz importante, como também proceder intervenções e mensurar resultados antes e após intervenções, mediante uso de terminologias padronizadas, facilitando a comparação dos estudos na área da enfermagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo trouxe reflexões sobre a aplicabilidade do Modelo de Adaptação de Callista Roy na assistência de enfermagem e no uso de terminologia padronizada em enfermagem ressaltando aspectos importantes e apontando lacunas na literatura.

Assim, a teoria de Callista Roy expressa a perspectiva da enfermagem como ciência de modo importante, com destaque para a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

A aplicabilidade de uma teoria de enfermagem dissociada de uma linguagem padronizada não se concretiza, pois através da relação entre os modos adaptativos de Roy e a identificação dos problemas dos indivíduos baseados em terminologia própria ocorre fortalecimento da prática clínica nos diferentes contextos do cuidado em enfermagem.

REFERÊNCIAS

AMARAL-MOREIRA MOTA, B.; MOURA-LANZA, F.; NOGUEIRA-CORTEZ, D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Revista de Salud Pública*, v.21, n.3, p. 1-9, 2019 Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642019000303103&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em 17 de novembro de 2020.

ANDRADE, Y. ET AL. Knowledge of nursing students on the teaching-learning Systematization of Nursing Care. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v.17, n.5, p. 602-609, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6182/4420>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

AZEVEDO, O. ET AL. Documentation of the nursing process in public health institutions. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.53, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342019000100458&script=sci_arttext&tlang=en. Acesso em 17 de novembro de 2020.

CARBOGIM, F.; DE OLIVEIRA, L.; PÜSCHEL, V. Pensamento crítico: Análise do conceito sob a ótica evolucionista de Rodgers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.24, 2016. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002843454>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

CARVALHO, E.; CRUZ, D.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p.134-14, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

CLARES, J.; GUEDES, M.; FREITAS, M. Construção de diagnósticos de enfermagem para pessoas com lesão medular em reabilitação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2021, v. 55 [Acessado 5 Maio 2022] , e03750. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020038403750>>. Epub 28 Jul 2021. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020038403750>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise Crítica do Potencial de Utilização das Nomenclaturas de Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde**, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/nomenclaturas-de-enfermagem/>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009**, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 17 de novembro de 2020.

COSTA, M. ET AL. Case Report Article Application of the Nursing Theory of Callista Roy To the Patient With Cerebral Vascular Accident. **Journal of Nursing**, v.10, n.1, p.352-360, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revisitaenfermagem/article/view/10960>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

FIGUEIREDO, A.; CECCON, R.; FIGUEIREDO, J. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 01 [Acessado 5 Maio 2022] , pp. 77-88. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>>. Epub 25 Jan 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>

FROTA, S. ET AL. Aplicabilidade do modelo de adaptação de Roy no cuidado ao paciente diabético . **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n.4, p. 10699-10709, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15712>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

GEORGE, J. B. ET AL. **Teorias de enfermagem: dos fundamentos para à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

HAMADÉ, D. ET AL. Nursing diagnoses with coronary patients in the light of Callista Roy's theory. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.12, n.0, p. 130-137, 2020. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/7137>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

HORTA, W. A. Enfermagem: teorias, conceitos, princípios e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.5, n.1, p. 7-15, 1974.

LEOPARDI, M. T. **Teorias e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Soldasoft, 2006.

MALTA, D. ET AL. Noncommunicable diseases, risk factors, and protective factors in adults with and without health insurance. **Ciencia e Saude Coletiva**, v.25, n.8,p. 2973-2983, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000802973&script=sci_arttext&tlang=en. Acesso em 17 de novembro de 2020.

MATOS, J. ET AL. Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná - Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.1, p.23-28, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100003&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em 17 de novembro de 2020.

MEDEIROS, L. P. ET AL. Roy Adaptation Model: integrative review of studies conducted in the light of the theory. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.16, n.1, p. 132-140, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2690>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

MIRANDA, A. R.; ARAÚJO, C. S.; FALEIROS-CASTRO, F. Diagnósticos de enfermagem na reabilitação de adultos com artrite reumatóide segundo Roy e a CIPE. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v2, n.3, p. 9-16, 2012.

NAVARINE, T. C. R. **Cuidado espiritual em enfermagem: contribuições para a educação acadêmica segundo o pressuposto filosófico de Callista Roy**. 2015. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2013.

Roy, C. **Introdução à Enfermagem: Um Modelo de Adaptação**, 2 ed., Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ., 1984

ROY, C. ; ADREWS, H. A. **The Roy adaptation model:** The definitive statement. Norwalk, CT: Appleton& Lange, 1991.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **The Roy Adaptation Model**. 2ed. Appleton e Lange, 1999.

ROY, C.; ANDREWS, H.A. **Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**, 2001.

Roy, C. Extending the Roy adaptation model to meet, changing global needs. **Nurs Sci Q.**, v. 24, n. 4, p. 345-51, 2011.

RUTHERFORD, M. Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice? *J Issues Nurs*, 2008. Disponível em: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

SALDANHA E. A. et al. Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de Roy em pacientes prostatectomizados. *Rev Rene*. v.14, n. 4, p. 774-82, 2013.

SANTOS, W. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *Journal of Management & Primary Health Care* v. 5, n.2, p. 153-158, 2014. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/210>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

SANTOS, K. L. A. dos; XAVIER, T. de S.; SILVA, A. R. da; SILVA, R. A. da; SILVA, E. da. Processo de Enfermagem no contexto assistencial da Atelectasia por Enfisema Pulmonar: relato de caso. *Diversitas Journal*, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 910-920, 2020. DOI: 10.17648/diversitas-journal-v5i2-755. Disponível em: https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/755. Acesso em: 5 maio. 2022.

SILVA, C. ET AL. Cuidados de enfermagem a pacientes com condições crônicas de saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v.9, n.2, p.599-605, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316202934_Cuidados_de_enfermagem_a_pacientes_com_condicoes_cronicas_de_saude_uma_revisao_integrativa_Nursing_care_for_patients_with_chronic_health_conditions_an_integrative_review. Acesso em 17 de novembro de 2020.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teorias de enfermagem, trabalho e conhecimento contemporâneo. *Texto & contexto enferm*, v.11, n.1,p. 86-104, 2002.

CAPÍTULO 12

AÇÕES EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

HEALTH ACTIONS IN THE PREVENTION OF PREGNANCY IN ADOLESCENCE: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Ana Beatriz Alves da Silva¹
Anderson Fernandes de Carvalho Farias²
Giovanna Pedroza³
Liz Silva Loureiro⁴
Gerson Pedroso de Oliveira⁵
Maria Luiza Carvalho Paixão⁶
Lilianne Nakayama Bognar⁷
Tamily Kristiny Batista Barroso⁸
Yanes Lara dos Santos Saraiva⁹
Alceste Pomar Schiochet¹⁰
Wanessa Procópio Goveia de Menezes¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.12

1 <https://orcid.org/0000-0002-7993-2104>
2 <https://orcid.org/0000-0002-4326-9689>
3 <http://lattes.cnpq.br/0142329580770260>
4 <https://orcid.org/0000-0003-3630-0788>
5 <https://orcid.org/0000-0002-3532-887X>
6 <http://lattes.cnpq.br/5131667166284015>
7 <http://lattes.cnpq.br/4383850620250891>
8 <http://lattes.cnpq.br/1638337644380484>
9 <http://lattes.cnpq.br/7104390564799705>
10 <http://lattes.cnpq.br/7171749553252851>
11 <https://orcid.org/000-0001-6361-8738>

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico acerca das ações em saúde na prevenção da gravidez na adolescência. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo. A busca dos trabalhos envolvidos na pesquisa foi buscada nas seguintes bases de dados: SCIELO, LILACS, BDENF E MEDLINE, a partir dos descritores em ciências da saúde: "Gravidez na Adolescência", "Saúde do Adolescente" e "Educação em Saúde". Foram usados como critérios de inclusão a coleta de artigos publicados no período de 2012 e 2022, a busca periódica constituiu livre aos textos completos, em idioma português, inglês e espanhol e relacionados a temática. Critérios de exclusão foram: artigos duplicados, incompleto, resumos, debates, artigos publicados em anais. Os Programas devem ser realizados de forma mais amplos, com objetivo de atingir todos os jovens e adolescentes, além de promover o envolvimento dos pais, professores e membros da comunidade, de modo que ofereça um ambiente seguro e leve apoio para os adolescentes em casa, na escola e em todos os lugares que frequentam, dispor-se diminuir a condição de vulnerabilidade do adolescente. Conclui-se que a gravidez na adolescência se trata de um problema de saúde pública, já que grande parte dos jovens/adolescente não possui o conhecimento adequado na utilização dos métodos contraceptivos, deixando cada vez mais vulneráveis ao aumento precoce de mães adolescentes e o crescimento de casos de Infecção Sexualmente Transmissível.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência. Saúde do Adolescente. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to carry out a bibliographic survey about health actions in the prevention of teenage pregnancy. This is a qualitative literature review. The search for the works involved in the research was searched in the following databases: SCIELO, LILACS, BDENF AND MEDLINE, based on the health sciences descriptors: "Adolescent Pregnancy", "Adolescent Health" and "Health Education". Inclusion criteria were the collection of articles published in the period 2012 and 2022, the periodic search was free for full texts, in Portuguese, English and Spanish and related to the theme. Exclusion criteria were duplicate articles, incomplete articles, abstracts, debates, articles published in proceedings. Programs should be carried out in a broader way, with the objective of reaching all young people and adolescents, in addition to promoting the involvement of parents, teachers and community members, in a way that offers a safe environment and brings support for adolescents at home, at school and in all the places they attend, to be willing to

reduce the vulnerability of the adolescent. It is concluded that teenage pregnancy is a public health problem, since most young people/adolescents do not have adequate knowledge in the use of contraceptive methods, leaving them increasingly vulnerable to the early increase in adolescent mothers and the growth of sexually transmitted infections.

Keywords: Teenage Pregnancy. Adolescent Health. Health education.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência, é considerada um problema de saúde pública, e com isto exige programas de orientação, preparação e acompanhamento durante a gravidez e o parto, por ser um problema que oferece riscos ao desenvolvimento da criança, deve ser observado os problemas que a cercam. Como, a baixa escolaridade e o início da vida sexual, a falta de conhecimento e orientações sobre os meios preventivos, ressaltando-se que são fatores de risco para gravidez na adolescência, o abandono escolar, a ausência de planos futuros, a falta de conhecimento a respeito da sexualidade e o uso inadequado de métodos contraceptivo (SANTOS *et al.*, 2020).

A gestação quando ocorre nesta fase da vida, podem causar mudanças no bem-estar físico, psicológicos e sociais sendo um problema para os adolescentes, onde iniciaram uma família que irá afetar a sua juventude e a possibilidade de desenvolver planos futuros. A gravidez sendo desejada ou não provoca um conjunto de fatores que causa dificuldade na comunicação a nível social, familiar e pessoal (ARAÚJO *et al.*, 2016).

No Brasil estima-se que 30% da população mundial são adolescentes, sendo essa uma proporção que o alcance em média é 23%. O fato que a maternidade na adolescência representa um acontecimento de repercussão mundial, 11% dos partos no mundo são de adolescentes entre 12 e 19 anos, os índices apresenta que 7,3 milhões de adolescentes se tornam mães a cada ano, sendo 2 milhões dessas gestantes são menores de 15 anos. No Brasil uma taxa significativa de 68,4 para cada mil nascimentos cinco são adolescentes visto que esses dados podem aumentar para 3 milhões até 2030 (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Na adolescência o início da vida sexual entre os jovens tanto os meninos quanto as meninas estão exposto aos riscos como uma gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Excepcionalmente, grande parte desses adolescentes não teve uma orientação e serviços adequados para informar sobre a

saúde sexual e reprodutiva que os encaminhassem a uma decisão livre e responsável (PIANTAVINHA; MACHADO, 2022).

A atividade sexual se torna cada vez mais precoce entre os jovens, portanto, o aumento da gravidez entre essas jovens se torna uma consequência desencadeando, o aumento das Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), ocasionando diversos fatores como a alta taxa de abortamento, depressão e mortalidade materna (AZEVEDO *et al.*, 2015).

A gravidez precoce se torna uma das grandes preocupações para a Saúde Pública do país tendo associação ao direcionamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Os dados epidemiológicos apresentam uma faixa etária em relação a infecção do HIV, entre jovens de 17 a 20 anos o percentual do número de casos, apresentou 0,09% em 2006 tendo um aumento de 0,12% em 2011 (TABORDA *et al.*, 2014).

O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi criado em 1989, com o intuito e integralidade de promover ações de forma multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, com foco na prevenção, educação e assistência aos adolescentes. Além disso uma das áreas de prioridade é a Saúde Reprodutiva e a Sexualidade (SOARES, 2016).

Realizar um levantamento bibliográfico acerca das ações em saúde na prevenção da gravidez na adolescência

3 METODOLOGIA

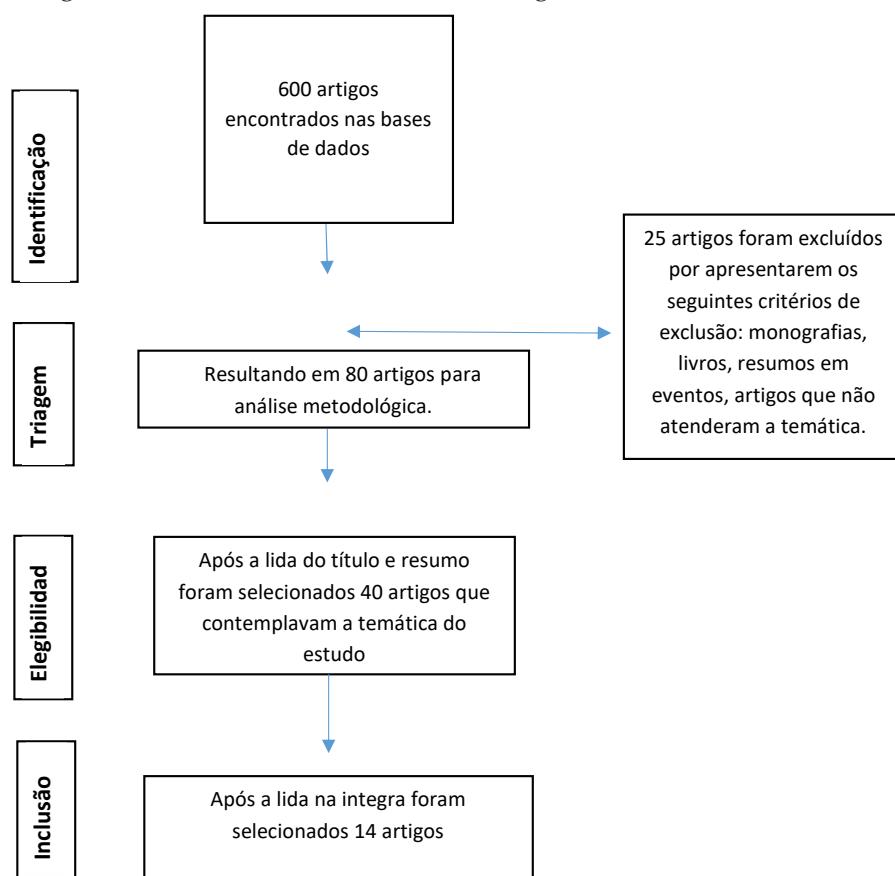
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, no qual foram obtidos os dados através de um levantamento bibliográfico de caráter qualitativo. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) a revisão integrativa inclui o levantamento das análises de pesquisas bibliográficas relevantes que tem como objetivo a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Desse modo foram abordadas as etapas de construção do presente estudo aplicando as seguintes identificações da temática, usando como questão norteadora, a seleção dos artigos. Tendo como uso para a elaboração a estratégia PICO, na qual (P) População; (I) Intervenção; (C) Comparação; (O). Portanto, a seguinte questão: “O que a literatura aborda acerca das ações em saúde na prevenção da gravidez na adolescência?

Para construção deste trabalho foi utilizado a busca dos artigos nas seguintes bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para incluir foi usado como critério a coleta de artigos publicados no pe-

ríodo de 2012 e 2022, a busca periódica constituiu livre aos textos completos, os artigos encontrados no idioma português, inglês e espanhol ligados a temática encontrados pelo meio da busca com os descritores no operador booleano *and* entre eles: Gravidez na Adolescência and Saúde do Adolescente and Educação em Saúde. Para a escolha dos descritores, foi realizado a busca ao DeCs – Descritores em Ciências da Saúde. Para a exclusão foi utilizado como critérios artigos duplicados, incompletos, resumos, artigos publicados em anais de eventos. Para o alcance dos artigos, foi efetivado uma classificação nas bases de dados eletrônicos: *Scientific Electronic Library - SCIELO*, Literatura Latino - Americana do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, Banco de Dados em Enfermagem – BDENF, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE* via Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

A revisão bibliografia e análise dos estudos listados nas bases de dados eletrônicas, na proposta da temática, foi identificado 600 estudos, onde 80 desses estudos científicos foi escolhido, 40 atenderam as normas de inclusão antecipadamente estabelecidos, destes, 25 foram feitos a exclusão com base nas normas, correspondendo 14 artigos para implantação e análise do estudo. O fluxograma presente detalha as etapas utilizadas para os resultados exibido a seguir na figura 1

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos científico. Teresina, Piauí, Brasil. 2022.



Fonte: Autores (2022)

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os métodos contraceptivos são conhecidos de modo superficial pelos adolescentes, portanto o uso se torna de forma imprópria ou incompleta. De fato, nota-se que os jovens encontram uma dificuldade na prevenção da gravidez, visto que muitos não possuem o conhecimento suficiente para praticar uma utilização contraceptiva apropriada. Torna-se indispensável, o fato do início da vida sexual tão precoce, intensificado pela falta da conscientização e orientação sobre o início da vida sexual ativa (FIEDLER; ARAÚJO; SOUZA, 2015).

No Brasil algumas estratégias foram desenvolvidas para prevenir a gravidez na adolescência, como as palestras em unidades primárias de saúde, programas em escolas, visitas domiciliares, rodas de conversas com os adolescentes e suas famílias e capacitação dos profissionais de saúde. Nota-se a importância dos programas governamentais para fortalecer a temática saúde sexual, tendo com objetivo não apenas a oferta de preservativos feminino e masculino e sim orientar quais são os métodos contraceptivos, dando a oportunidade para os jovens falar de si, trocar experiência e obter conhecimento que beneficiem a uma vida de forma saudável e uma sexualidade segura (QUEIROZ *et al.*, 2016).

O crescimento de adolescentes gestantes aumenta a cada dia gravidez, portanto tem sido trabalhado a realização de debates e elaboração de estratégias com os adolescentes, no intuito da redução de casos, com integração das áreas da saúde e da educação para destacar o uso adequado dos métodos contraceptivos e orientar, conscientizar todos os jovens/adolescentes dos riscos de uma gravidez precoce. As ações educativas são elaboradas pela equipe de enfermagem sendo de grande valia, não só nas Estratégia Saúde da Família (ESF), mas também na implantação em escolas e comunidades. Além disso no ensino educacional é visto como um lugar primordial para as ações sobre a temática já que por ser um local social de grande importância para o desenvolvimento da conscientização e identidade pessoal dos adolescentes (RIBEIRO *et al.*, 2016).

As complicações da gravidez na adolescência estão ligadas à múltiplas condições, como a reduzido de consultas de pré-natal e o baixo nível de escolaridade. Além disso, pela falta do conhecimento, as gestantes adolescentes possuem um maior risco de ter um parto prematuro por sua baixa idade ginecológica, além da gestação está ocorrendo em um organismo que não está preparado fisicamente e emocional, podem causar problemas no crescimento e desenvolvimento do feto (FARIAS *et al.*, 2020).

As adolescentes com o início da gestação acabam que ocasiona o atraso escolar, pois muitas desistem de permanecer estudando por falta de apoio socioeconômico na gestação, com isso se torna frequente o abandono educacional e consequentemente acabam não retornando para os estudos, e dificilmente conclui o ensino fundamental ou médio, ocasionando um grande impacto na vida destas mães/adolescentes que se deparam em uma significativa taxa entre 18 e 19 anos logo ao final da adolescência (ANDRADE *et al.*, 2022).

Os Programas devem ser realizados de forma mais amplos, com objetivo de atingir todos os jovens e adolescentes, além de promover o envolvimento dos pais, professores e membros da comunidade, de modo que ofereça um ambiente seguro e leve apoio para os adolescentes em casa, na escola e em todos os lugares que frequentam, dispor-se diminuir a condição de vulnerabilidade do adolescente. Orientações que são direcionadas as mães/adolescentes com incentivo a voltar ao ensino educacional a importância de uma rede de educação escolar, principalmente às jovens mães que deixaram precocemente a escola (LOPES *et al.*, 2020).

Ressalta-se que a orientação deve ser levada não somente para as meninas e sim para os meninos e a família dos adolescentes (homens) pois deve ser trabalhada em conjunto com o alvo de conscientizar todos os jovens, conscientizando sobre a importância do início da vida sexual. Alertando todos os riscos em que estão expostos quando inicia a vida sexual de forma precoce, esclarecendo que a responsabilidade durante o ato da prevenção de uma gravidez não planejada é de ambos, portanto vale destacar a orientação que não estão expostos somente a uma gravidez e sim a possíveis infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ao não uso de preservativo (AVELINO; ARAÚJO; ALVES, 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a gravidez na adolescência se trata de um problema de saúde pública, já que grande parte dos jovens/adolescente não possui o conhecimento adequado na utilização dos métodos contraceptivos, deixando cada vez mais vulneráveis ao aumento precoce de mães adolescentes e o crescimento de casos de Infecção Sexualmente Transmissível.

Visto que para a solução do problema apresentado é de grande valia que a conscientização e capacitação dos profissionais frente aos casos de mães jovens, ocacione implementar ações que busque como resultado a conscientização de todos, ressaltando a importância dos pais presentes para que seja efetivo as informações passadas, a implantação da educação em saúde deve ser de forma ampla se tornan-

do uma busca essencial para a realização de oficinas, rodas de conversas, palestra voltadas para a orientação sexual dos jovens, com a implantação das políticas públicas sendo realizadas de maneira criativa e inovadora tornando acessível ao diálogo e escuta qualificada com a parceria nas escolas e famílias para orientação dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, B.G *et al.* Apoio social e resiliência: um olhar sobre a maternidade na adolescência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. 1-8, 2022.
- AVELINO, C.S; ARAÚJO, E.C.A; ALVES, L.L. Fatores de risco da gravidez na adolescência no brasil. **Revista ibero-americana de humanidades, ciências e educação**, v. 7, n. 10, p. 1426-1447, 2021.
- FARIAS, R.V *et al.* Gravidez na adolescência e o desfecho da prematuridade: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 56, p.1-10, 2020.
- ALMEIDA, S. K.R *et al.* As práticas educativas seus respectivos impactos na prevenção da gravidez na adolescência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 9787-9800, 2021.
- LOPES, M.C.L *et al.* Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. 1-8. 2020.
- SANTOS, A.C.F *et al.* Abordagem do enfermeiro na gravidez na adolescência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17438-17456, 2020.
- ARAÚJO, R. *et al.* Gravidez na adolescência: consequências centralizadas para a mulher. **Revista Temas em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 567-587, 2016.
- TABORDA, J. A *et al.* Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.
- AZEVEDO, W.F *et al.* Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 4, p. 618-626, 2015.
- QUEIROZ, M.V.O *et al.* Participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contracepção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 58-65, 2016.
- RIBEIRO, V. C S *et al.* Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 1, n. 6, p. 1957-1975, 2016.
- FIEDLER, M.W; ARAÚJO, A; SOUZA, M.C.C. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 30-37, 2015.

SOARES, A.C.P. Gravidez na adolescência: proposta de intervenção na UBS. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 181-190, 2016.

PIANTAVINHA, B.B; MACHADO, S.C. Conhecimento sobre métodos contraceptivos de adolescentes atendidos em Ambulatório de Ginecologia. **FEMININA**, v. 50, n. 3, p. 171-177, 2022.

CAPÍTULO 13

O IMPACTO DAS PRÓTESES MAXILOFACIAIS NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE: REVISÃO DE LITERATURA

*IMPACT OF MAXILLOFACIAL PROSTHESIS ON
PATIENT'S QUALITY OF LIFE: LITERATURE REVIEW*

Giulianna de Pace Rodrigues¹
Sara Vieira Medeiros²
Maria Júlia de Paula Reis Fernandes Durso³
Beatriz Genesia Afonso de Souza⁴
Isabely de Fátima Dalpra Silva⁵
Lara Brasil Reis⁶
Carla Antonielle de Souza⁷
Julia Zanon de Oliveira Costa⁸
Lydia Silva Provinciali⁹
Rute Oliveira dos Santos¹⁰
Priscila Faquini Macedo¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.13

1 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6245199277875817>
2 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0800637465394584>
3 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0559984402888767>
4 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4157202356562330>
5 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7546653985660194>
6 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2293838503199660>
7 E-mail: carlaantoniellesouza@yahoo.com
8 E-mail: juliazanon25@gmail.com
9 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7193989427132212>
10 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5577242768176289>
11 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9223206451328102>

RESUMO

O rosto é essencial na qualidade de vida do paciente, visto que a comunicação interfere em sua vida social e emocional. Os pacientes com defeitos maxilofaciais tem como possibilidade a reabilitação através das próteses maxilofaciais quando a cirurgia de reconstrução não é viável, carregando um papel importante no âmbito social, funcional e emocional. Logo, temos com este estudo o objetivo de analisar, através de uma revisão sistemática de literatura, a qualidade de vida dos pacientes que usam próteses maxilofaciais como reabilitação, bem como observar sua influência na reintegração social e psicológica. Para isso, foi realizado a leitura de artigos em português e inglês, utilizando as bases de dados *National Library of Medicine* (MEDLINE) através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) por meio de descritores “Maxillofacial Prosthesis Implantation”, “Psychosocial Impact” “Quality of Life”. Incluindo artigos que se relacionavam com a temática central e correspondiam aos objetivos. Com este estudo foi observado a importância do paciente ser inserido no seu processo de reabilitação junto uma equipe multidisciplinar, visto que o apoio psicológico é imprescindível para melhora emocional demonstrando otimismo quanto ao resultado, auxiliando o paciente ao seu processo de tratamento e aceitação. Foi notado que pacientes com próteses nasais apresentam maior desconforto. Ademais, foi considerado que o nível de reintegração do paciente está relacionado a sua satisfação com a reabilitação. É notório a importância do prodontista maxilofacial na reabilitação desses pacientes, devolvendo função, conforto, estética e saúde contribuindo para sua reinserção e qualidade de vida.

Palavras-chave: Prótese maxilofacial. Impacto Psicossocial. Qualidade de vida. Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

The human face is essential in a patient's quality of life, as communication interferes with his social and emotional life. Patients with maxillofacial defects have the possibility of rehabilitation through maxillofacial prostheses when reconstructive surgery is not possible, carrying an important role in the social, functional and emotional spheres. Therefore, with this study, we aim to analyze, through a systematic literature review, the quality of life of patients who use maxillofacial prostheses as rehabilitation, as well as to observe their influence on social and psychological reintegration. For this, articles were read in Portuguese and English, using the National Library of Medicine (MEDLINE) databases through the Virtual Health Library (BVS-BIREME) using the descriptors “Maxillofacial Prosthesis Implantation”, “Psychosocial Impact” “Quality of Life”. Including articles that related to the

central theme and corresponded to the objectives. With this study, it was observed the importance of the patient being inserted in his rehabilitation process with a multidisciplinary team, since psychological support is essential for emotional improvement, demonstrating optimism regarding the result, helping the patient to his treatment process and acceptance. It was noted that patients with nasal prostheses experience greater discomfort. Therefore, it was considered that the patient's level of reintegration is related to their satisfaction with rehabilitation. The importance of the maxillofacial prosthodontist in the rehabilitation of these patients is notorious, restoring function, comfort, aesthetics and health, contributing to their reintegration and quality of life.

Keywords: Maxillofacial prosthesis. Psychosocial Impact. Quality of life. Patient Satisfaction.

1 INTRODUÇÃO

A face, além de exercer funções fisiológicas como deglutição, respiração e mastigação, também exerce um papel importante no contato e no relacionamento humano, permitindo ao indivíduo expressar suas emoções, suas necessidades e sua comunicação com outras pessoas em seu convívio. Em virtude destas funções, é necessário protegê-la. A mutilação facial pode comprometer a harmonia e a beleza facial do indivíduo levando-a um impacto psicológico significativo. Logo, torna-se imprescindível a reconstrução da face para não só reestabelecer a beleza do paciente, como também para minimizar o impacto psicossocial. Pacientes com mutilações faciais apresentam alterações comportamentais e psicológicas, tais como: depressão, vergonha, ansiedade, timidez, passividade, revolta e baixa auto-estima.

Em 2005 o cirurgião dentista passou a ter responsabilidade em reabilitar pacientes portadores de deformidades na região de cabeça e pescoço. O ramo da Prótese Bucomaxilofacial é responsável pelo estudo clínico e o tratamento das lesões congênitas, evolutivas, traumáticas e patológicas em boca, maxila e face através de substitutos artificiais de estruturas da cabeça e pescoço (RODRIGUES, et al., 2019).

O cirurgião-dentista especialista em prótese bucomaxilofacial é o responsável direto pela reabilitação da face. Com isso, ter um conhecimento na área psicológica para ajudar nesta reabilitação é imprescindível, sendo que a prótese por si pode não ser suficiente para melhora significativa do paciente. A satisfação do paciente está diretamente ligada à atitude psicológica do dentista em relação ao ganho de confiança (CARDOSO, et al., 2006)

De acordo com estudo de Markt e Lemon (2001) foi demonstrado uma frequência significativa de socialização dos pacientes após a reabilitação com próteses bucomaxilofaciais. Além disso, o estudo de Dings et al (2018) destacou que a reabilitação em conjunto com o trabalho psicológico, foi de suma importância para o humor, lazer e as atividades sociais destes pacientes reabilitados impactando diretamente em sua qualidade de vida.

Tendo em vista o impacto da aparência da face na comunicação, aspectos psicológicos, sociais e na comunicação do indivíduo, as próteses bucomaxilofaciais se mostram uma importante alternativa à pacientes mutilados, uma vez que permitem melhoria significativa em sua qualidade de vida. Desse modo, o objetivo desse estudo consiste em analisar, através de uma revisão de literatura, o impacto psicossocial dos pacientes que usam próteses maxilofaciais como reabilitação, bem como observar sua influência na reintegração social, psicológica e atividades sociais.

Através deste conhecimento, será possível que a equipe multidisciplinar, ciente da complexidade, anseios e sentimentos do indivíduo, seja capaz de promover a reabilitação funcional e possibilitar a reintegração do paciente de forma integral.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistematizada da literatura, obtida através do levantamento bibliográfico considerando resultados de estudos anteriores relacionados ao tema proposto.

A pesquisa foi feita por meio da base de dados *National Library of Medicine* (MEDLINE) através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME). O processo de coleta ocorreu entre os meses de janeiro a maio de 2022.

A busca primeiramente em português foi embasada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde e os descritores em inglês, no *Medical Subject Headings* (MeSH). As palavras utilizadas na busca nas bases de dados foram: “Maxillofacial Prosthesis Implantation”, “Psychosocial Impact” “Quality of Life”.

Foram incluídos artigos disponíveis em texto completo na íntegra nas bases de dados citadas, publicados em português e inglês. Incluindo artigos que apresentavam relato de caso e revisões as quais traziam conhecimento de acordo com o tema proposto, como também a satisfação do paciente, sua qualidade de vida e seu estado psicossocial antes e depois da reabilitação.

Os artigos excluídos deste estudo foram artigos incompletos, não relacionados ao tema proposto e artigos publicados em revistas não indexadas.

A interpretação e síntese dos dados deste estudo foram coletados após um estudo dos artigos selecionados e apresentados de forma descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa se apresentam no Quadro 1

Quadro 1 - Resultados da Pesquisa

Autor e ano	Objetivo	Resultados
(DINGS; et al., 2018)	Apresentar através de uma revisão de literatura a importância do estabelecimento de próteses bucomaxilofaciais e a importância do cirurgião dentista na reabilitação desse paciente.	Não foi possível estabelecer diferenças entre os diferentes sistemas de retenção e aspectos psicológicos ou sociais. Quanto ao psicológico o presente estudo revelou influência negativa da prótese sobre o humor (25,0%), lazer (19,2%) e atividades sociais (13,5%). A influência da vida social dificultada não foi específica, e a influência sobre atividades educacionais ou de trabalho e diminuição da sensação de sexualidade foram mencionados apenas por 2 pacientes (79 e 91 anos), indicando que a maioria dos pacientes - mais jovens - manteve com suas atividades e hábitos inalterados. Pacientes com próteses nasais relataram maior desconforto por suas próteses serem perceptíveis. A satisfação do paciente e sua qualidade de vida frente esta reabilitação está diretamente ligada com o tipo de retenção da prótese.

(MARKT e LEMON, 2001)	Revisar as opiniões relacionadas ao cuidado de pacientes com próteses extrabucais no M.D. Anderson Cancer Center ao longo de 10 anos.	A prótese nasal é a mais encontrada. Vinte e sete (36%) pacientes possuíam narizes protéticos. Quatorze (18%) pacientes possuíam próteses orbitárias ou oculares e 12 (16%) receberam próteses auriculares. Quatorze (18%) pacientes usavam próteses combinadas incorporando uma prótese maxilar, enquanto 2 pacientes (3%) possuíam próteses orbitárias combinadas com componentes nasais ou bochechas.
(ATAY; et al.; 2013)	Avaliar a percepção da qualidade de vida em pacientes com diferentes tipos de próteses faciais utilizando o World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form, e comparar a qualidade de vida desses pacientes com um grupo controle.	Pacientes com próteses nasais são mais afetados em sua qualidade de vida, e pode ser explicado pela alteração de aparência leva ao isolamento social, sofrimento psíquico, baixa autoestima e imagem corporal negativa. Pacientes do sexo masculino relataram um domínio maior sobre a situação. Ao interpretar esses dados as características sociodemográficas como, idade, renda e sexo e o local do defeito maxilofacial, devem ser levadas em consideração ao interpretar a qualidade de vida do paciente.

(GOIATO; et al.;2008)	Avaliar a satisfação dos pacientes com prótese facial.	<p>É importante o paciente estar inserido no seu processo de reabilitação juntamente com uma equipe multidisciplinar, uma vez que o apoio psicológico se torna imprescindível. Sendo assim, é possível perceber com alguns estudos que a prótese contribui significamente para uma melhora do bem-estar psicológico e qualidade de vida desses pacientes. Contudo, a satisfação do paciente está diretamente ligada à atitude psicológica do dentista em relação ao ganho de confiança.</p>
(AHILA JAGDISH, 2021)	Revisar as várias próteses auxiliares maxilofaciais e discutir sobre seu desenvolvimento histórico.	<p>O prostodontista maxilofacial no tratamento dos defeitos faciais não deve ser subestimado. Uma abordagem multidisciplinar é necessária durante o procedimento de reabilitação para trazer resultados eficazes. Próteses maxilofaciais auxiliares limitam a deficiência do paciente e melhoram a função. Essas próteses são inevitáveis para restaurar a saúde geral e psicológica dos pacientes.</p>
(GOULART; et al.; 2011)	Identificar os aspectos psicossociais relacionados à ausência unilateral do globo ocular e avaliar a adaptação dos pacientes usuários de prótese ocular.	<p>É imprescindível que o cirurgião dentista especialista em prótese bucomaxilofacial tenha conhecimento de aspectos psicológicos, é importante ressaltar também que quando a prótese não alcançar os anseios do paciente, pode funcionar como um agente de depressão para ele. No processo de reabilitação é de suma importância a integração da família para contribuir com o processo de inserção ou reintegração social.</p>

Pacientes com defeitos maxilofaciais decorrentes de traumatismos, tratamento oncológico ou alterações congênitas, sofrem um impacto muito grande tanto nos aspectos fisiológicos quanto psicossociais, uma vez que o rosto é o primeiro contato que temos com as pessoas ao nosso redor. Em função dos fatores psicossociais, a mutilação de alguma área da face pode provocar mudanças comportamentais no paciente, tais como: autoestima baixa, timidez, ansiedade, medo da aceitação, falta de interação social e familiar (CARDOSO; et al., 2006).

A reabilitação com prótese maxilofacial abrange desde grandes perdas de maxila e mandíbula, tratamento das fendas labiopalatinas e até perdas de estruturas faciais, como a ocular, a oculopalpebral, a nasal, a auricular e a facial extensa (SIMÕES; et al., 2008).

No Brasil, o câncer bucal ocupa o quinto lugar entre os homens, e sua ocorrência tem crescido entre as mulheres. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Estimativa 2020. [Acesso em 2022 Mai].

Além disso, a crescente violência urbana tem gerado aumento de mutilados faciais em virtude de traumas provocados por armas de fogo, objetos cortantes e índices alarmantes de acidentes de trânsito (automobilísticos e motociclísticos) (SIMÕES; et al., 2008).

Os pacientes com próteses nasais parecem ser os mais afetados psicologicamente, uma vez que o nariz é um órgão ímpar da face, e a prótese pode causar desarmonia facial dificultando assim a aceitação da perda (CARDOSO, et al., 2005). Isso pode explicar o motivo destes pacientes serem mais susceptíveis ao isolamento social, à baixa autoestima e a apresentarem uma imagem negativa de si mesmos (ATAR; et al., 2013).

Markt e Lemon (2001) avaliaram 69 pacientes portadores de próteses buco-maxilofaciais e a prótese nasal foi a mais encontrada, correspondendo a vinte e sete (36%) da amostra. Quatorze pacientes (18%) possuíam próteses orbitárias ou oculares e 12 (16%) receberam próteses auriculares. Quatorze pacientes (18%) usavam próteses combinadas incorporando uma prótese maxilar, enquanto 2 pacientes (3%) possuíam próteses orbitárias combinadas com componentes nasais ou bochechas.

Na reabilitação protética maxilofacial é de suma importância que paciente participe do seu processo de reabilitação, sendo trabalhado psicologicamente na aceitação deste processo.

Esta reabilitação requer uma equipe multidisciplinar para ser cumprido os objetivos funcional, estético e psicológico, proporcionando um tratamento que alcance o propósito de reintegração social do paciente como também melhorar seus aspectos psicossociais.

O estudo foi capaz de discutir os principais aspectos psicossociais envolvidos entre os pacientes reabilitados com próteses maxilofaciais e, o conhecimento destes fatores é de grande importância para os profissionais envolvidos no tratamento destes pacientes.

A partir do envolvimento da equipe multiprofissional, é possível que seja proposto uma terapêutica reabilitadora integral aos pacientes que dela necessitam.

Entre os fatores limitantes do estudo, pode-se destacar que há ainda a necessidade de novas perspectivas acerca de formas eficazes de reintegração social e psicológica, para que a equipe envolvida seja ainda melhor orientada e capacitada, a oferecer um tratamento efetivo ao paciente, que vá além da reabilitação estética e funcional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda de estrutura facial pode se dar por diversos motivos, e os indivíduos lesados têm como instinto a ruptura do convívio social. Dessa forma, além de cumprir com o objetivo de promover o retorno da estética e função, as próteses maxilofaciais têm um papel importante na reintegração social destes pacientes, uma vez que, o grau de satisfação com a reabilitação está relacionado ao sucesso de sua reintegração.

Contudo, o conhecimento desses aspectos pela equipe multiprofissional é de suma importância, e permitirá o desenvolvimento de estratégias para a reabilitação dos pacientes de forma integral e humanizada.

REFERÊNCIAS

Ahila SC, Jagdish SK. Terapia adjuvante para defeito oncológico cirúrgico intraoral com prótese auxiliar: uma revisão da literatura. **J Can Res Ther.** 2018; 14: 255-259.

Atay A, Peker K, Günay Y, Ebrinç S, Karayazgan B, Uysal Ö. Assessment of health-related quality of life in Turkish patients with facial prostheses. **Health Qual Life Outcomes.** 2013 Jan 26;11:11.

Cardoso MS, Araújo PG, Cardoso AJ, Cardoso SM, Morais LC. Implicações psicosociais em pacientes com perda do globo ocular. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.** 2007; 7(1):79-84.

Dias RB, Herrera LP, Reis RC, Coto NP. Contribuição da prótese bucomaxilofacial na internacionalização da odontologia. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 2016; 70(2):122-125.

Dings JPJ, Merkx MAW, de Clonie MacLennan-Naphausen MTP, van de Pol P, Maal TJ, Meijer GJ. Maxillofacial prosthetic rehabilitation: A survey on the quality of life. **J Prosthet Dent.** 2018 Nov;120(5):780-786.

Edelhoff D, Probst F, Ehrenfeld M, Prandtner O, Schweiger J, Liebermann A. Interdisciplinary full-mouth rehabilitation for redefining esthetics, function, and orofacial harmony. **J Esthet Restor Dent.** 2019 May;31(3):179-189.

Goiato MC, Pesqueira AA, Ramos da Silva C, Gennari Filho H, Micheline Dos Santos D. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. **J Plast Reconstr Aesthet Surg.** 2009 Feb;62(2):175-80.

Goulart DR, Queiroz E, Fernandes AU, Oliveira LM. Aspectos psicossociais envolvidos na reabilitação de pacientes com cavidade anoftálmica: implicações do uso de prótese ocular. **Arq Bras Oftalmol.** 2011 Out;74(5):330-334.

Markt JC, Lemon JC. Extraoral maxillofacial prosthetic rehabilitation at the M. D. Anderson Cancer Center: a survey of patient attitudes and opinions. **J Prosthet Dent.** 2001 Jun;85(6):608-613.

Mathar MI, Shamsudeen SM. Maxillofacial rehabilitation of nasal defect with nasal prosthesis using donor method: A case report. **Niger J Clin Pract.** 2020 Jul;23(7):1022-1025.

Phasuk K, Haug SP. Maxillofacial Prosthetics. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am.** 2018 Nov;30(4):487-497

Rodrigues RG, Rodrigues DS, Oliveira DC. Reabilitação com prótese bucomaxilofacial: revisão de literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar.** 2019 Out; 5(1):20-27.

Simões FG, Reis RC, Dias R. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia RSBO. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia.** 2009 Set;6(3):327-331.

CAPÍTULO 14

ASPECTOS TRANSCULTURAIS, SOCIAIS E RITUALÍSTICOS DE ADICTOS: A HISTORICIDADE DAS DROGAS SOB O VIÉS DA PSICANÁLISE

Andrea Almeida Zamorano¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.14

¹ Ma. Psicanálise/ Esp. Clínica Psicanalítica- Instituto Gaio

RESUMO

O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância do manejo familiar e clínico na reabilitação do dependente químico e salientar que a dependência química é uma patologia decorrente de uma estrutura familiar disfuncional que requer também passar pelo processo terapêutico e medicamentoso como forma de amenizar o sofrimento psíquico de todos os envolvidos, combatendo assim, a abstinência e como saber lidar em casos de recaídas. Verificar a existência de prejuízo aos familiares do dependente químico; compreender os efeitos do consumo das drogas e seus sintomas; Analisar os tipos de abordagens no tratamento; compreender a contribuição que as intervenções podem ter na convivência familiar e investigar a importância da inclusão da família no tratamento. Não obstante, quanto maior é o número de familiares participantes do grupo de terapia multifamiliar, melhor é a adesão do usuário na redução do impacto da dependência de cunho psicológico e físico. Trata-se de um tema relevante e de importância para o meio acadêmico e sociedade em geral. A pesquisa foi iniciada online através de artigos científicos por intermédio da base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e periódicos eletrônicos em psicologia (PepSic), através de dissertações das principais universidades e revistas eletrônicas do país.

Palavras-chave: Dependência Química. Abstinência. Consumo de drogas. Manejo Familiar.

ABSTRACT

The objective of this work is to emphasize the importance of family and clinical management in the rehabilitation of the dependent chemist and emphasize that chemical dependence is a pathology resulting from a dysfunctional family structure that also requires going through the therapeutic and drug process as a way to alleviate the psychological distress of all involved, thus fighting abstinence and how to deal with relapses. Check the existence of damage to the family of the dependent chemist; understand the effects of drug use and its symptoms; Analyze the types of approaches to treatment; understand the contribution that interventions can have on family life and investigate the importance of including the family in the treatment. Nevertheless, the greater the number of family members participating in the multifamily therapy group, the better the user's adherence to reducing the impact of psychological and physical dependence. It is a relevant and important topic for the academic world and society in general. The research was published online through scientific articles through the Scientific Electronic Library Online database

(Scielo) and electronic journals in psychology (PepSic), through dissertations from the main universities and electronic journals in the country.

Keywords: Chemical Dependency. Abstinence. Drug Use. Family Management.

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas, no decorrer das últimas décadas, tem crescido de forma considerável e preocupante. Em um estudo realizado pelo Relatório Mundial sobre Drogas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2020), aproximadamente 269 milhões de pessoas usaram drogas no mundo em 2018, um aumento de 30% se comparado com o ano de 2009. Além disso, mais de 35 milhões de pessoas sofrem de transtornos associados ao uso de drogas, entre elas o crack. E esse crescimento do consumo de crack também é predominante no Brasil (Bastos, Vasconcellos, De Boni, Reis, & Coutinho, 2017). Com quase 1,5 milhões de usuários de cocaína e crack em 2019, o Brasil é o maior mercado de cocaína da América do Sul (UNODC, 2020).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, realizada em 2012, revelou-se que 366.598 indivíduos fizeram uso de crack e/ou similares, nos últimos seis meses, nas capitais do Brasil, e a região nordeste se destaca por ultrapassar outras regiões, onde cerca de 1,29% da população usou crack e/ou similares (Bastos & Bertoni, 2014).

Os usuários de crack tendem a se isolar das situações sociais, a fim de manipular ou esconder o uso da droga, enfraquecendo as relações em termos de afetividade, vinculação e nas interações interpessoais (Horta et al., 2016). Isso ocorre pela inabilidade nas interações sociais e interpessoais, e a literatura aponta que sujeitos com prejuízos nas habilidades sociais, podem estar mais vulneráveis à experimentação do uso de drogas (Schneider, Limberger, & Andretta, 2016; Silva, 2017).

Nesse sentido, as Habilidades de Enfrentamento (HE), podem ser entendidas como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais relacionadas com a forma que o indivíduo encara os eventos sociais. O aspecto cognitivo demanda processos mentais, que buscam controlar o comportamento e estratégias comportamentais por envolver uma ação específica, disponível ao indivíduo, que visam lidar com situações adversas relacionadas ao ambiente (Coelho, Sá, & Oliveira, 2016). O prejuízo das HE e o fracasso nessas interações sociais acabam reforçando o uso da droga, como uma fuga do mal-estar ocasionado pelas relações, tornando-se um ciclo entre o início do tratamento, período de abstinência e a recaída (Rangé & Marlatt, 2008; Sá, Olaz, & Del Prette, 2017).

Quando o indivíduo possui repertório de HE, relacionadas à afirmação e defesa, situações de risco e de autocontrole da ansiedade, estas favorecem a permanência da abstinência (Coelho et al., 2016; Sá & Del Prette, 2016). A abstinência pode ser compreendida como o período em que os usuários não retornam aos padrões comportamentais de consumo de droga, e quando isso não acontece ocorre a recaída (Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2011).

Neste sentido, o suporte social pode ser explicado por meio das relações entre o indivíduo e os membros do grupo onde está inserido. Este suporte desenvolve no indivíduo sentimentos positivos de pertença, estima, confiança e zelo. Pesquisas nacionais e internacionais indicam a relevância do suporte social no tratamento de usuários de drogas, visto que o fato do usuário se sentir benquisto e pertencente a uma rede favorece a adesão ao tratamento, sugerindo fortalecimento positivo da relação com a saúde e promovendo a prevenção de recaída (Carvalho & Santana, 2018; Borges, del Castillo, Marzo, & del Castillo-López, 2016).

A percepção do suporte social, como fator protetivo e regulador, aborda a qualidade do suporte recebido e percebido na perspectiva do indivíduo. Este suporte relaciona-se não apenas na dimensão do construto do suporte social, mas na qualidade da afetividade, das relações interpessoais, do auxílio material, na ajuda do enfrentamento de problemas e como se dá a interiorização dos sentimentos pelo indivíduo (Cardoso & Baptista, 2015).

O alcoolismo é uma doença crônica, que possui características socioeconômicas e comportamentais, marcada pelo consumo compulsivo do álcool. Ocorre um desejo persistente de consumir a bebida ou um esforço infrutífero para reduzir e controlar seu uso. Dessa forma, o usuário vai progressivamente se tornando tolerante à intoxicação causada pela droga e desenvolverá sinais e sintomas de abstinência, caso a mesma seja retirada (Varella 2019).

O alcoolismo se torna uma doença da família, onde todos os familiares sofrem os impactos e adoecem junto ao usuário, necessitando de cuidado e assistência tanto quanto o dependente (Mangueira, Lopes 2014; Oliveira, Da Silva, Albuquerque 2016).

Nesse contexto, o enfermeiro se vê diante de dois lados igualmente necessitados de atenção: o alcoolista, que sofre com as consequências físicas, mentais e sociais da dependência; e a família, desorientada que também é afetada pelos impactos do vício, sem saber como lidar com a desestruturação do lar. Cabe ressaltar que o enfermeiro é um dos profissionais mais qualificados na assistência à saúde mental

do etilista e sua família, atuando tanto na promoção, reabilitação e prevenção da dependência (Da Silva et al. 2009).

As substâncias psicoativas, segundo Borges, Jesus e Schneider (2018), quando usadas de forma abusiva, provocam significativos danos não só à saúde do usuário, mas também à sociedade como um todo, sendo preciso atentar também às formas de uso e à relação do sujeito com a droga.

Conforme dito por Leal, Muñoz e Serpa Jr (2019), deve-se considerar como mudanças na saúde decorrentes do abuso de drogas: alterações de humor, de comportamento, da cognição e estado de consciência. Esta última agrava-se pela alteração da atividade perceptiva, cognitiva e/ou afetiva de cada indivíduo.

Aos usuários de drogas que já podem ser caracterizados como adictos, a tarefa de se autodeterminar, tende a perecer diante da compulsão, que leva o drogadicto normalmente aos problemas da síndrome de abstinência e ao rebaixamento do pensamento crítico racional. Pesquisas revelam que a experiência de cada indivíduo com a droga é particular, já que é determinada por vários elementos tais como: o estado mental precedente ao uso, a individualidade, a experiência biológica e o modo como a experiência é vivida; o que demonstra a complexidade da questão. (Leal, Muñoz, Serpa Jr. 2019).

Uma recente publicação de Marangoni et.al (2020) investigou o desenvolvimento de crianças cujas mães relataram o uso de drogas durante a gestação. Os resultados indicaram atrasos no desenvolvimento escolar de tais crianças, hiperatividade e problemas de relacionamento na família, ainda que as entrevistadas não associassem os referidos fenômenos ao uso de substâncias químicas na gravidez.

Os grupos dependentes em cocaína apresentam prejuízo significativo nas funções executivas quando comparados aos grupos de controle, sendo a idade um fator discriminante às alterações neuropsicológicas e padrões de uso de drogas. Eles ainda apresentam que a memória de trabalho, atenção sustentada e memória declarativa foram afetadas em usuários de cocaína precoce enquanto os usuários de início mais tardio têm menor desempenho na atenção dividida. LOPES et al. (2017).

Segundo Silva et al (2018) as doses altas de *Cannabis sativa* afetam a memória recente e trazem dificuldade de concentração. Os usuários crônicos da droga podem demonstrar uma capacidade diminuída de estabelecer novas conexões

relacionadas à memória, lembrar-se de fatos passados e transferência de memória imediata para a de longo prazo.

Os poliusuários apresentam prejuízos nas funções emocionais e variações nas funções cognitivas. Isso desencadeia influências negativas das emoções nos processos cognitivos como memória, tomada de decisão e atenção, e mudanças de comportamento e personalidade por meio de drogas, dificultando a vida social do adicto e podendo ser a causa de depressão e ansiedade, além de ser um dos fatores de risco para o suicídio. (FORTES, 2019).

Fortes (2019) percebe que as pesquisas relacionadas à memória não conseguem padronizar os resultados confirmado que os usuários perderiam ou não a memória, pois dependem de fatores como tempo de uso, quantidade e quantas drogas usavam ao mesmo tempo de uso periódico. Todavia afirma que se é real esse estado de coisas também é possível acreditar que em alguns casos haja uma reversão das consequências através da abstinência.

Ferreira *et al.* (2017) sobre o efeito de prática de atividades físicas no tratamento da dependência do uso de substâncias químicas aponta que, o uso de psicotrópicos causa danos por vezes irreparáveis ao organismo, sendo o sistema nervoso central o mais afetado , e no caso do álcool, o consumo pode gerar problemas cognitivos, emocionais e até mesmo somatossensoriais.

De acordo com Galvão, Pinheiro, Gomes e Ala (2017), o consumo de álcool por jovens ocorre normalmente como refúgio do estresse, ansiedade e depressão. Os autores advertem, todavia que já está provado cientificamente que a longo prazo os efeitos são totalmente prejudiciais à saúde física, mental e social, sendo provável uma potencialização da ansiedade, perda de sono e agressividade do usuário.

Os recentes estudos de Garami e Moustafa (2020) mostram que a impulsividade, associada sempre à ansiedade, é uma característica central do abuso de drogas. De acordo com Moura, Monteiro e Freitas (2016), o uso/abuso de álcool e outras drogas na adolescência, provocam um comportamento violento e agressivo. Os adolescentes apresentam sintomas psíquicos como a alucinações, delírio, ansiedade, impulsividade, inquietação, perda de memória e dificuldade de concentração. Afirma-se que o uso de substâncias psicoativas são os maiores causadores de violência por agressão e assalto na adolescência.

Nos anos 2000 o Ministério da Saúde empreendeu esforços significativos para que os quadros de dependência química pudessem ser acolhidos e tratados no SUS. Diante disso, é preciso que o Território ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, visando atender à necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para o tratamento dos dependentes químicos e suas famílias (BRASIL, 2011a).

No tocante às estratégias do Ministério da Saúde para o enfretamento do uso de álcool e drogas, em abril de 2002, se instituiu, no âmbito do SUS, pela Portaria nº 816/GM/MS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas; em junho de 2009, pela Portaria nº 1.190/GM/M, se instituíram as diretrizes do Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas; em maio de 2010, por meio do Decreto nº 7.179, se institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; e, por último, em dezembro de 2011, pela Portaria nº 3.088 se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

Em suma, o tratamento da Dependência Química sempre esteve associado à internação psiquiátrica (SHIMOGUIRI, 2019; SHIMOGUIRI et. al., 2019; SHIMOGUIRI, 2016; SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014). Mesmo depois da criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – e demais estabelecimentos da RAPS, se constata que a internação continuou sendo um recurso muito utilizado; uma das explicações plausíveis para isto é o fato da formação médica não se dedicar à Saúde Pública, menos ainda à Saúde Mental, no que toca a Atenção Psicossocial.

Os CAPS são os principais responsáveis pelas estratégias de desinstitucionalização, por exemplo, pela organização da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, por isso são tão importantes. São serviços de saúde municipais, abertos e comunitários que oferecem atendimento diariamente com objetivo de realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários; a atenção psicossocial inclui no tratamento o contexto familiar e sociocultural, indo além do que tradicionalmente caracterizava a clínica médica (SHIMOGUIRI; SERRALVO, 2017, p. 70).

Enquanto um problema de saúde pública compreende-se que, não só a pessoa que faz uso abusivo de drogas tende a ter a sua saúde comprometida, como a violência gerada em torno da produção, distribuição e consumo de drogas, com a ruptura de vínculos sociais e familiares e o aumento do sentimento de insegurança, afetam

as condições de vida e da saúde das comunidades. As populações mais pobres são mais vulneráveis a esses efeitos. Nesse sentido, a questão das drogas deve ser compreendida em suas múltiplas facetas, demandando ações e políticas intersetoriais, de educação, geração de renda e saúde. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e se torna importante ter uma compreensão global do problema. Pode-se afirmar que o consumo de drogas é um grave problema de saúde pública. Para se estabelecer diretrizes, ações e metas na constituição de políticas do Ministério da Saúde é importante ter uma perspectiva transversalizada que compreenda o fenômeno das drogas de modo integrado e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, educativas e promotoras da saúde (ROCHA, 2015, p. 12).

Sobre o trabalho intersetorial, a RAPS tem por objetivo ampliar as possibilidades de boa evolução do tratamento partindo do pressuposto de que, embora as intervenções ocorram na maior parte das vezes no CAPS, em todos os estabelecimentos de Saúde, se pode propor alguma ação voltada para a Dependência Química, “Os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como os equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social” (BRASIL, 2011b, p. 34).

2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Para esse estudo foi escolhido a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura, de caráter qualitativo. Esse método consiste em um estudo secundário onde se procura mapear, encontrar e agrregar resultados de estudos primários cujos temas são relevantes para a pesquisa. Nessa revisão, usa-se os estudos como referências para que sejam preenchidos os objetivos do trabalho. O termo sistemático implica a forma que são analisados os artigos, tratando-se de um método desenhado para que exista uma revisão imparcial, precisa, auditável, replicável e atualizável. A pesquisa foi iniciada online por artigos científicos por intermédio da base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e periódicos eletrônicos em psicologia (PepSic), através de dissertações das principais universidades e revistas eletrônicas do país.

Trata-se também de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa. A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa desenvolvido com finalidade de sintetizar os achados em pesquisa a respeito de um determinado tema ou assunto, por meio do qual torna-se possível construir uma análise mais ampla dos dados de literatura empírica e contemporânea, proporcionando uma compreensão mais abrangente da questão em estudo. Permite também, construir um corpo de conhecimento mais vasto do tema de interesse. e apontar la-

cunas, além de dar suporte para a tomada de decisão (RIBEIRO; MARTINS; TRON-CHIN, 2016; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A abordagem ou a análise qualitativa se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. A pesquisa qualitativa refere a subjetividade, busca compreender o significado que os acontecimentos têm para pessoas comuns, em situação particulares, caracteriza aquelas cujos objetos exigem respostas não traduzíveis em números, trabalha com crença, valor, representações, hábitos, atitudes e opiniões. O objetivo é conseguir um entendimento mais profundo do objeto de estudo, sem preocupar-se com medidas numéricas e análises estatísticas (BOSI, 2012).

Foram incluídos nessa pesquisa os estudos acadêmicos disponíveis nas bases de dados selecionadas, com texto completo, nos idiomas português, inglês, espanhol, publicados entre 2010 e 2020. Foram excluídos os textos duplicados, comentários e opiniões e ou que não correspondiam ao escopo da pesquisa.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Manejo Familiar X Dependente Químico

O apoio familiar é indispensável ao tratamento do dependente químico. As influências positivas da família no tratamento envolvem conseguir ouvir os profissionais que estão tratando o paciente, tornar-se disponível para participar do tratamento junto ao paciente, evitar boicotar o tratamento, motivando o paciente, buscando um tratamento para o paciente por meio da visualização de um problema, e por meio da compreensão da doença (HERZOG; WENDLING, 2013).

Porém, a família nem sempre está apta a ajudar, na maioria das vezes por falta de informação. Nestes casos a família exerce um papel oposto ao pretendido, ao dar maus exemplos; não se engajando com o tratamento; ao chamar de volta o dependente antes do prazo; ao distorcer o problema: dependência química como falta de amor; visualizar o dependente como único problema e infantilizar o dependente; por meio da superproteção; tomando todas as decisões em seu lugar (HERZOG; WENDLING, 2013).

Essa dificuldade de engajamento no tratamento do dependente está relacionada também ao impacto que recai sob a família quando um membro se torna dependente. Esse impacto acontece nos âmbitos emocional, socioeconômico e legal; provocando adoecimento psíquico e físico; violência doméstica, física e psicológica, sintomas de codependência (MACIEL et al, 2013)

O uso de drogas é impulsionado por problemas familiares, como falta de diálogo, falta de interesse nos problemas vivenciados pelo membro, que muitas vezes recorre às drogas para fugir de seus problemas ou até mesmo chamar a atenção da família. Quando a família, por sua vez, não dá importância para o que está acontecendo e não reconhece que existe um problema instalado (neste caso, o uso de drogas) e evita falar sobre o assunto, o problema torna-se ainda mais agravado. Nestes casos, o dependente químico sente-se abandonado, como sem importância e afunda-se ainda mais no vício. Por outro lado, quando a família percebe o problema e dialoga sobre a dependência química, torna-se mais fácil do usuário aceitar o tratamento (GABATZ et al, 2013).

Alguns problemas familiares que podem desencadear o uso de drogas, mais especificamente do crack são: deficiência de suporte parental aos usuários; cultura familiar de uso de álcool e de outras drogas, e conflitos familiares; desinformação e desconhecimento familiar sobre o uso do crack e outras drogas (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013).

Segue algumas características que a família do indivíduo pode desencadear:

1 – Baixa autoestima; 2 – Dificuldade de estabelecer limites saudáveis nos relacionamentos de intimidade; 3 – Dificuldade de reconhecer e assumir sua própria realidade disfuncional (negação e ilusão); 4 – Dificuldade de assumir a responsabilidade em gerir as suas necessidades adultas(atitudes, emoções e comportamentos); 5 – Dificuldade de identificar e expressar suas emoções de forma moderada(ex. raiva, ressentimento, medo, culpa e vergonha) (VIEIRA, 2018. Pg1)

O apoio familiar oferecido durante o período crítico pode não ser reconhecido pelo dependente no exato momento. Porém posteriormente, a criação de um ambiente de apoio na família, livre de julgamentos, é notado por estes dependentes que notam a presença dos membros familiares em meio às dificuldades. Percebem que a família é a base para a estruturação de uma mudança de vida. Além disso, com a perda da percepção causada pelo abuso de substâncias químicas, o dependente perde também alguns valores como honestidade, humildade e sinceridade. Esses valores serão resgatados posteriormente, com o tratamento (SILVA, 2012).

A família tem um papel de destaque no processo de recuperação do dependente, buscando impedir que o problema avance e auxiliando no tratamento mais adequado para a situação. Em alguns casos, isto torna-se particularmente difícil pela fragilidade com que todos os seus membros chegam a este ponto. Portanto, apesar de toda dificuldade que cerca o problema da dependência química e suas implicações no contexto familiar, identifica-se como fator primordial a participação dos familiares bem como a ajuda na manutenção da recuperação. O processo de recuperação deve levar toda a vida tendo como alicerce o fortalecimento dos laços de amor saudável entre dependente em recuperação e familiares (Lopes, 1996 apud SILVA; et al., 2012. Pg.78).

A família tem um papel relevante no tratamento dos adictos, e tem algumas características positivas que são identificadas por meio de atividades que envolvem: reservar tempo com os membros da família para compartilhar e encontrar afinidades; ter um momento de afetividade em seus membros familiares e aprender com as dificuldades acumuladas; fortalecer a sintonia e o diálogo dentro do âmbito familiar. É importante para o adicto manter essas relações construtivas (CLAUS; et al., 2018).

Para ajudar o dependente químico e oferecer apoio, os membros da família precisam entender a dependência química como uma doença. É necessário que reconheçam também a importância do tratamento para a abstinência, além de reconhecer a eficácia dos programas médicos voltados para esse aspecto, como as oficinas terapêuticas realizadas nos Centros de Apoio Psicossocial. Sobre este programa, os familiares “destacaram o impacto positivo do CAPS em suas trajetórias de tratamento e de vida, na melhoria da harmonia familiar, na estabilidade e diminuição das crises do transtorno mental, na redução dos danos associados ao consumo de drogas” (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p. 341).

Os CAPSs são serviços de saúde mental, fundamentado pelas atuais políticas de saúde mental, que tem como objetivo verificar as necessidades decorrentes do uso das substâncias. O CAPSs ad, possui algumas características e finalidades como: atenção aos usuários com atividades terapêuticas, atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, atendimento às famílias e visitas domiciliares (SOUZA et al,2012).

Os profissionais de saúde devem fornecer informação aos familiares, proporcionar condições de “acesso das famílias ao serviço através de suporte financeiro”, garantindo-lhes que “seu membro dependente químico será bem acolhido nos serviços de saúde, além de ofertar apoio familiar através de outros recursos” (MACIEL et al, 2013, p.193).

Esta abordagem é centrada no cliente a tarefa do clínico é de evocar a divulgação do cliente e abraçar sua ambivalência, em vez de confrontá-la; desenvolvendo discrepâncias entre os comportamentos atuais e os objetivos pessoais dos clientes e eliciando a linguagem do cliente em relação à alteração de seus comportamentos. Ele é incentivado a explorar discrepâncias entre o uso atual de substâncias e as metas futuras em um ambiente sem julgamento e de apoio. Esta estratégia consiste além de traçar metas, trazer perspectivas para os jovens, o engajar em um equilíbrio decisivo, de gerenciar o uso de substância (limitar seu próprio uso, usando seletivamente e reduzindo o uso), plano de mudanças ou plano de prevenção de recaídas

e articular objetivos claros. Ao utilizar essa técnica, o clínico demonstra empatia e respeito pelo cliente e sua autonomia, em vez de assumir uma posição de especialização (STEWART et al., 2016); BRACISZEWSKI et al, 2018).

Outro estudo realizado por Schneider e Andretta (2017b), sobre Habilidades Sociais (HS) e usuários de crack, identificou que usuários com início precoce de drogas e/ou que possuem algum membro da família com prejuízos relacionados ao uso de drogas, apresentaram baixos repertórios na habilidade de autocontrole da agressividade a situações aversivas. Este dado indica que o suporte familiar pode ser potencializador no desenvolvimento dos repertórios das HS. Desta forma, promover um ambiente favorável de suporte social pode favorecer a diminuição dos riscos de recaída (Sá, Olaz, & Del Prette, 2017).

A rede de suporte social é uma ferramenta crucial para a promoção de saúde, de afetividade, de autoestima, de autocontrole e é fortalecedora de enfrentamento de situações estressoras e adesão ao tratamento de drogas (Cavalcante et al, 2012; Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011). No caso de usuários de crack, torna-se um instrumento a ser incorporado e utilizado como fator essencial para condução terapêutica como forma autorreguladora, ajudando nos momentos de sentimentos de ambivalência e possibilitando a reintegração ao contexto social (Borges et al., 2016).

Neste sentido, as habilidades de conversação e desenvoltura social de usuários de crack, podem favorecer-lhos ao lidar com situações sociais básicas, alertando o indivíduo diante de situações de alto risco de uso e interferindo nas HE de expressão de sentimentos positivos para manutenção da abstinência. Um estudo realizado com mulheres usuárias de crack, identificou prejuízo de conversação e desenvoltura social nestas (Limberger & Andretta, 2017).

Estudos realizados abordando a percepção do suporte familiar de usuários de crack evidenciaram que eles possuem baixa percepção do suporte oferecido pelos membros da sua família, durante o processo de tratamento para o uso de crack, ocasionando má adesão ao tratamento (Carvalho & Santana, 2018; Halpern et al., 2017). Este dado evidencia que a rede de suporte social é necessária para o projeto terapêutico.

A literatura indica que sujeitos com maior percepção de acolhimento recebido, aumentam a probabilidade de receber orientações, conselhos ou sugestões que sejam positivas ou críticas, indicando abertura ao processo de socialização nas interações sociais (Bandura, 2012).

Sendo assim, a afetividade constitui-se como parte essencial do suporte social de usuários de cocaína/crack, tornando-se indispensável no fortalecimento entre os usuários e a sua rede de suporte social, pois esta última alcançará papel regulador e orientador, promovendo a autorregulação do usuário (Conzatti, Rodrigues, Silva, Avila, & Oliveira, 2016; Fernandes & Soares, 2018).

As relações familiares são apontadas pelos usuários como potenciais dificultadores do processo de manutenção da abstinência e, somados a desconfiança da sociedade, reforçam pensamento de uso (Pedrosa, Reis, Gontijo, Teles, & Medeiros, 2016). Verifica-se que muitos estudos transversais relacionados aos usuários de crack, independente de objetivo, mencionam em suas discussões, a importância do suporte social no tratamento de usuários de crack (Carvalho & Santana, 2018; Coelho et al., 2016; Fernandes & Soares, 2018; Schneider & Andretta, 2017a).

Pereira (2018, p.1) aponta:

Na descoberta da droga do usuário, a família passa por um processo de negação com o dependente, não evitando e criticando, isso até começarem com o tratamento no CAPS-AD onde a família também participa das reuniões familiares na instituição. Com o tratamento, começam a surgir mudanças demonstrando melhorias tanto no tratamento da família com o usuário, quanto mudanças de comportamento do usuário com os familiares, [...] relataram ter dificuldades em lidar com familiar usuário em casa, não apresentaram ter características co-dependente com o usuário, e relataram unanimemente sobre a importância que a família tem para a melhoria no tratamento da dependência química do familiar usuário.

Zerbetto, Galera e Ruiz (2017, p.1251) afirmam que “a família é reconhecida como fator e cenário de risco diante da complexidade das drogas, o que requer do profissional de saúde um olhar direcionado para corrigir as limitações da família e seus déficits”. Considerando o risco de sofrimento (e mesmo de adoecimento) psíquico, cabe pensar em estratégias de prevenção e proteção à saúde mental destas pessoas.

Os tipos de comportamento toxicomaníaco têm uma incidência sobre aqueles que rodeiam a pessoa em causa e, sobretudo, a família que se torna co-dependente. Portanto, a participação da família no processo de recuperação da dependência química é fundamental e contribui de forma significativa em todo o processo de tratamento e consequente a melhora do quadro. As pesquisas evidenciam que durante os momentos do convívio terapêutico com o paciente que se senta valorizado e confiante de sua recuperação, especificadamente quando sente a efetividade da participação familiar (MATOS, 2015, p. 02).

A literatura aponta que, no processo de adoecimento do dependente químico, um dos fatores (mas não o único) que o motiva ao uso de drogas e às possíveis recaídas tem relação com a inabilidade da família em lidar com o comportamento de seu familiar dependente, necessitando também ela de acolhimento e acompanhamento (VASCONCELOS et al., 2015).

A partir do momento da informação de que o familiar experimentou ou que está fazendo o uso de drogas, a atitude mais importante é a conversa franca e transparente. É preciso ser claro para o usuário de que a família sabe da realidade, para saber o posicionamento da família sobre o assunto e quais medidas serão tomadas. O apoio familiar é imprescindível. Devemos considerar a família como aliada (LUZ, apud PRESTES; MORAES, 2018, s.p.).

4 CONSEQUÊNCIAS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS AO ADICTO

O uso abusivo de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública que afeta todas as dimensões da vida de seus usuários, o que vem contribuindo drasticamente para o aumento de inúmeros problemas encontrados não só em quem usa as drogas e/ou depende delas, como também nos contextos sociais em que estão inseridos: comportamento violento; menor capacidade de julgamento; dificuldades profissionais; abandono dos estudos; rompimento de vínculos, inclusive familiares; problemas psiquiátricos, entre outros (Assis, 2011; Ribeiro, Nappo & Sanchez, 2012).

O prazer associado à droga é intenso e muitas vezes imediato, o que facilita a compulsão pelo uso/abuso de drogas de forma desenfreada e as alterações fisiológicas do cérebro, anormalidades comportamentais e dificuldades sociais. Diante da complexidade de sua natureza, o uso abusivo de substâncias psicoativas é considerado por alguns estudiosos como uma doença crônica, necessitando de abordagens de tratamento que integram todas as áreas afetadas (Bordin, Grandi, Figlie & Laranjeira, 2010; Laranjeira, 2012).

O uso de droga na adolescência, para alguns faz parte do processo normal de busca de novas experiências e autonomia. A maioria dos adolescentes experimentaram a droga mas, não se torna dependente. No entanto, ao experimentarem a substância é um risco para se tornarem usuários e desenvolver a dependência. O uso nocivo da substância por adolescentes pode diminuir o autocontrole e promove comportamentos de risco como sexo desprotegido ou comportamento perigoso na estrada, traumatismo, afogamento, exposição a infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e outros comportamentos de riscos. O álcool é a droga relacionada com maior fator de risco, o consumo de substâncias nessa população por período de tempo mais prolongado e na vida adulta apresentarão mais problemas de saúde (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011; WHO, 2017).

Silva *et al.* (2015, p. 58):

[...] Embora o uso de drogas por adolescentes não seja exclusivo de uma determinada classe social, as razões e circunstâncias parecem ser peculiares a cada grupo social. Ou seja, se nas regiões mais pauperizadas, o uso de drogas por adolescentes pode estar mais relacionado às condições econômicas precárias e à falta de perspectivas e oportunidades de melhores condições de vida, entre os adolescentes mais ricos, o excesso de liberdade, o diálogo familiar comprometido, a influência dos ambientes frequentados parecem constituir fatores importantes para o uso de drogas.

Outros problemas relacionados ao uso de droga nesta fase de vida, é o transtorno por uso de substância, as psicopatologias nessa população são o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), o transtorno de conduta (TC) e o transtorno desafiador de oposição (TDO). Além de outras psicopatologias relacionadas com a população adulta, como os transtornos de ansiedade (TA), os transtornos de humor (TH) e as psicoses (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011).

O consumo de drogas sempre existiu na história da humanidade, e praticamente em todas as culturas. Contudo, por seus malefícios à saúde e suas consequências à sociedade, é considerado um dos maiores problemas de saúde pública (REIS; HUNGARO; OLIVEIRA, 2014).

Segundo Abreu e Malvasi (2011), o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno cultural, os diferentes contextos socioculturais regem o consumo, eles estabelecem o consumo de determinadas substâncias, os diferentes padrões de uso, abuso, as situações para o consumo, os significados particulares para as drogas, os comportamentos desejados como também controles e tratamentos para os efeitos considerados indesejados (ABREU; MALVASI, 2011).

O tratamento de substituição de opióides (OST) sendo considerado como estratégia de RD, é uma intervenção de tratamento de primeira linha para dependência de heroína entre adultos. Os principais medicamentos utilizados no OST são a metadona, um agonista completo ou a buprenorfina, um agonista parcial. No entanto, existem poucas evidências de OST para farmacoterapia para dependência em jovens adolescentes. Por consequência, existem obstáculos legislativos e administrativos em muitas jurisdições para o fornecimento de OST a adolescentes (SMYTH; ELMUSHARAF; CULLEN, 2018).

Fellipetto, Ramirez e Zanon(2021) chamam a atenção para o fato de que o uso, abuso e a dependência de drogas constituem-se em um grave problema social que é frequentemente inserido no cotidiano das pessoas, seja pelos medicamentos, pelas drogas lícitas (tais como o cigarro e as bebidas), seja pelas ilícitas (como a

cocaína, maconha e crack), portanto cabe às instituições de ensino investigar o assunto, problematizar, discutir os fatos, situações e acontecimentos do dia-a-dia dos alunos, de forma a proporcionar a eles compreensão e visão ampliada acerca do consumo das drogas e suas implicações.

Para elucidar o problema aqui abordado, pertinente à relação entre a vida acadêmica dos jovens e o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, apresentamos alguns dados de uma pesquisa realizada com 965 jovens estudantes, por meio do instrumento de autopercepção do DUSI-Drug Use Screening Inventory, que avalia o consumo de drogas e os problemas a ele relacionados. O uso de drogas foi correlacionado à repetência, falta de concentração, maior possibilidade de tirar notas baixas, desejo de abandonar a escola, sentimento de tédio no ambiente escolar, não realização das tarefas propostas, faltar ou atrasar-se para as aulas e apresentar prejuízos acadêmicos em função do uso das drogas (Cardoso e Malbergier, 2014).

Dos 965 adolescentes abordados na pesquisa, 63 (6,9%) declararam ter feito uso de drogas: maconha ($n=27$; 2,9%), tranquilizantes ($n=17$; 1,8%), anfetaminas ($n=15$; 1,6%), ecstasy ($n=10$; 1,1%), inalantes ($n=10$; 1,1%), cocaína ($n=8$; 0,8%), alucinógeno ($n=4$; 0,4% e anabolizantes ($n=4$; 0,4%).

Entre os dois tipos básicos de drogas, as lícitas e as ilícitas, destacamos o fato de que as drogas lícitas são aquelas permitidas por lei, compradas praticamente de forma livre. Já as drogas ilícitas são aquelas de comercialização proibida. Como muitos de nós sabemos, essas substâncias são utilizadas desde a antiguidade, para usos religiosos, cura de doenças ou obtenção do prazer. Elas são capazes de afetar o funcionamento do organismo humano, produzindo alterações nas sensações físicas, psíquicas e emocionais de quem as consome. Dependendo de suas características, natureza e composição, podem afetar as pessoas de maneiras diferentes (Santos, 2014).

De acordo com Del Prette, o autocontrole indica associação com a assertividade e a capacidade do indivíduo em planejar estratégias em situações de alto de risco de consumo. A assertividade pode ser compreendida como comportar-se e agir de maneira socialmente adaptativa a determinando contexto ou situação, a fim de estabelecer relações equilibradas (Teixeira, Del Prette, & Del Prette, 2016). Com isso, estratégias assertivas podem promover a redução de situações estressoras a partir de esforços e da capacidade do sujeito de regular os seus comportamentos.

Este fato é corroborado pelo presente estudo, no qual apresenta que quanto maior a habilidade de autocontrole da agressividade, melhor será a habilidade para manter abstinência de drogas ao saber lidar com situações de risco. Dessa forma, a emissão de comportamentos adequados para tal circunstância engloba a capacidade de assertividade ao lidar com situações de risco, pedir desculpas quando oportuno e lidar de forma assertiva com o manejo da raiva (Sá & Del Prette, 2016).

Os prejuízos na expressão de sentimento positivo se relacionam com as habilidades de autocontrole da raiva. Quando o indivíduo não se consegue expressar seus sentimentos ou aspectos cognitivos, associados ao uso de crack, este terá as mesmas dificuldades ao lidar com a resolução de problemas relacionados a conflitos interpessoais e com habilidade de enfrentamento de risco de uso de substância. Entende-se que o desenvolvimento da autoafirmação, na expressão de sentimentos, ocasiona no indivíduo mais sentimentos de confiança (Coelho et al., 2016).

Segundo Straub (2014, p. 215) o uso de substâncias significa a simples ingestão de qualquer substância, independentemente da quantidade ou de seu efeito. O abuso de substâncias, contudo, é o uso de qualquer agente químico em um nível que atrapalhe o bem-estar do usuário em qualquer domínio da saúde: biológico, psicológico ou social. Nem todas as pessoas que começam a usar uma substância tornam-se adictas.

[...] um padrão comportamental caracterizado pelo envolvimento irresistível no uso de uma substância, uma preocupação com seu fornecimento e uma grande probabilidade de recaída se ela for interrompida, bem como o desenvolvimento de dependência física e psicológica da substância (STRAUB, 2014, p. 218).

De acordo com Figlie e outros (2010 apud PACHECO, 2013), dependência química é uma doença crônica, irreversível e recorrente, caracterizada pela perda de controle do consumo de qualquer substância psicoativa.

Essa história se repete em milhares de outros lares, que sofrem por ter algum parente usuário de drogas, de acordo com o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (Lenad Família), feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e divulgado na mesma reportagem. Segundo o estudo, o dependente químico afeta as atividades diárias e o equilíbrio psicológico dos familiares: 58% das famílias com algum usuário de drogas têm afetada a habilidade de trabalhar ou estudar, 29% das pessoas estão pessimistas quanto ao seu futuro imediato e 33% têm medo que seu parente beba ou se drogue até morrer, ou alegam já ter sofrido ameaças do familiar viciado (CARVALHO 2013b).

4.1 Dados epidemiológicos X Cannabis

Dados do relatório mais recente sobre uso de drogas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization [WHO], 2014) apontaram que, em 2016, cerca de 275 milhões de pessoas em todo o mundo usaram drogas, pelo menos

uma vez, no ano anterior. Além disso, observou-se um aumento em 20 milhões de pessoas de 2015 a 2016, provavelmente consequência de um aumento no número global de usuários de *cannabis*, na sua maior parte. Em relação ao uso de drogas ilícitas, a *cannabis* permaneceu de longe a droga mais amplamente consumida no mundo em 2016, com algo em torno de 192,2 milhões de usuários no último ano (aproximadamente 3,9% da população global entre 15 e 64 anos).

Os possíveis efeitos da *cannabis* decorrem da interação dos componentes desta planta com o sistema canabinóide humano. O seu principal componente psicoativo é o tetrahidrocannabinol (THC). Receptores para os canabinóides existem em várias partes do corpo humano e seus efeitos psicotrópicos decorrem das alterações do funcionamento cerebral pela interação dos canabinóides exógenos com esses receptores. Assim, possíveis efeitos a longo prazo podem decorrer do uso desta substância, notadamente durante a adolescência, em que ocorre o desenvolvimento cerebral (Hall, 2015).

No estudo epidemiológico mais recente sobre uso de drogas realizado no Brasil, o uso durante a vida de *cannabis* nas 108 maiores cidades do país foi de 8,8%, com uma prevalência de dependentes estimada em 0,5% dos usuários entrevistados. A região sudeste foi a campeã em porcentagem de uso na vida (10,3%) e teve também a maior prevalência de dependentes estimados de *cannabis*, com 1,5%. Tendo em vista a alta prevalência do uso de *cannabis* no âmbito global e nacional, mostra-se fundamental o estudo sobre o uso desta droga e sua possível relação com variáveis psicológicas. Um construto psicológico que se destaca são as chamadas habilidades sociais (Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette, 2018), habilidades relacionadas a resultados positivos no âmbito pessoal, social e profissional.

4.2 Contribuições da Psicanálise X Drogadição

Segundo Bordin, Figlie e Laranjeira (2015), nas teorias psicanalíticas tradicionais o comportamento de utilização das drogas e do álcool era visto como um mecanismo de regressão aos estágios prazerosos da infância. No entanto, as teorias modernas compreendem essa problemática como uma forma de o indivíduo adaptar os seus déficits de autorregulação, resultado da privação ou de interações disfuncionais na primeira infância. Conforme esse entendimento, algumas deficiências do indivíduo poderiam levar ao uso de drogas e álcool, tais como: os problemas na construção dos relacionamentos e da intimidade; a vulnerabilidade no desenvolvimento da autoestima; o prejuízo nas habilidades de autoproteção, isto é, a falha das pessoas em manter a atenção, tomar precauções ou evitar

comportamentos que possam resultar em consequências perigosas; o déficits na tolerância dos afetos (sentir excessivo ou nenhum afeto).

Complementar a essa teoria, a proposta de trabalho desenvolvida por Pierre Benghozi (2010), com a “psicanálise do vínculo social”, faz-nos entender que o sofrimento sempre se manifestará nos níveis psíquico, somático e social. O tratamento estará mais direcionado ao apoio e acolhimento do que à análise e à interpretação. Para ele, a toxicomania não ocorre por acaso, mas se inscreve dentro de uma configuração social e familiar. O perfil das família sem risco, isto é, em situação de vulnerabilidade ao abuso ou dependência de drogas, compreende as seguintes características: presença de dependência química em pessoas ligadas ao núcleo familiar; problemas psiquiátricos em um dos pais ou cuidadores; severos conflitos familiares com o casal ou entre os membros, com desentendimentos e discussões frequentes ou separação; desorganização familiar e falta de definição clara das regras, de monitoramento, de disciplina; repentinhas ou alta frequência de crises; perdas; doenças graves; baixo poder aquisitivo e dificuldades financeiras; e vulnerabilidade social de um modo geral.

David Linden, professor e neurocientista da Universidade Johns Hopkins, entende que a dependência gera mudanças estruturais, químicas e elétricas nos neurônios. Ele usa o exemplo de um alcoólatra que não bebe há três anos: se esta pessoa toma um drinque, por exemplo, a sensação de prazer será muito maior para ela do que para alguém que nunca foi dependente. Quanto às recaídas, estas costumam acontecer em períodos de estresse intenso, e podem ser evitadas com atividades prazerosas, como a prática de exercício físico, meditação, rezas ou mesmo brincadeiras com os filhos ou com as crianças. Embora concorde que psicoterapia e remédios possam ajudar no tratamento, Linden não acredita em solução mágica: “internar a pessoa, deixá-la anestesiada por três dias e dizer que está curada, para mim, é mentira. Eles só querem seu dinheiro” (Collucci, 2011).

(...) seja rico ou pobre, se usada de forma compulsiva, a droga joga o viciado rapidamente na rua, fazendo-o afundar numa situação de vulnerabilidade social e riscos. Muitos, mesmo tendo casa, passam dias fumando, experimentando a vida de mendigos, maltrapilhos, tudo para permanecer consumindo. (Brandt, 2014)

4.3 Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo Comportamental, também denominada TCC, foi elaborada por Aaron Beck, Psiquiatra americano e professor da Universidade da Pensilvânia, na década de 60, sendo essa forma de terapia um modelo considerado

mais diretivo e breve, além de ser compenetrado no problema atual do paciente (JÚNIOR, 2019).

A terapia cognitiva comportamental foi elaborada inicialmente para tratar de casos de depressão, mas atualmente o conceito de TCC é muito mais ampliado, e se baseia no empirismo colaborativo, sendo assim, essa abordagem se concentra nas cognições dos pacientes, focando na solução de seus problemas, diante de sessões determinadas e estruturadas, tendo em vista a necessidade que cada paciente demanda no que diz respeito à quantidade de sessões. Esse modelo de terapia tem como característica um tempo mais curto de tratamento que as terapias tradicionais, uma vez que a TCC abrange o desenvolvimento do paciente como um todo, levando em consideração a vida dele desde o momento do nascimento, o ambiente onde vive e a vida que leva. (BROTTO, 2019).

A TCC considera os eventos que ocorreram em nossas vidas e os que nos afetaram emocionalmente, portanto, essa modalidade terapêutica baseia-se na ideia de que não são esses acontecimentos que nos afetam, mas sim, a forma como lidamos com eles, desta forma, o paciente leva ao terapeuta suas demandas e o que esperam através do tratamento, nesse momento podem ser realizados testes comportamentais, e mapas mentais que organizam as experiências dos pacientes (JÚNIOR, 2019).

O autor ainda relata que é a partir dos esquemas que esses eventos são percebidos, e os sentidos dos pacientes são ativados, e é nesse momento que a terapia cognitiva comportamental entra e demonstra que esses pensamentos ativados automaticamente, desencadeiam sentimentos cognitivos como rejeição, frustração e fracasso, os quais alteram nosso humor, deflagram as sensações que atingem o organismo (mudam a fisiologia) e determinam o comportamento que adotamos referentes a cada estímulo situacional (JÚNIOR, 2019).

Portanto, através da metodologia aplicada pela Terapia Cognitiva Comportamental que o terapeuta consegue identificar esses pensamentos que muitas vezes não condizem com a “verdade”, tendo em vista que essa modalidade terapêutica é indicada quando os pensamentos automáticos dos pacientes são em sua maioria negativos e desencadeiam fatores emocionais e físicos que interferem em diversos âmbitos da vida pessoal e profissional. Sendo assim, o paciente ao perceber e compreender suas experiências de vida, conclui como se dão esses pensamentos (como eles foram originados), como ele estava agindo e o que estava fazendo quando teve o pensamento automático (quais foram os estímulos para que aquele pensamento viesse à tona) e quais foram as sensações sentidas ao ter esses pensamentos (LINA-RES, 2019).

O processo terapêutico consiste em tratar as pessoas através de um trabalho psicológico, através das palavras, uma vez que é psicologicamente comprovado que as palavras ditas no setting terapêutico possuem uma dimensão de “melhora”, essa ideia também foi defendida por Freud, que alegava que as palavras por seu efeito e poder terapêutico podem eliminar perturbações somáticas e psíquicas, nesse sentido, as atividades de suporte terapêutico têm sido utilizadas como ferramentas importantes no tratamento e na reinserção social do dependente. (LINARES, 2019).

Com o crescente número de usuários de crack no Brasil, surgiu a necessidade de modelos terapêuticos que atendam a essa realidade em caráter de urgência, nesse sentido, a Terapia Cognitivo Comportamental surge no final dos anos 60, sendo consequência da insatisfação com o modelo de terapia baseada nos estímulos e respostas e na insatisfação do modelo de terapia psicodinâmicos (BEZERRA, 2020).

Essa modalidade de terapia busca o enfrentamento do vício, através do alcance de melhores resultados, partindo da ideia de centralizar as habilidades e os desenvolvimentos delas alinhados ao desempenho de cada paciente, sendo utilizado um protocolo específico para cada paciente, permitindo que cada paciente desenvolva uma resposta eficaz frente as situações consideradas de alto risco, prevenindo tanto o uso esporádico como as recaídas (LARANJEIRAS, 2012).

A Terapia Cognitivo Comportamental possibilita compreensão, avaliação e tratamento de um amplo espectro de condições psicopatológicas, inclusive algumas que costumam resistir a outras formas de terapia, portanto, levando em consideração a personalidade do indivíduo como um todo, não em um determinado sintoma, possibilitando que esse usuário (paciente), não só tenha uma melhora, mas cresça e alcance maior satisfação nas áreas que mais dão sentido a sua vida (ZANELATTO e LARANJEIRAS, 2013).

Além do apoio familiar, uma ferramenta de suma importância para auxiliar no tratamento do uso de drogas, em especial ao uso de crack é o apoio psicológico e psiquiátrico, já que após a fase de desintoxicação, a terapia pode ajudar o paciente a encontrar a fonte do vício, e como consequência, evitar o descontrole e as recaídas, através de um controle de ansiedade, transformando o comportamento daquele paciente e combatendo os gatilhos que o leva ao consumo da droga (BEZERRA, 2020).

Para um bom tratamento com a TCC para a dependência química é necessário inicialmente uma compreensão do caso concreto de cada paciente. O profissional irá ajudá-lo a desenvolver uma alteração cognitiva, através da mudança de pensamen-

to e crenças, para que ocorra uma mudança emocional e comportamental efetiva. (BECK, 2013).

Ainda segundo Zanelatto e Laranjeira (2013), os modelos teóricos iniciais da dependência química estão relacionados à transgressão de normas da sociedade, uso abusivo do álcool, conceitos biológicos, os quais consideram a fisiologia e a genética e o modelo biopsicossocial, que relaciona o fator multifatorial como predispónente da dependência química (LARANJEIRAS, 2012).

Silva e Serra (2013) relatam que na TCC, o paciente aprende a ser seu próprio terapeuta. Para isso recebe orientação a respeito dos monitoramentos dos pensamentos automáticos negativos, utilizando anotações dos pensamentos e situações de risco. A conexão entre pensamento, afeto e comportamento e a realização de reestruturação cognitiva, resolução de problemas e identificação de crenças distorcidas também são repassadas. A terapia tem sido usada com uma abordagem de prevenção às recaídas, sendo assim, as sessões de terapia são organizadas e estruturadas, realizando inicialmente uma avaliação das metas dentro de uma quantidade de dias, geralmente uma semana, posteriormente utiliza-se outra didática, demonstrando técnicas e habilidades para a prevenção dessas recaídas e geralmente, no final da sessão são elaboradas metas a serem cumpridas dentro dos próximos dias (SERRA, 2013).

Dentre suas possibilidades de intervenção, temos a aceitação dos pensamentos que pode auxiliar o paciente a lidar com a experiência de forma mais positiva, já que quanto maior a aceitação do pensamento, menor a chance de recaída. Alguns passos podem ser dados para que essa aceitação seja mais fácil, tais como, sustentar a atenção por um período de tempo prolongado, mantendo um foco específico, como, por exemplo, a respiração, mudar o foco, detectar os estímulos que surgem na consciência, quaisquer que sejam, e posteriormente, retornar ao foco (DIHEL, et.al. 2011).

O usuário, ao aceitar as limitações e aquilo que não pode ser mudado, pode lidar melhor com as suas condições, possibilitando que o paciente perceba como o caminho da recaída vai sendo construído, fazendo com que o percurso que antecede a recaída deixe de ter caminhos alternativos, tornando-se um caminho único. Nesse sentido, pode ser aplicada a terapia da aceitação que faz parte do que se considera a 3^a onda da (TCC), a qual possui como técnica o fato de o paciente não tentar controlar seus sentimentos e pensamentos, mas sim, tentar aceitá-los, agindo no problema de forma indireta (DIHEL, et.al. 2011).

Desta forma, mesmo que a questão do tratamento dos usuários de crack seja muito difícil, tendo em vista o perfil do usuário, é possível aplicar a Terapia Cognitiva Comportamental e obter sucesso em relação ao tratamento, já que essa modalidade objetiva mudar os pensamentos e crenças do usuário, fazendo com que ele foque em situações de maior funcionalidade (KOLLING, et al. 2011).

Devido as propriedades do crack e as suas diversas vias de consumo, o tratamento para o consumo dessa droga deve ser diferenciado, de forma que os profissionais, ao aplicarem a Terapia Cognitivo Comportamental devem se atentar para os prejuízos cognitivos ocasionados pelo seu uso, os quais ocasionam uma baixa adesão pelo tratamento, sendo assim, a entrevista motivacional e as modalidades de TCC , aliadas ao manejo do desejo em consumir a droga, juntamente com o treinamento de habilidades de enfrentamento das situações de risco e dos pensamentos disfuncionais, além do manejo de contingências e prevenção de recaída, possibilitam um grande avanço no tratamento, entretanto, mais pesquisas são necessárias para testar os programas de tratamento e obter mais informações, a fim de melhor compreender e tratar a dependência do crack (SERRA, 2013).

4.4 Perfil dos usuários de drogas

É de grande importância é saber analisar o perfil dos usuários e dependentes químicos, sendo assim, inicialmente torna-se considerável analisar a questão comportamental do sujeito, já que os hábitos e costumes serão os primeiros a serem modificados com o uso, a família e os amigos devem estar atentos a essa questão, já que mudanças muito bruscas na personalidade podem ser uma das principais características do uso de entorpecentes (NOGUEIRA, 2020).

Existem diferentes tipos de usuários de drogas, dentre eles verifica-se o usuário conhecido como “social”, que é aquele que utiliza socialmente as drogas legais ao longo da vida sem ao menos ter tido qualquer tipo de problema devido a esse consumo. Em contrapartida, existe o chamado “dependente social”, que são os usuários que passaram a fazer uso de substâncias ilícitas a partir de um acontecimento traumático em sua vida, passando a desenvolver uma dependência química por conta disso. Existem também os usuários “predispostos”, que são aqueles que “nasceram” com uma possível pré-disposição a doença, sendo assim, o organismo convive com aquela substância, fazendo com que o usuário não consiga sair da relação com a droga, de maneira mais fácil (NOGUEIRA, 2020).

Nesse sentido, droga é qualquer substância capaz de alterar as funções do organismo, sejam essas substâncias naturais ou sintéticas, sendo assim, as drogas

estão classificadas em três categorias: as estimulantes, as depressoras e as perturbadoras das atividades mentais. Já a dependência química é uma doença complexa e exige tratamento especializado, uma vez que é causada através do uso repetitivo das drogas e se caracteriza através de alterações cognitivas e comportamentais, portanto, as causas da dependência química são diversas e complexas, de forma que os fatores genéticos, ambientais e psicossociais podem influenciar e acarretar no vício (MORAES, 2017).

Torna-se imperioso destacar a diferença entre uso, abuso ou uso nocivo e dependência, sendo assim o uso se dá quando o sujeito experimenta ou consume esporadicamente aquela substância, não acarretando prejuízos por conta disto, já o abuso ou uso nocivo fica configurado algum tipo de consequência prejudicial à vida do usuário, e a dependência se dá quando existe a perda do controle no consumo, e os prejuízos associados são mais evidentes (LARANJEIRAS, 2012).

As principais características dos usuários e dependentes de drogas estão relacionadas ao isolamento da família e de amigos, às alterações de sono e falta de energia, às mentiras constantes e desculpas “esfarrapadas”, ao descontrole financeiro, etc. (MORAES, 2017).

Atualmente, a dependência química é compreendida como um transtorno mental e comportamental, incluído no manual Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) e no DSM-V (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) (ALVES, 2015), já a Síndrome de dependência pode ser definida como uma série de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos os quais se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de utilizar a droga; à dificuldade de controlar o consumo; à utilização persistente, apesar das suas consequências; a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações; a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física (FERRI e GALDURÓZ, 2017).

Pode-se afirmar que o usuário pode ou não se tornar dependente, devendo levar em consideração a relação que estabelece com a droga. A maior parte dos usuários de substâncias, lícitas ou ilícitas, não se torna dependente. A relação com a droga será influenciada, diretamente, por diversos fatores: sociais, biológicos e psicológicos (NOGUEIRA, 2020).

A falta de domínio pelo desejo de consumir droga é uma das principais características da dependência, pois nesse caso, usuário consome de forma repetitiva ou

habitual, objetivando prazer. As drogas são utilizadas por pessoas que desejam aliviar medos, inseguranças, tensões e demais sensações consideradas desagradáveis pelo usuário, sendo assim, os consumidores tornam-se dependentes quando esses anseios não são mais controláveis, de forma que os mesmos passem a consumir sempre mais. Portanto é necessário aprender sobre a dependência de uma maneira geral, familiares e amigos precisam estar atentos às mudanças na personalidade e, mediante essas evidências, buscar formas de auxiliar seus entes queridos, além de estabelecerem limites para lidarem com a situação, buscar grupos de apoio, e um tratamento adequado (NOGUEIRA, 2020).

4.5 Historicidade das drogas X Dependência química

O uso e o abuso de drogas lícitas e ilícitas não é um fenômeno da modernidade. Há milhares de anos, o homem faz uso de substâncias psicoativas por várias razões, como motivos religiosos ou culturais, para facilitar a socialização e mesmo para se isolar. Estudos arqueológicos indicam que o consumo do álcool data de 6.000 a.C. (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas [OBID], 2011).

Por uma ou outra razão, o que a história da humanidade parece indicar é que as drogas, em geral, sempre estiveram presentes na sociedade humana, e, considerando-se essa história, certamente como consequência, a problematização do uso e do abuso de drogas. Com isso, as drogas passaram da esfera religiosa à esfera biomédica e da Justiça (OBID, 2011).

No início do século XIX, vários países adotaram, no que tange às drogas ilícitas, medidas referentes ao campo da segurança e da Justiça. Tais medidas tinham como modelo de intervenção a repressão, o proibicionismo e a estratégia de guerra às drogas. Essa estratégia prioriza a redução da oferta de drogas e relega a segundo plano a prevenção ao uso, tendo como principais pilares o modelo moral e criminal, que preconiza o enfrentamento das drogas pelo encarceramento dos usuários, e o modelo de doença, segundo o qual a dependência de drogas é tratada como uma patologia de origem biológica (Alves, 2009).

São características das políticas proibicionistas e definidas como medidas de alta exigência ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas, que impõem a abstinência como pré-condição para o ingresso em um programa de tratamento. A denominação guerra às drogas desvela o objetivo maior dessas políticas, que é criar uma sociedade livre das drogas. Dessa forma, as táticas de repressão e as sanções desenvolvidas pelos Estados Unidos, incluindo aparato eletrônico de vigilância, testes de drogas, novas leis e prisões com-

pulsórias relacionadas às drogas, foram adotadas em muitos países, e o aparato policial e os espaços em prisões destinados a esse fim aumentaram dramaticamente, inclusive no Brasil (Cruz, Sáad, & Ferreira, 2003, p. 358).

No Brasil, a história do percurso da criação de políticas públicas direcionadas aos usuários de drogas, à repressão ao tráfico e à prevenção de maneira geral é relativamente recente. Até a década de 20, não havia qualquer regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas no País. Esse período, marcado pelo desenvolvimento da industrialização, constituiu-se como o marco inicial no Brasil do controle sobre drogas, e resultou na publicação de uma lei restritiva ao consumo dessas drogas, com punições àqueles usuários “que não seguissem as recomendações médicas” (As Transformações das Políticas Públicas Brasileiras, 2009, p. 11).

Na época, as drogas combatidas eram, principalmente, o ópio e a cocaína. Essa primeira medida registrada e as que se sucederam eram provenientes do campo da Justiça e da segurança pública, e demandavam, para os usuários de drogas ilícitas, internação e isolamento social (Machado & Miranda, 2007).

Na década seguinte, mais precisamente em 1938, foi publicada uma regulamentação sobre drogas que reconhecia a necessidade de fiscalizar o uso de entorpecentes. Essa regulamentação foi estabelecida no DecretoLei n.º 891, que reafirmava a condenação do ópio e da cocaína e incluía nessa classe drogas como a maconha e a heroína. Quanto ao uso, o mesmo documento classificou a toxicomania como “doença de notificação compulsória”, que não podia ser tratada em domicílio. Nesses casos, ou até mesmo nos de intoxicação por bebidas alcoólicas, a internação em hospital psiquiátrico era tida como obrigatória quando determinada pelo juiz, ou facultativa, como indica o artigo 29, parágrafo 1º, do Decreto (Brasil, 1938):

Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não. (...) A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Públiso, só se tornando efetiva após decisão judicial.

A alta médica, por outro lado, era autorizada quando o médico responsável afirmasse a cura do toxicônomo, comprovada por meio de testes e de exames (Brasil, 1938). Para Garcia, Leal e Abreu (2008), esse DecretoLei, incorporado ao Código Penal de 1941, correspondia às aspirações do governo Getúlio Vargas para conter comportamentos desviantes, tendo como foco o trabalhador. Entrava em cena o

ideal da abstinência como fator de segurança pública, ratificado posteriormente, na década de 70, com a publicação da Lei n.º 6.368/1976.

Essa lei manteve-se em vigor nas três décadas seguintes, estimulando ações referentes à prevenção e à repressão ao tráfico e ao uso indevido de substâncias entorpecentes causadoras de dependência física ou psíquica (Brasil, 1976). Vale destacar que essa mesma lei, embora tenha retirado o caráter compulsório dos tratamentos hospitalares, intensificou a medicalização dos usuários de drogas, legitimando termos como dependente de drogas em vez de viciado (Machado & Miranda, 2007, p. 805).

Essas primeiras décadas do século XX evidenciam que a problemática das drogas no Brasil esteve, em grande parte de sua história, mais conectada às questões de segurança do que às de saúde pública, tendo como enfoque a repressão em detrimento da prevenção (Garcia, Leal & Abreu, 2008).

Destarte, até a década de 80, as ações de redução da oferta diminuíram ou até mesmo anularam os investimentos em saúde pública e em prevenção, tratamento e reinserção social, concentrando nos âmbitos da Justiça e da segurança pública grande parte dos recursos públicos destinados à problemática das drogas (Cruz, Sáad, & Ferreira, 2003).

A década de 80 foi marcada também pelo advento da epidemia da AIDS – síndrome da imunodeficiência adquirida – ao redor do mundo, que repercutiu em modificações e avanços no âmbito da saúde pública no Brasil, já que o registro de casos de AIDS crescia exponencialmente a cada ano. Em 1989, o Brasil registrou 6.295 casos de AIDS; em 1997, já eram 22.593 os casos registrados (História da AIDS, 2011).

Em um primeiro momento, acreditava-se que os então denominados grupos de risco eram os proliferadores da epidemia, entre eles os homossexuais, os hemofílicos, os haitianos e os viciados em heroína – denominados quatro Hs -, e a principal intervenção realizada seria o seu isolamento do convívio social, porém a expansão da AIDS nos anos subsequentes para além dos quatro Hs exigiu a formulação de uma perspectiva mais ampla sobre o fenômeno e de intervenções mais eficazes. Em resposta, a classificação de grupos de risco é realocada no conceito de comportamentos de risco, aliviando parte do estigma e a culpabilização do grupo e generalizando os cuidados e a prevenção para toda a população que assumisse um comportamento de risco de contágio pelo vírus (Ayres et al., 2003).

Entre as estratégias de prevenção, estavam aquelas de redução de risco, como a “difusão de informação, controle dos bancos de sangue, estímulo e adestramento para o uso de condom e outras práticas de ‘sexo mais seguro’, testagem e aconselhamento” (Ayres et al., 2003, p. 120), e as estratégias de redução de danos voltadas para os usuários de drogas injetáveis – UDIs. Estes, pelo compartilhamento e pela reutilização de seringas e agulhas, assumiam comportamentos de risco de contágio e de difusão do HIV e de hepatites. Somada a esse quadro, a situação crescente da epidemia no Brasil entre os usuários de drogas injetáveis denunciava a incipiência dos serviços de saúde mental destinados à questão das drogas, à ineficácia dos tratamentos e à falta de clareza sobre a magnitude do problema.

Nesses termos, a estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Como a história indica, essa estratégia surgiu como uma medida de prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a hepatites.

Não obstante, os resultados dessa estratégia passaram a ser questionados, visto que o consumo de drogas continuava crescendo em nível mundial e não era oferecido atendimento à saúde das pessoas que não desejavam ou não conseguiam parar de usar drogas. Pelo contrário, essas pessoas eram estigmatizadas e as políticas de tratamento nessa perspectiva eram negligenciadas.

No Brasil, é consenso entre os estudiosos que o uso das estratégias de redução de danos teve início em 1989, na cidade de Santos, no Estado de São Paulo, onde se concentrava grande parte dos casos de AIDS decorrentes do uso de drogas injetáveis. A iniciativa foi do médico sanitário David Capistrano, que implementou programas de distribuição de seringas aos UDIs (Silveira et al., 2003; Mesquita, 1991; Petuco & Medeiros, 2009).

A cocaína é a matéria prima para o crack, o qual, por sua vez, é consumido pela humanidade há milhares de anos. Muitos povos possuem o hábito de mascar folhas de coca, objetivando diminuir o cansaço e a fome, tendo em vista que o efeito da coca (absorvida pelo pulmão) é muito mais intenso ao comparar com efeito da cocaína (absorvida através das mucosas nasais quando cheirada). Essa droga é utilizada quando o consumidor improvisa cachimbos através de matérias como latas, canos de PVC, e/ou demais recipientes que possibilite aspirar a fumaça. Alguns usuários ainda misturam as menores pedras de crack aos cigarros de maconha ou

de tabaco, os quais são chamados de piticos, mesclado ou basuco (NOGUEIRA, 2020).

A base da cocaína dá origem ao crack e a merla, o crack quando aquecidos toma a forma de cristal, o crack é fumado através de cachimbos. Essas substâncias surgiram em meados dos anos 80 e estão cada vez mais presentes nos dias atuais. A cocaína pode ser consumida por qualquer via, sendo uma substância de rápida absorção, já que é apresentada em forma de pó. Existe o uso pela forma injetável que possibilita o usuário colocar de uma só vez a substância dentro de seu organismo, causando efeitos intensos, porém de curta duração, já a forma cheirada ou mascada (folhas), possuem efeitos menores e com uma duração maior, portanto, quanto mais curto esse efeito, maior a possibilidade de dependência (LARANJEIRAS 2012).

Destaca-se que os consumidores de droga em geral sofrem os sintomas de abstinência, tais como: depressão, hipersônia, fadiga, cefaleia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, além de poderem experimentar um “craving” intenso pela droga; podendo até mesmo tentar o suicídio, já a dependência do crack incluem anedonia (perda da capacidade de sentir prazer), depressão e ideação suicida, que podem persistir por seis meses ou mais, além disso, os usuários de crack podem apresentar história de dependência de opioide, com uso pesado e interrupção recente (nos últimos dias) náusea, vômitos, diarreia, pupilas dilatadas, pulso e pressão arterial aumentados, bocejos repetidos, lacrimejamento e coriza e piloereção-ansiedade e inquietação (CFM, 2019).

Nesse sentido, alguns pesquisadores relatam, que o enorme desejo em consumir a droga devido a sua abstinência pode causar outros sintomas, sendo essa abstinência constituída em três fases, a fase 1, denominada de “crash”, é composta por uma redução no humor e energia, ocasionados momentos após o consumo da droga, podendo estender-se por dias, causando ao usuário ansiedade e depressão aliado ao enorme desejo de consumir a droga, o que é denominado “craving”, Já a fase 2, denominada síndrome disfórica tardia é o momento onde ocorrem as recaídas frequentes, podendo variar de 12 a 96 horas após o consumo, chegando às vezes até 12 semanas, ocasionando desejo pelo consumo, sonolência, ansiedade, problemas de memória e intenções suicidas. Já na fase 3, os sintomas vão diminuindo, e a fissura pelo consumo vai se tornando menos frequente (LARANJEIRAS, 2012).

Dentre os sintomas da abstinência pelo uso de crack, deve-se destacar a aceleração do pensamento, a inquietação psicomotora, o aumento do estado de alerta, a inibição do apetite, as alterações de humor, além dos sintomas físicos que são o aumento da frequência cardíaca, da temperatura corporal, da frequência respiratória,

da transpiração, tremor leve de extremidades, contrações musculares involuntárias (especialmente língua e mandíbula), tiques, dilatação da pupila (midríase) (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

O perfil mais recorrente entre os usuários de crack é composto por indivíduos do sexo masculino, jovens e adultos, com baixa escolaridade, desempregados, provenientes de famílias “desestruturadas” e de baixa renda, o padrão de consumo dos usuários de crack consiste na utilização da droga pelo menos três vezes por semana, sendo assim, dentre esses usuários é recorrente o padrão da compulsão no uso, podendo esse episódio perdurar por vários dias para cada usuário. Muitos usuários de cracks são pessoas que passaram a consumir drogas consideradas mais “leves” inicialmente e com o agravar do vício e a falta de dinheiro, passaram a consumir crack. Grande parte desses usuários já abandonaram seus lares e vivem em situação de rua, pedindo esmolas, à deriva, vivendo de doações, e muitas vezes sem condições de tentar um tratamento (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Ademais, a partir de estudos já realizados, que atualmente o uso de crack não é exclusivo entre pessoas de baixo nível socioeconômico, tanto em capitais, quanto no interior. Muitos usuários não são desempregados ou moradores em situação de rua, porém, a maioria deles consegue essa droga através de meios ilegais, sendo assim, o crack parece ser a droga de escolha principal e as outras substâncias são utilizadas como moduladoras dos efeitos do crack (MADALENA; SARTES, 2018).

Os efeitos do uso cocaína são diversos, tendo em vista sua ação estimulante, sendo assim, a euforia ocasionada pelo seu consumo desencadeia um desejo ainda maior por mais e mais droga, fazendo com que quanto maior a frequência do consumo, mais forte seja sua intensidade e menor a duração desses efeitos, os quais também são influenciados pela via de administração escolhida, por conta disso, é necessário focar no tipo de tratamento, a fim de evitar as recaídas, bem como os diversos efeitos que a droga causa no organismo, tendo em vista que quanto mais eficaz as possibilidades de tratamento, menores as chances do retorno ao uso de drogas (NOGUEIRA, 2020).

Por vezes é importante ao dependente conhecer suas expectativas ao iniciar um tratamento, pois, se a sua intenção não for alcançada, ocasionará uma frustração, impedindo uma mudança comportamental, e assim potencializando uma insuficiência no processo terapêutico. Essa dificuldade em obter resultados terapêuticos positivos, pode levar a recaídas ou indícios e sinais que levam ao retorno das drogas (JACINTO, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou enfatizar a importância da temática sobre a interface de poliusuários de drogas ao manejo familiar no contexto da dependência química, partindo do pressuposto a discriminação, marginalização, vulnerabilidade, criminalização, estigmatização, desigualdade e exclusão social sob questões éticas e legais.

Não obstante, o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno cultural, os diferentes contextos socioculturais regem o consumo, eles estabelecem o consumo de determinadas substâncias, os diferentes padrões de uso, abuso, as situações para o consumo, os significados particulares para as drogas, os comportamentos desejados como também controles e tratamentos para os efeitos considerados indesejados, ressaltando a importante missão das estratégias de redução de danos que contemplam ações de prevenções, promoção de estilos de vida saudável, educação e conscientização do consumidor.

Constatamos que, quando a família, por sua vez, não dá importância para o que está acontecendo e não reconhece que existe um problema instalado (neste caso, o uso de drogas) e evita falar sobre o assunto, o problema torna-se ainda mais agravado. Nestes casos, o dependente químico sente-se abandonado, como sem importância e afunda-se ainda mais no vício.

Não menos importante vale ressaltar que, a experiência de cada indivíduo com a droga é particular, já que é determinada por vários elementos, tais como: o estado mental precedente ao uso, a individualidade, a experiência biológica e o modo como a experiência é vivida; o que demonstra a complexidade da questão.

REFERÊNCIAS

ANDRETTA, I., Limberger, J., & Schneider, J. A. (2017). **Social skills in crack users: differences between men and women.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 29(1), 45. doi: 10.1186/s41155-016-0054-4.

BORGES, J. M., del Castillo, J. A. G., Campos, J. C. M., & del Castillo López, A. G. (2016). **Relações entre suporte social, autorregulação e consumo de outras substâncias em adultos portugueses.** Actualidades en Psicología, 30(121), 67-75. doi: 10.15517/ap.v30i121.24657.

BRACISZEWSKI, J. M. et al. **Developing a tailored substance use intervention for youth exiting foster care.** Child Abuse Negl., Oxford, v. 77, p. 211-221, Mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chab.2018.01.013>.

CARVALHO, M. M. C., & Santana, S. M. (2018). **Uso de crack e suporte familiar: implicações na assistência.** Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, 13(1), 1-16.

CLAUS, Maria Izabel Sartori.; ZERBETTO, Sonia Regina.; GONÇALVES, Angélica Martins de Souza.; GALON, Tanyse.; ANDRADE, Letícia Grazielly Zanon de.; OLIVEIRA, Fernando Calzavara de. **As forças familiares no contexto da dependência de substâncias psicoativas.** Escola Anna Nery. 22(4) 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de ética médica,** 2019.

DEL PRETTE, Z. A., & Del Prette, A. (2018). **Competência social e habilidades sociais: Manual teórico-prático.** Petrópolis: Vozes.

FELLIPETO, I. F., Ramirez, J., & Zanon, L, B. (2021). **O uso de drogas lícitas e ilícitas como tema social abordado em aulas de química no ensino médio.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, 7(4), 39803-39820.

FORTES, Paula M.;HESS, Adriana R.B.;MARRONE, Daniela D.;HUTZ, Claudio S; ALMEIDA, Rosa M. M. **Avaliação neuropsicológica do funcionamento executivo, níveis de ansiedade, depressão e raiva de poliusuários de drogas: um estudo comparativo.** Em: Revista Neuropsicologia Latinoamericana,v. 11, n. 1. 2019, 28-37.

HALL, W. (2015). **What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?: Cannabis health effects.** Addiction, 110(1), 19-35. doi: 10.1111/add.12703.

HERZOG, A; WENDLING, M. I. **Percepções de psicólogos sobre os familiares durante o tratamento de dependentes químicos.** Aletheia, n. 42, p. 23-38, 2013.

JACINTO, Lauana Aparecida Teodoro. **Fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação.** Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014.

JÚNIOR, Aldeniz Leite da Silva. **Você conhece a Terapia Cognitivo Comportamental.** 2019.

LARANJEIRA, R. (2012). **Bases do tratamento da dependência de crack.** In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.). O tratamento do usuário de crack (2a ed., pp. 23-29). Porto Alegre: Artmed.

LEAL, Erotildes; MUÑOZ, Nuria; SERPA JR, Octavio. **Além da compulsão e da escolha: autonomia, temporalidade e recuperação pessoal.** Em: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 22, 2019, 130 -149.

LIMBERGER, J., Trintin-Rodrigues, V., Hartmann, B., & Andretta, I. (2017). Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas: revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 10(1), 99- 109.

LINARES, Izabel Cristina de Paiva. **O processo terapêutico e o valor das palavras.** 2019.

MADALENA, Tatiana Silveira; SARTES, Laisa Marcorela. **Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: perfil e prevalência.** 2018.

MARANGONI, Sônia Regina; ROSA, Ohana Panatto; GAVIOLI, Aroldo; GUEDES, Márcia Regina Jupi; ORTIZ, Mirella Machado; LIMA, Paola Kallyanna Guarneri Carvalho; DIAS, Lashayane Eohanne; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. **Crianças nascidas de mulheres usuárias de múltiplas drogas na gravidez: Estudo de segmento.** Brazilian Journal of Development. Curitiba, v.6, n.8,p. 61636-61656, Agosto 2020.

MOUSTAFA, Ahmed A. **Cognitive, Clinical, and Neural Aspects of Drug Addiction.** Academic Press, 2020.

NOGUEIRA, Cláudio Martins. **Drogas: O que elas podem fazer com você.** 2020.

PEREIRA, Bruna. **O papel da Família no Tratamento da Dependência Química de Usuários Atendidos no CAPS AD de Tubarão/SC.** Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, 2018.

PRESTES, A.; MORAES, M. **Os reflexos da dependência química na família.** 2018.

SÁ, L. G. C., & Del Prette, Z. A. P. (2016). **Habilidades de enfrentamento antecipatório para abstinência de substâncias: Construção de um novo instrumento de medida.** Avances en psicología latinoamericana, 34(2), 351-363.

SÁ, L. G. C., Olaz, F. O., & Del Prette, Z. A. P. (2017). **Initial psychometric properties of the Inventory of Anticipatory Coping Skills for Abstinence from Alcohol and Other Drugs.** Avaliação Psicológica, 16(2), 176- 186. doi: 10.15689/AP.2017.1602.08.

SCHNEIDER, J. A., & Andretta, I. (2017a). **Habilidades Sociais de Usuários de Crack em Tratamento nas Comunidades Terapêuticas: Relação com Características Sociodemográficas e de Padrão de Consumo.** Revista Colombiana de Psicología, 26(1), 83-98.

SCHNEIDER, J. A., & Andretta, I. (2017b). **Prejuízos nas habilidades sociais em usuários de crack: Diferenças entre usuários e não usuários.** Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento, 25(4), 463-476.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T.; SERRALVO, F. S. **A importância da abordagem familiar na Atenção Psicossocial: um relato de experiência.** *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 57, p. 69-84, 2017.

SHIMOGUIRI, A.F.D.T. **Um tratamento possível da toxicomania no Centro de Atenção Psicossocial: a oficina terapêutica sob viés da psicanálise.** *Simpósio de Psicanálise e Prática Multidisciplinar na Saúde*, n. 1, p. 148-154, nov. 2019.

SILVA, C. M. D. (2017). **O uso de drogas na adolescência: identificação de estratégias e proposta de prevenção.** Dissertação de especialização, Universidade Federal de Alfenas, Campos Gerais, MG, Brasil.

SMYTH, B. P.; ELMUSHARAF, K.; CULLEN, W. **Opioid substitution treatment and heroin dependent adolescents: reductions in heroin use and treatment retention over twelve months.** *BMC Pediatr.*, London, v. 18, Art. n. 151, [12f], 2018.

STRAUB, Richard. **Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial.** 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME [UNODC]. (2020). **World Drugs Report 2020.** Vienna: United Nations publication. Recuperado de <https://wdr.unodc.org/wdr2020/>

VARELLA, 2019. **Alcoolismo.** <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/alcoolismo-artigo/>.

CAPÍTULO 15

TRATAMENTO CLAREADOR DE CONSULTÓRIO ASSOCIADO À LUZ VIOLETA E SEUS EFEITOS NA MORFOLOGIA DO ESMALTE DENTAL - UMA REVISÃO DE LITERATURA

IN OFFICE BLEACHING TREATMENT ASSOCIATED WITH VIOLET LIGHT AND ITS EFFECTS ON DENTAL ENAMEL MORPHOLOGY - A LITERATURE REVIEW

Hemanuelly Albuquerque dos Anjos¹
Julliana Andrade da Silva²
Mariana Akemi Pak Lucon³
Iana Maria Costa Gonçalves⁴
Débora Alves Nunes Leite Lima⁵

DOI: 10.46898/rfb.9786558892779.15

¹ Aluna de Mestrado, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, P.O. BOX 52, 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil.

² Aluna de Mestrado, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, P.O. BOX 52, 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil.

³ Aluna de graduação, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, P.O. BOX 52, 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil.

⁴ Aluna de Doutorado, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, P.O. BOX 52, 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil.

⁵ Professora Associada, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, P.O. BOX 52, 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil.

RESUMO

Atualmente, muitos pacientes buscam o consultório odontológico em busca de procedimentos estéticos. Neste sentido, um dos procedimentos mais procurados é o clareamento dentário. O clareamento é realizado com o auxílio de géis que contém em sua composição os peróxidos, seja ele de carbamida (PC) ou de hidrogênio (PH). Com o objetivo de melhorar os efeitos do clareamento, surgem inovações como o uso da luz LED violeta associada, ou não, aos agentes clareadores. A proposta da luz LED violeta é promover a quebra das moléculas pigmentadas, revelando uma estrutura dentária mais clara. Entretanto, ainda existem controvérsias quanto ao melhor protocolo para o emprego do LED utilizado no clareamento dental. A associação do LED com géis de baixa concentração parece promover um efeito clareador satisfatório, produzindo menos efeitos indesejáveis, contudo, são necessários mais estudos para estabelecer o protocolo clínico ideal dessa associação.

Palavras-Chave: Clareamento dental; Led violeta; Esmalte dentário; Sensibilidade dentinária

ABSTRACT

Nowadays, most patients seek the dental office aiming at aesthetics, and in this sense, one of the most sought after procedures is dental whitening. Bleaching is carried out with the aid of gels that contain peroxides in their composition, be it carbamide (CP) or hydrogen (PH). In order to improve the effects of bleaching, innovations such as the use of violet LED light associated, or not, with bleaching agents appear. The LED would promote the breakdown of pigmented molecules, revealing a lighter dental structure. However, there are still controversies about what would be the best protocol for the use of LEDs in the dental office. The association of LED with low concentration gels seems to promote a satisfactory bleaching effect, producing fewer undesirable effects, however further studies on the subject are needed, in order to establish the ideal protocol for this association

Keywords: Dental whitening; Violet LED; Dental enamel; Dentin sensitivity

1 INTRODUÇÃO

Na odontologia moderna, se tornou cada vez mais comum a procura dos pacientes por procedimentos que favoreçam a estética e elevem a autoestima. A reformulação dos padrões de beleza estimulou o desejo em apresentar dentes com coloração mais clara. Diante desse fato, os clareamentos dentais estão cada vez mais

comuns nos consultórios odontológicos, podendo ser realizado mediante a utilização de diferentes protocolos (Sureck et al, 2017).

Usualmente, toda terapia clareadora está relacionada com processos químicos que utilizam substâncias oxidantes que irão promover a retirada de elétrons da superfície na qual estas estão em contato. O protocolo clareador mais utilizado para dentes vitais envolve a utilização de dois tipos de peróxidos: Peróxido de Hidrogênio (PH) e o Peroxido de Carbamida (PC) (Riehl; Nunes, 2007; Lo Giudice et al, 2016), empregados em variadas concentrações a depender do caso clínico e da técnica clareadora.

Ainda que exista controvérsia sobre os efeitos negativos da terapia clareadora no esmalte, vários estudos demonstraram uma diminuição na microdureza da superfície dentária, desmineralização do esmalte, alterações na rugosidade, danos na superfície do esmalte e hipersensibilidade (Cvikl et al, 2016; Grober et al, 2010; Cavalli et al, 2004; Efeoglu et al, 2007). Com isso, estudos atuais objetivam desenvolver novas técnicas e produtos que busquem reduzir os efeitos colaterais promovidos pela terapia, sem reduzir o efeito clareador.

Os produtos de clareamento supervisionado, também denominados “caseiros”, contém uma concentração relativamente baixa de agente clareador, que é utilizado com o auxílio de moldeiras individuais e usado todos os dias, sendo que o número de semanas depende do tipo, severidade do manchamento e resposta do paciente ao tratamento. Enquanto o clareamento de consultório é realizado utilizando concentrações mais elevadas de agentes clareadores, aplicados por períodos mais curtos de tempo. (Kishi et al, 2011).

O PC libera cerca de 33% do seu conteúdo na forma de PH, que age como agente clareador ativo (Goldberg; Grootvelt; Lynch, 2009). O PH por sua vez sofre degradação em água e moléculas de oxigênio livre de baixo peso molecular. Dessa forma, os agentes clareadores agem mediante a ionização e difusão do PH e seus subprodutos na estrutura dental. Essa difusão proporciona a degradação química das moléculas pigmentadas (cromóforos), transformando-as em moléculas menores, tornando a estrutura mais clara (Carey, 2014; Oskan et al, 2013).

Dentre os fatores que contribuem para a eficácia do clareamento de consultório estão: temperatura, concentração do PH, presença de catalisadores e tempo de aplicação do gel (Kishi et al, 2011). Além disso, com o objetivo de potencializar a eficácia clareadora e acelerar a velocidade da reação, foram inseridas em conjunto

com os agentes clareadores de maior concentração a opção de se utilizar fontes de energias luminosas, como por exemplo o laser e o LED (Riehl; Nunes, 2007).

A fonte luminosa atua como catalisador para a degradação do agente clareador, potencializando sua difusão na estrutura dental. essa reação ocorre devido ao fato de que os agentes clareadores contêm agentes fotossensíveis projetados para absorver energia proveniente da fonte luminosa. (Buchalla, 2007; Kwon, 2013). Essa energia pode acelerar a eficácia do gel clareador, reduzindo o tempo de exposição do elemento dentário ao agente clareador (Suemori et al, 2008).

Nesse sentido, a luz LED violeta foi relatada como uma fonte de energia luminosa com capacidade de interagir com a estrutura dentária de forma menos invasiva. O LED é capaz de promover a quebra dos cromóforos a partir da emissão da faixa de luz violeta (405-410nm), o que coincide com o pico de absorção dos cromóforos, transformando-os em moléculas menores e menos pigmentadas (Fernandes et al, 2020; Gallinari, 2019). Isso permitiria produzir algum efeito clareador até mesmo quando utilizada isoladamente, isto é, sem a presença de um agente clareador, o que reduziria a sensibilidade dentinária ou efeitos prejudiciais associados a alta concentração de peróxido (Brugnera, 2019; Gallinari, 2019; Fernandes et al, 2020).

A menor penetrabilidade da luz LED violeta acarreta uma menor alteração do tecido dentário em nível de profundidade, preservando as características protetoras e isolantes do tecido pulpar. isso ocorre devido a profundidade da penetração da luz ser diretamente proporcional ao comprimento de onda. Em comparação com outras fontes de luz, a luz violeta possui um menor comprimento de onda, penetrando menos, afetando menos negativamente a polpa, o que pode ser uma das razões para a diminuição da sensibilidade pós terapia clareadora (Bashkatov et al, 2007; Zanin, 2016; dos Santos et al, 2018)

No estudo de Gallinari et al. (2019), constatou-se que a luz LED violeta foi capaz de promover alteração cromática significativa nos elementos dentais quando utilizada de forma isolada, ou seja, sem a presença de nenhum peróxido, o que reforçaria a vantagem do emprego da técnica em pacientes com hipersensibilidade. O fabricante da fonte de luz instrui que a mesma deve ser utilizada de forma isolada por pacientes que relatam sensibilidade moderada a intensa. Já para pacientes com sensibilidade leve ou ausente, o LED violeta pode ser utilizado em associação com os géis clareadores de alta concentração, seja ele PC ou PH (MMOptics, 2017).

Apesar das potenciais vantagens, a aplicação do LED violeta na terapia clareadora ainda é recente, sendo um assunto pouco explorado na literatura. Sendo assim,

o objetivo dessa revisão de literatura foi reunir os achados importantes dos estudos publicados que abordam o uso do LED violeta em associação, ou não, com agentes clareadores e seu efeito sobre a alteração de cor e efeitos colaterais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conceitos gerais sobre clareamento dentário

O clareamento dental é o procedimento que altera o croma da estrutura dentária levando ao branqueamento dos dentes, sendo realizado através da remoção química das manchas presentes no esmalte dental (Carey, 2014). As manchas podem ser classificadas como intrínsecas e extrínsecas. As extrínsecas são de fácil remoção, pois estão localizadas superficialmente no esmalte, decorrentes de alimentos com corantes, fumo e tabaco, bebidas como vinho tinto e café, alguns medicamentos e da placa bacteriana. Já as intrínsecas são removidas com mais dificuldade por estarem incorporadas à estrutura do dente, podendo ser classificadas como adquiridas, causadas por tratamentos endodônticos, traumas dentários; e congênitas, consequentes da fluorose dental, amelogênese imperfeita, hipoplasia do esmalte dentre outros (Penha et al., 2015).

Este tratamento consiste no processo da quebra das ligações duplas dos cromógenos, que estão presentes como compostos orgânicos e que são responsáveis pela pigmentação dentária, havendo sua oxidação através da difusão dos géis à base de peróxido de hidrogênio e carbamida na estrutura dental, promovendo um sorriso mais branco (Carey, 2014).

O clareamento dental pode ser realizado tanto no consultório como em casa, e também combinando ambas as técnicas. Na técnica caseira supervisionada, é comumente prescrito pelos Cirurgiões-dentistas o peróxido de carbamida nas concentrações de 10 a 22% e peróxido de hidrogênio de 3 a 10% em moldeiras individualizadas para o paciente, onde o tempo de uso é inversamente proporcional à concentração do gel clareador. A técnica caseira possui grandes vantagens como menor risco de sensibilidade dental, menor custo, menos idas ao consultório, porém é necessário maior comprometimento e disciplina do paciente, devido ao maior tempo de tratamento e ao uso das moldeiras em casa (Chemin et al., 2018).

O clareamento de consultório é realizado rapidamente e em poucas sessões, devido à utilização de altas concentrações do peróxido de hidrogênio (35 a 40%), por isso é necessário o uso de barreiras gengivais para proteção e isolamento dos tecidos moles bucais (Riehl et al., 2008). Nessa técnica, a responsabilidade é do Cirurgião-dentista, pois é ele quem controla a execução do procedimento e a quantidade

de gel a ser utilizada no local; e possui vantagens como menor tempo de aplicação em relação à técnica caseira e resultados mais rápidos e imediatos. Contudo, esta técnica requer maior tempo de atendimento clínico e necessita de barreira gengival fotopolimerizável, além da maior suscetibilidade de desenvolver sensibilidade dental de maior intensidade e o maior custo para o paciente (Conceição, 2018).

Na última década, esse procedimento vem sendo cada vez mais procurado devido ao crescimento da busca pela estética, além de ser uma opção conservadora e minimamente invasiva para atingir resultados satisfatórios, pois não ocorre desgaste da estrutura dentária como nas restaurações indiretas, coroas totais, facetas e os laminados cerâmicos (Cardoso *et al.*, 2011).

2.2 Efeitos adversos dos géis clareadores

O clareamento dos dentes aumenta a autoestima dos pacientes e consequentemente sua qualidade de vida, porém pode provocar efeitos colaterais indesejados, como a hipersensibilidade dentinária, que ocorre na grande maioria dos pacientes (Fiorillo *et al.*, 2019).

A hipersensibilidade dentinária é o efeito adverso mais relatado entre os pacientes e costuma não ser duradoura. Possui variáveis que influenciam em sua intensidade, como o tipo e concentração do produto, tempo de exposição e características pessoais do paciente que devem ser analisadas pelo Cirurgião-dentista para individualização do tratamento. Tal efeito, se origina a partir da alta concentração de peróxido e seus radicais livres circulantes no substrato dental que atingem a polpa através dos túbulos dentinários. Além da sensibilidade, a irritação gengival também é causada pelo peróxido quando em contato com a mucosa oral. Por isso é de grande importância a utilização de barreiras gengivais para proteção dos tecidos moles bucais (Almeida *et al.*, 2021).

As altas concentrações do peróxido de hidrogênio (PH) no clareamento de consultório liberam grandes quantidades de radicais livres de oxigênio, agilizando o processo de branqueamento. Porém, o PH nessa intensidade tem potencial de quebrar o carbono presente nas proteínas do esmalte e da dentina, diminuindo o módulo de elasticidade, tenacidade e microdureza do dente (Brugnara *et al.* 2020). Estudos mostram que após a técnica clareadora, a superfície do esmalte sofre alterações como a ocorrência de erosões e porosidade do esmalte, comprometendo a estrutura física do dente, além das mudanças na composição do conteúdo orgânico e inorgânico, como cálcio e fósforo (Pinheiro e Cardoso, 2011; Xu *et al.*, 2011).

Em um estudo feito por Yami et al. (2020), foram avaliadas as propriedades nanomecânicas da superfície do esmalte dentário usando produtos clareadores utilizados em clareamentos caseiros e de consultório. Foi concluído que os dentes submetidos ao tratamento com PH a 40% aplicado duas vezes por 20 minutos, com um intervalo de 20 minutos entre as duas aplicações, demonstraram valores de nanodureza média significativamente reduzidos, rugosidade superficial considerável e menor valor no módulo de elasticidade.

As alterações de dureza de superfície estão relacionadas à perda ou ganho de minerais. Segundo Omar et al (2019), essas alterações estão intimamente associadas com o pH do agente clareador. Assim, quanto mais neutro o pH, menos severas serão as consequências topográficas. Portanto, quando for utilizado um gel clareador de pH mais baixo, este deverá ser aplicado por um tempo menor do que um gel de pH neutro (Balladares et al, 2019). Estudos *in vitro* também demonstraram que, com relação aos danos pulpar, quanto maior a concentração, maior o efeito deletério nesse tecido (Lima et al, 2017).

Vários estudos relatam que géis clareadores com concentrações acima de 30% resultaram em maior grau de hipersensibilidade dentinária, quando comparados a técnicas realizadas com uma menor concentração (De la Pena & Raton, 2014; Rezende et al, 2016; Mounika et al, 2018). Aparentemente, o uso de PC em alta concentração ocasiona menor efeito negativo sobre a superfície dental, quando comparado ao PH também em alta concentração (Peixoto et al, 2018). Pesquisadores buscam desenvolver novos protocolos, ferramentas e/ou produtos que minimizem esses efeitos deletérios que podem ser provocados pela terapia clareadora, sem reduzir sua eficácia.

2.3 Inovações no clareamento de consultório

Ao longo dos anos, vários estudos foram feitos incorporando novas substâncias aos géis clareadores com o intuito de avaliar seus benefícios e malefícios, visando reduzir seus efeitos colaterais e os danos à estrutura dental.

O componente majoritário presente na estrutura do esmalte e dentina é a hidroxiapatita ($\text{Ca}_5(\text{PO}_4)_3(\text{OH})$), onde os íons cálcio (Ca^{+2}) e fosfato (PO_4^{-3}) são os responsáveis pelos processos de desmineralização e remineralização do dente, que é influenciado por diversos fatores, tanto fisiológicos quanto externos, como pH, fluidos orais, uso de dentifrícios, e procedimentos como o clareamento dental. Portanto, vários estudos são realizados sobre a bioatividade desses íons através de sua

introdução em materiais dentários, buscando a contenção da perda mineral da estrutura dental (Balhaddad et al., 2019).

Pinheiro (2011) analisou em seu estudo a influência de géis clareadores convencionais e de um gel com propriedades remineralizantes (contendo íons cálcio e fosfato) sobre a microdureza e morfologia do esmalte e dentina. Os resultados demonstraram que o uso do gel remineralizante não alterou a microdureza superficial e a morfologia do esmalte e dentina após o clareamento, ao contrário dos géis convencionais que afetaram negativamente ambas as variáveis comparadas.

Santos et al. (2015) demonstraram a capacidade dos elementos flúor e, principalmente o cálcio, de diminuir a suscetibilidade à erosão do esmalte clareado. Os resultados obtidos indicaram que 14 dias após realização do clareamento, o gel de peróxido de hidrogênio (PH) que continha cálcio, flúor ou cálcio/fluoreto minimizou a perda de esmalte após sua exposição à bebidas ácidas quando comparado ao PH sem adição de nenhum agente remineralizante. A junção do gel de PH com o cálcio se mostrou a mais eficaz em reduzir os danos aos tecidos dentais. Nesse estudo, também foi testada a utilização de uma pasta de nano-hidroxiapatita no esmalte clareado devido às suas propriedades de remineralização através do fornecimento de íons cálcio, flúor e fosfato; sendo sua penetração potencializada pelo tamanho nano. Porém, no presente estudo, o uso da pasta de nano-hidroxiapatita não forneceu proteção contra a erosão do esmalte clareado.

Chen et al. (2008) evidenciou que, devido às suas propriedades de resistência à ácidos em dentes desmineralizados e obliteração dos túbulos dentinários, diminuindo a sensibilidade dental, a incorporação do flúor ao gel clareador reduz a solubilidade do esmalte e consequentemente diminui a desmineralização. Isto pode levar a uma redução significativamente menor na taxa de microdureza do esmalte se comparado aos géis clareadores que não possuem o flúor em sua composição, além de não interferir no resultado final da cor (Chen et al., 2008).

O pH é um fator importante durante o clareamento dental, podendo influenciar em vários fatores como a eficácia do clareamento, e alterações na morfologia do esmalte. O esmalte dentário, quando exposto prolongadamente à pH ácidos (<5,2), possui grande risco de desmineralização, erosão e reabsorção radicular. Quando demasiadamente alcalino (>7), o pH também oferece riscos como a degradação da matéria orgânica (proteínas) que são os maiores constituintes responsáveis pela proteção da superfície do elemento dental através da formação de sua película protetora, além de tornar o dente mais suscetível à ataques ácidos. Géis clareadores com pH neutro são mais desejáveis em comparação com os de pH ácido e alcalino,

pois promovem um maior efeito clareador com menor alteração na estrutura dental (Alkahtani et al., 2020).

Um estudo feito por Mendonça et al. (2021) demonstrou que, ao decorrer do clareamento, 3 de 6 géis analisados apresentaram tendência à acidificação desde o início de sua aplicação no esmalte, enquanto o restante manteve um pH estável. Notou-se que as informações fornecidas pelo fabricante não condiziam com os achados *in vitro*, reforçando a necessidade do controle durante o procedimento e de indicações corretas pelo cirurgião dentista a fim de evitar efeitos indesejáveis como a sensibilidade e aumento da porosidade dental.

O pH do gel de peróxido de hidrogênio (PH) quando neutro/alcalino tende a penetrar em menor quantidade na câmara pulpar de dentes submetidos ao clareamento de consultório, independente da técnica aplicada, quando comparado ao PH ácido que pode trazer mais danos e injúrias à polpa (Balladares et al., 2019).

2.4 Uso de energias luminosas associadas ao protocolo clareador

Na busca de simplificar e aprimorar ainda mais a prática de clareamento dental, foram introduzidas as energias luminosas, que passaram a ser utilizadas visando a catalisação da reação química tanto em dentes polpados quanto despolpados e, consequentemente, a diminuição do tempo operatório. Entre elas podemos destacar a luz LED violeta. (Urtobia, 2021).

A fotólise é o processo utilizado pelas fontes luminosas durante o clareamento, ao ser emitida, a luz é absorvida e convertida em calor. Esse processo acelera a dissociação do peróxido em radicais livres facilitando a penetração no esmalte dental para a oxidação de moléculas orgânicas complexas, dessa forma, permitindo uma taxa maior de clareamento. O tempo de exposição dessa técnica deve ser levado em conta assim como, alguns outros fatores paralelos, dentre eles: potência, comprimento da onda, distância até o dente e presença de agentes indesejados que desfavorecem a reação (Benetti et al., 2017).

A luz LED violeta é considerada uma alternativa eficiente entre os vários tipos de energias luminosas, devido ao seu comprimento de onda (405-410 nm) que coincide com o pico de absorção das moléculas orgânicas que são fotossensíveis e altamente reativas nesse intervalo de onda, sendo capaz de quebrar as macromoléculas em menores reduzindo a pigmentação dentária mesmo na ausência de géis à base de peróxido, proporcionando um clareamento efetivo (Daltro et al., 2020).

Brugnera et al. (2020) demonstrou em seu estudo a eficácia do diodo emissor de luz violeta associado ao peróxido de carbamida (PC) a 35%. Em seus achados, o uso concomitante do PC com a luz LED teve eficácia significativamente maior no clareamento dos dentes comparado ao uso solo do peróxido, além da avaliação de satisfação dos pacientes em relação ao resultado final ter sido positivamente maior.

No estudo de Kury et al. (2020), foi avaliado o efeito da luz LED violeta no clareamento de consultório associado ou não ao peróxido de hidrogênio (PH) 35% e ao peróxido de carbamida (PC) 37%. O clareamento apenas com a luz LED obteve menor índice de clareamento, contudo demonstrou maior eficácia nos resultados quando em conjunto com o PH. O uso simultâneo do LED violeta/PC apontou resultados estéticos semelhantes ao PH, porém com índices de sensibilidade dentária reduzidos. Foi visto que nenhum dos protocolos prejudicou o conteúdo mineral do dente.

Fernandes et al. (2021) avaliou em seus estudos *in vitro* a cor do esmalte clareando com o LED violeta associado ou não com baixas concentrações do peróxido após 24h e após 6 meses da realização do tratamento. Os resultados indicaram que o uso apenas da luz nas primeiras 24h obteve maior eficácia no clareamento, sem afetar a morfologia do esmalte. Contudo, os resultados após 6 meses indicaram maior estabilidade e eficácia da cor no protocolo da luz LED violeta em conjunto com o peróxido de carbamida 22%.

3 METODOLOGIA

Foi realizada a busca dos artigos através de acervos eletrônicos como Pubmed/Medline e SCIELO, utilizando as palavras-chaves: “clareamento dental”, “led violeta” e “esmalte dentário”. Foram selecionados 15 artigos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Ensaios clínicos randomizados, artigos de revisões sistemáticas e meta-análises e estudos *in vitro* que associaram os efeitos do clareamento dental com LED violeta associado, ou não, com géis clareadores. Além disso, também foram incluídos artigos que não abordaram o uso do LED com a finalidade de compor a revisão de literatura. Não houve restrição de data ou de idiomas para a seleção dos artigos. Foram excluídos resumos apresentados em congressos, notícias e cartas ao editor.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As energias luminosas começaram a ser incorporadas na terapia clareadora no início do século XX, com a finalidade de aumentar a temperatura do agente clareador, para acelerar a reação do peróxido (Joiner, 2006). Desde essa época, percebe-se

uma dedicação dos pesquisadores para determinar qual a melhor forma de empregar a luz no clareamento, sem promover efeitos negativos na superfície do esmalte e na polpa.

Estudos anteriores associaram a fonte luminosa com um gel clareador experimental contendo PH a 15% e partículas de óxido de titânio e nitrogênio (TiO_2-N) e demonstraram que houve uma menor taxa de sensibilidade e a mesma eficácia do clareamento quando o gel de PH a 15% foi emprego em associação a luz, quando em comparação com o uso do PH a 35%. Isso ocorre pois os autores formularam o gel experimental contendo partículas de óxido de titânio e nitrogênio (TiO_2-N) juntamente com o peróxido, assim, as partículas utilizadas foram capazes de promover uma redução na concentração mantendo a eficácia do clareamento, pois os picos de absorbância dessas partículas possuem os mesmos comprimentos de onda do equipamento de luz. (Kishi et al, 2021; Martin et al. 2013 e Bortolatto et al., 2014).

Com relação ao efeito clínico da luz LED violeta em associação com o clareamento de consultório, pode-se se dizer que o uso do LED com géis de concentrações mais baixas produz um efeito equiparado ao uso de concentrações mais altas, promovendo, inclusive, uma menor sensibilidade (Kury et al, 2020). Já quando se trata do uso da luz de LED utilizada de forma isolada, há controvérsias. Encontra-se na literatura atual, estudos que obtiveram resultados satisfatórios, quanto a alteração de cor, na utilização do LED sem a associação com o peróxido (Daltro et al, 2020; Fernandes et al, 2020; Sobral et al, 2021). Entretanto, outros estudos relatam que o efeito do clareamento da luz de LED quando utilizada isoladamente, sem a presença do gel, tem certo potencial clareador, porém não obtém valores de variação de cor próximos ao protocolo LED + gel clareador (Kury et al, 2020)

Com relação a associação do LED aos géis de PH em alta concentração, em especial o 35%, a luz não influencia na eficácia do clareamento, obtendo o mesmo efeito do uso apenas do gel após 3 sessões (Daltro et al, 2020). Uma vantagem dessa associação, pode estar relacionada a diminuição da hipersensibilidade dentinária, o que pode ser explicado pois a utilização do LED permite diminuir o tempo do clareamento dental, reduzindo a duração de contato do gel com a superfície dentária (Santos et al, 2018; Almeida et al, 2019; Daltro et al, 2020; Sobral et al, 2021)

Considerando o uso da luz de LED associada com o Peróxido de Carbamida na forma de clareamento caseiro, alguns estudos abordam que a luz de LED promove um efeito positivo na alteração de cor quando associada ao PC a 10%, entretanto, nesses estudos, o uso desse protocolo tornou os dentes mais sensíveis (Gallinari et al, 2020; Fernandes et al, 2020). Comparando as concentrações indicadas para

o clareamento caseiro, a luz de LED parece ser mais eficaz quando associada ao PC a 10% do que associada ao PC a 22%, entretanto, este último demonstra uma maior estabilidade de cor a longo prazo, quando comparado ao uso da luz de LED isoladamente. Já com relação a eficácia do gel de concentração 16%, alguns estudos abordaram que o mesmo não parece ser influenciado pela luz de LED. (Fernandes et al, 2020; Daltro et al, 2020; Oliveira et al, 2021). Entretanto, pela quantidade de estudos disponíveis na literatura, essas informações ainda não estão sedimentadas, necessitando de mais pesquisas sobre a associação do LED com o gel de baixa concentração.

Em relação à associação do LED com PC em alta concentração, sob a forma de clareamento de consultório, o protocolo LED + PC a 35% e LED + PC a 37% obtém resultados semelhantes ao uso do LED + PH a 35%, promovendo igual eficácia clareadora, entretanto, os protocolos com PC promovem menor sensibilidade pós procedimento (Brugnera et al, 2019; Kury et al, 2020; Santos et al. 2021). A literatura não apresenta um consenso sobre o protocolo ideal, entretanto existe uma maior quantidade de estudos abordando resultados positivos da associação da luz de LED violeta com géis de alta concentração, seja ele Peróxido de Carbamida ou Peróxido de Hidrogênio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comparando os protocolos avaliados, pode-se concluir que não há um consenso sobre qual o ideal. Entretanto, observa-se que é mais comum encontrar artigos demonstrando resultados positivos da luz de LED associada com géis de alta concentração em termos de alteração de cor. Com relação ao LED utilizado isoladamente, o mesmo demonstrou possuir certo efeito na alteração de cor, mesmo obtendo resultados inferiores ao protocolo associado com o gel. Alguns estudos associando o uso do LED com géis de baixa concentração na forma de clareamento caseiro, foram encontrados, não podendo se configurar como um protocolo de efeitos sedimentados na literatura. Dessa maneira, são necessários mais estudos para assegurar um protocolo ideal para a terapia clareadora associada à luz de LED violeta, tanto abordando géis de alta concentração, como também os de baixa concentração na forma de clareamento supervisionado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. N. M., BESEGATO, J. F., SANTOS, D. D. L., RASTELLI, A. N.S , & BAGNATO V.S. (2019). Violet LED for non-vital tooth bleaching as a new approach. Photodiagnosis and Photodynamic Therapy. doi:10.1016/j.pdpdt.2019.08.024 .

ALMEIDA, F.S.O, et al. Controle da sensibilidade dentaria associada ao clareamento dental: relato de caso. Archives of health investigation, v. 10, n. 1, p. 94-99, 2021

BALLADARES, L. et al. (2019). Effects of pH and Application Technique of In-office Bleaching Gels on Hydrogen Peroxide Penetration into the Pulp Chamber. Oper Dent, 44(6): 659-667

BARBOZA A.C.S; SANTOS P.H; VALE R.L; GALLINARI M; ASSMAN A.; VIDAM, C.M.P; BRISO A. (2021). Dental bleaching with violet LED: Effects on dentin color change, resin-dentin bond strength, hybrid layer nanohardness and dentinal collagen biostability. Photodiagnosis and Photodynamic Therapy, 33, 102141. doi:10.1016/j.pdpdt.2020.102141.

BARBIERI, G.; MOTA, E. G.; RODRIGUES-KR, S. A.; BURNETT-JR, H. Effect of whitening dentifrices on the surface roughness of commercial composites. J Esthet Restor Dent. 2011.p. 158 - 168 23: 338-46

BASHKATOV A.N., GENINA E.A., KOCHUBEY V.I, et al. Optical properties of human stomach mucosa in the spectral range from 400 to 2000nm: Prognosis for gastroenterology. Med Las Ap 2007;22:95-104

BISPO L.P. Clareadores dentários contemporâneos : tópicos. Rev Odontol Univ. 2018;30:177-189.

BORTOLATTO J.F, PRETEL G., FLOROS A.C, LUIZZI A.A; DANTAS E.; FERNANDEZ, G. MONCADA O.B; OLIVEIRA J.R. Low concentration H₂O₂/TiO₂ in office bleaching: a randomized clinical trial, J. Dent. Res. 93 (7 Suppl) (2014) 66S-671S, <http://dx.doi.org/10.1177/0022034514537466>

BRUGNERA A.P. et al. Clinical Evaluation of In-Office Dental Bleaching Using a Violet LED. Photobiomodulation, Photomedicine, Laser Surg. 2019;XX: 1-7. 10.1089/photob.2018.4567

BRUGNERA, A. P.; NAMMOUR, S.; RODRIGUES, J. A.; SANTOS, M. E.; FREITAS, P. M.; JUNIOR, A. B.; ZANIN, F. Fotobiomodulação, Fotomedicina e Cirurgia a Laser. Fevereiro de 2020. 98-104.<http://doi.org/10.1089/photob.2018.4567>.

BUCHALLA W, & ATTIN T (2007) External bleaching therapy with activation by heat, light or laser: a systematic review Dental Materials 23(5) 586-596.

CARDOSO, P. C .; et al. Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: estratégias para dentes escurecidos. Revista Odontológica do Brasil Central, v. 20, n. 55, 2011.

CAREY, C. M. "Tooth whitening: what we now know." The journal of evidence-based dental practice". vol. 14 Suppl (2014): 70-6. doi:10.1016/j.jebdp.2014.02.006.

CAVALLI V, ARRAIS CA, GIANNINI M, & AMBROSANO GM. High-concentrated carbamide peroxide bleaching agents effects on enamel surface. *Journal of Oral Rehabilitation* 31(2) 155-159. 2004.

CHEMIN, K.; et al. "Effectiveness of and Dental Sensitivity to At-home Bleaching With 4% and 10% Hydrogen Peroxide: A Randomized, Triple-blind Clinical Trial." *Operative dentistry* vol. 43,3 (2018): 232-240. doi:10.2341/16-260-C.

CONCEIÇÃO, E. N. Dentística: saúde e estética. 3^a edição. São Paulo: Quintessence, 2018.

CVIKL B; LUSSI A; MORITZ A; FLURY S. Enamel surface changes after exposure to bleaching gels containing carbamide peroxide or hydrogen peroxide. *Operative Dentistry*, 2016, 41-1, E39-E47

DALTRO T.W.S; ALMEIDA S.A.G; DIAS M.F; LINS-FILHO P.C; SILVA C.H.V & GUIMARÃES R.P The influence of violet LED light on tooth bleaching protocols: in vitro study of bleaching effectiveness. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*, 102052. doi:10.1016/j.pdpdt.2020.102052.

DE LA PENA V.A., RATON M.L, Randomized clinical trial on the efficacy and safety of four professional at-home tooth whitening gels, *Oper. Dent.* 39 (2014) 136–143, <https://doi.org/10.2341/12-402-c>.

EFEOGLU N., WOOD D.J, & EFEOGLU C. Thirty-five percent carbamide peroxide application causes in vitro demineralization of enamel. *Dental Materials* 23(7) 900-904 (2007)

FERNANDES B.M., TANAKA M.H., DE OLIVEIRA A.L.B.M., SCATOLIN R.S., Color Stability of Dental Enamel Bleached with Violet LED Associated with or Without Low Concentration Peroxide Gels, *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.pdpdt.2020.102101>

FIORILLO, L .; LAINO, L .; De STEFANO, R .; D'AMICO, C .; BOCCHIERI, S .; AMOROSO, G .; ISOLA, G .; CERVINO, G. Géis de clareamento dental: pontos fortes e fracos de um método cada vez mais usado. *Gels* 2019 , 5 ,35. <https://doi.org/10.3390/gels5030035>.

GALLINARI M.; CINTRA L.T.A; BARBOZA A.C.S; SILVA L.M.A.V; ALCANTARA D; SANTOS P.H; BRISO A. (2020). Evaluation of the color change and tooth sensitivity in treatments that associate LED Violet with carbamide peroxide 10%: a randomized clinical trial of a split-mouth design. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*, 101679. doi:10.1016/j.pdpdt.2020.101679.

GALLINARI M.; FAGUNDES T.; SILVA L; SOUZA M.A; BARBOZA A; BRISO A. A New Approach for Dental Bleaching Using Violet Light With or Without the Use of

Whitening Gel: Study of Bleaching Effectiveness. Operative Dentistry. doi:10.2341/
17-257-1.

GALLINARI M de, L.T.A. CINTRA, A. SOUZA M.B. de, A.C.S. BARBOZA, L.M.B. ESTEVES, T. C. FAGUNDES, et al., Clinical analysis of color change and tooth sensitivity to violet LED during bleaching treatment: a case series with split-mouth design, Photodiagnosis Photodyn. Ther. 27 (2019) 59–65

GOLDBERG M; GROOTVELD M; LYNCH E. Underirable and adverse effects od tooth-whitening products: a review. Clin Oral Invest (2010) 14:1-10

GROBLER S.R., HAYWARD R., WIESE S., MOOLA M.H., & KOTZE T.J. Spectro-photometric assessment of the effectiveness of Opalescence PF 10%: A 14-month clinical study. Journal of Dentistry 38(2) 113-117. (2010)

JOINER A. The bleaching of teeth: A review of the literature. J Dent. 2006;34:412–419

KURY, M. PERCHES,C. SILVA D.P; ANDRÉ C.B.; TABCHOURY C.P.M; GIANNINI M. & CAVALLI V. Color change, diffusion of hydrogen peroxide, and enamel morphology after in-office bleaching with violet light or nonthermal atmospheric plasma: An in vitro study. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. doi:10.1111/jerd.12556.

KURY M.; WADA, E.E; PALANDI, S.S; PICOLO M.Z.D; GIANNINI M.; CAVALLI V. (2021). Colorimetric evaluation after in-office tooth bleaching with violet LED: 6- and 12-month follow-ups of a randomized clinical trial. Clinical Oral Investigations. doi:10.1007/s00784-021-04062-9.

KURY M, et al “Characterization and effectiveness of a violet LED light for in-office whitening.” Clinical oral investigations, 10.1007/s00784-021-04357-x. 10 Jan. 2022, doi:10.1007/s00784-021-04357-x.

KISHI A; OTSUKI M; SADR A; MASAOMI I; TAGAMI J. Effect of light units on tooth bleaching with visible-light activating titanium dioxide photocatalyst. Dent Mater J 2011; 30(5): 723-729

KWON S.R, OYOYO U., & LI Y (2013) Effect of light activation on tooth whitening efficacy and hydrogen peroxide penetration: an in vitro study Journal of Dentistry 41(Supplement 3) e39-e45

LIMA S.N.L.; RIBEIRO I.S.; GRISSOTO M.A; FERNANDES E.S; HASS V.; TAVAREZ R.R.J; PINTO S.C.S; LIMA D.M; LOGUERCIO A.D; BANDECA M.C. Evaluation of several clinical parameters after bleaching with hydrogen peroxide at different concentrations: A randomized clinical trial, Journal of Dentistry, Volume 68,2018,Pages 91-97,ISSN 0300-5712, <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2017.11.008>.

LO GIUNDICE R.; PANTALEO G.; LIZIO A.; ROMEO U. CASTIELLO G.; SPAGNUOLO G. LO GIUNDICE G.G. Clinical and Spectrophotometric Evaluation

of LED and Laser Activated Teeth Bleaching. Open Dent J 2016;10:242-250. doi: 10.2174/1874210601610010242

MMOptics 2017 [Internet]. São Carlos: MMO; 2018 Available from: [Protocolos | MMO](#)

MARTIN, E. FERNANDEZ, V. BAHAMONDES A., WERNER K.; ELPHICK O.B; OLIVEIRA J.R; MONCADA G. Dentin hypersensitivity after teeth bleaching with in-office systems. Randomized clinical trial, Am. J. Dent. 26 (2013) 10-14.

MOUNIKA A; MANDAVA J; ROOPESH B; KARRI G. Avaliação clínica da mudança de cor e sensibilidade dentária com tratamentos de clareamento em consultório e em casa. Indian J Dent Res 2018; 29: 423-7

OLIVEIRA, P.H.C et al. "In Vitro Evaluation of the Effectiveness of Dental Bleaching with Carbamide Peroxide and Violet Light." Photobiomodulation, photomedicine, and laser surgery vol. 39,8 (2021): 535-543. doi:10.1089/photob.2020.4824.

OMAR, F. et al. Non prescription bleaching versus home bleaching with professional prescriptions: which one is safer? A comprehensive review of color changes and their side effects on human enamel. European Journal of Dentistry, v.13,n.4,p.589,2019

OZKAN et al. Effect of bleaching agentes and whitening dentifrices on the surface roughness of human teeth enamel. Acta Odontologica Scandinavica, 2013; 71: 488-497

PENHA, E. S.; et al. Avaliação de diferentes sistemas de clareamento dental de consultório. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, v. 20, n. 3, 2015.

PEIXOTO A.C et al. (2018). High-concentration carbamide peroxide can reduce the sensitivity caused by in-office tooth bleaching: a single-blinded randomized controlled trial. J Appl Oral Sci, 26: 1-10.

PINHEIRO H.B; CARDOSO P.E. Influence of five home whitening gels and a remineralizing gel on the enamel and dentin ultrastructure and hardness. American Journal of Dentistry, Vol 24, no 3, June, 2011

RASTELLI, A.N.S et al. "Violet LED with low concentration carbamide peroxide for dental bleaching: A case report." Photodiagnosis and photodynamic therapy vol. 23 (2018): 270-272. doi:10.1016/j.pdpdt.2018.06.021.

REZENDE, M.A.D; LOGUERCIO, S. KOSSATZ S.; REIS, A. Predictive factors on the efficacy and risk/intensity of tooth sensitivity of dental bleaching: a multi refression and logistic analysis. J. Dent. 45 (2016) 1-6

RIEHL, H.; CONCEIÇÃO, E. N.; FRANCCI, C. E.; COSTA, C. A. S.; RIBEIRO, A. P. D. Clareamento de dentes vitais e não vitais. Uma visão crítica. 1 ed., São Paulo: Editora Artes Médicas – Divisão Odontológica. 2008. p. 01-68.

RIEHL H.; NUNES M.F. As fontes de energia luminosa são necessárias na terapia de clareamento dental? eBook - 25º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo - 25º CIOSP 2007 (Disponível em: www.ciosp.com.br).

SANTOS, A.E.C.G et al., "Clinical evaluation of in-office tooth whitening with violet LED (405 nm): A double-blind randomized controlled clinical trial." Photodiagnosis and photodynamic therapy vol. 35 (2021): 102385. doi:10.1016/j.pdpdt.2021.102385.

SANTOS A.E.C.G; BUSSADORI S.K, PINTO M.M et al. Evaluation of in-office tooth whitening treatment with violet LED: protocol for a randomised controlled clinical trial. BMJ Open 2018;8:e021414. doi:10.1136/bmjopen-2017-021414

SOBRAL, M.F.P et al. "Longitudinal, Randomized, and Parallel Clinical Trial Comparing a Violet Light-Emitting Diodes System and In-Office Dental Bleaching: 6-Month Follow-Up." Photobiomodulation, photomedicine, and laser surgery vol. 39,6 (2021): 403-410. doi:10.1089/photob.2019.4764

SOSSAI N.; VERDINELLI E.C EC. Clareamento dental. Revista Saúde e Pesquisa. 2011;4: 425–436.

SUEMORI T.; KATO, J. NAKAZAWA, T. AKASHI G. IGARASHI A. HIRAI Y.; KUMAGAI Y.; KURATA H. Effects of light irradiation on bleaching by a 3.5% hydrogen peroxide solution containing titanium dioxide. Laser Phys 2008; 5: 379-383.

SURECK J., et al. Clareamento dental com luz led violeta: relato de caso. RGS 2017;17(2): 30-36

YAMI, A. A.; et al. "Effect of home and in-office bleaching systems on the nanomechanical properties of tooth enamel." The Saudi dental journal vol. 32,7 (2020): 343-348. doi:10.1016/j.sdentj.2019.10.007.

ZANIN F. Recent Advances in Dental Bleaching with Laser and LEDs. Photomed Laser Surg 2016;34:135-6.

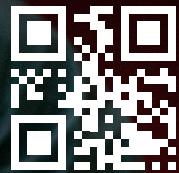
XU, B.; LI, Q.; WANG, Y. Effects of pH values of hydrogen peroxide bleaching agents on enamel surface properties. Oper Dent 2011;36:554-62



VOL 17

Pesquisas em temas de Ciências da Saúde

RFB Editora
Home Page: www.rfbeditora.com
Email: adm@rfbeditora.com
WhatsApp: 91 98885-7730
CNPJ: 39.242.488/0001-07
Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque Verde,
Belém - PA, 66635-110



VOL 17

Pesquisas em temas de Ciências da Saúde