

Aris Verdecia Peña  
Organizadora

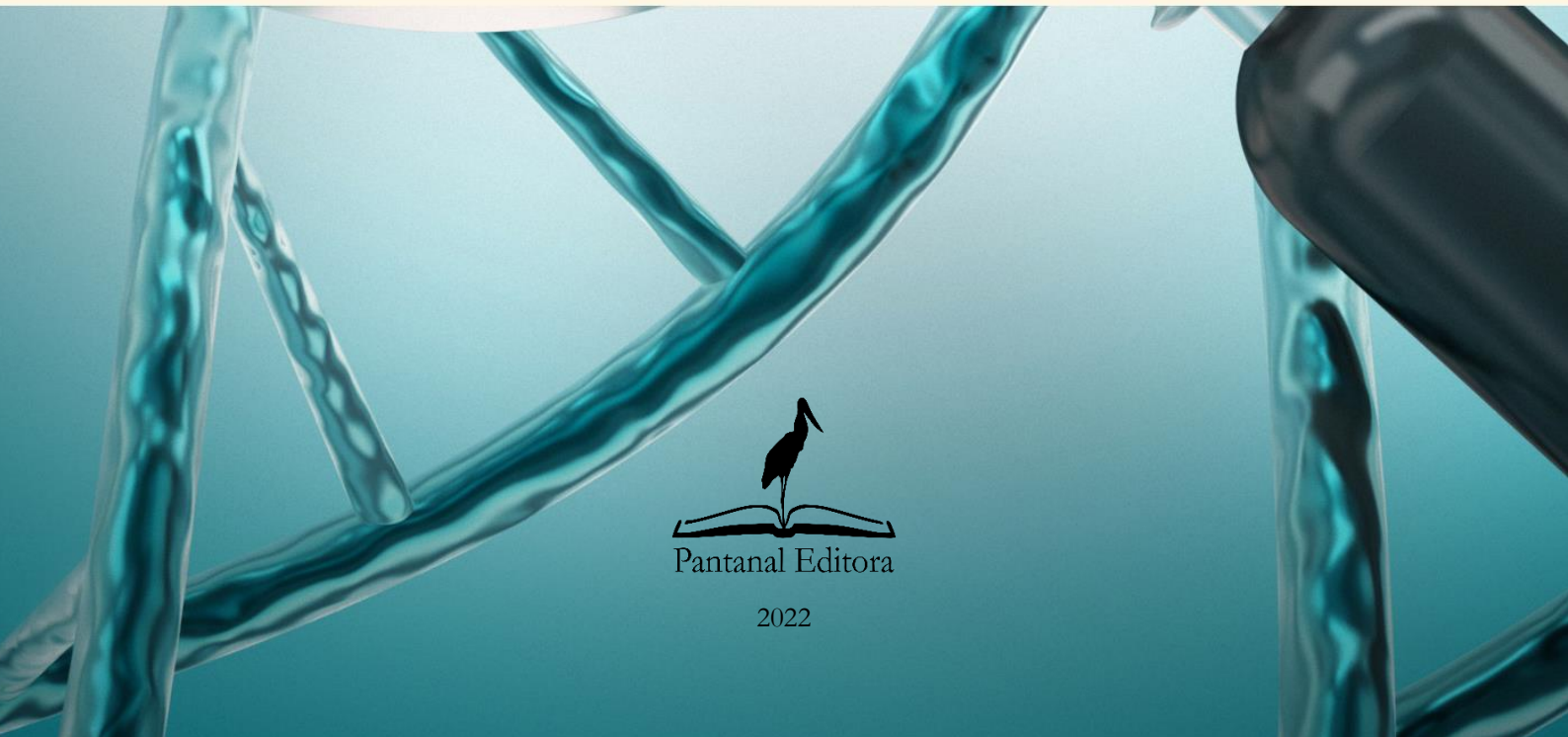
# TÓPICOS NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

VOLUME VIII



Pantanal Editora

2022



**Aris Verdecia Peña**  
Organizadora

**Tópicos nas ciências da saúde**  
**Volume VIII**



Pantanal Editora

2022

Copyright© Pantanal Editora

**Editor Chefe:** Prof. Dr. Alan Mario Zuffo

**Editores Executivos:** Prof. Dr. Jorge González Aguilera e Prof. Dr. Bruno Rodrigues de Oliveira

**Diagramação:** A editora. **Diagramação e Arte:** A editora. **Imagens de capa e contracapa:** Canva.com. **Revisão:** O(s) autor(es), organizador(es) e a editora.

### Conselho Editorial

#### Grau acadêmico e Nome

Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos  
Prof. Msc. Adriana Flávia Neu  
Prof. Dra. Allys Ferrer Dubois  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior  
Prof. Msc. Aris Verdecia Peña  
Prof. Arisleidis Chapman Verdecia  
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva  
Prof. Dr. Bruno Gomes de Araújo  
Prof. Dr. Caio Cesar Enside de Abreu  
Prof. Dr. Carlos Nick  
Prof. Dr. Claudio Silveira Maia  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos  
Prof. Dr. Cristiano Pereira da Silva  
Prof. Ma. Dayse Rodrigues dos Santos  
Prof. Msc. David Chacon Alvarez  
Prof. Dr. Denis Silva Nogueira  
Prof. Dra. Denise Silva Nogueira  
Prof. Dra. Dennyura Oliveira Galvão  
Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins  
Prof. Dr. Fábio Steiner  
Prof. Dr. Fabiano dos Santos Souza  
Prof. Dr. Gabriel Andres Tafur Gomez  
Prof. Dr. Hebert Hernán Soto Gonzáles  
Prof. Dr. Hudson do Vale de Oliveira  
Prof. Msc. Javier Revilla Armesto  
Prof. Msc. João Camilo Sevilla  
Prof. Dr. José Luis Soto Gonzales  
Prof. Dr. Julio Cezar Uzinski  
Prof. Msc. Lucas R. Oliveira  
Prof. Dra. Keyla Christina Almeida Portela  
Prof. Dr. Leandro Argentel-Martínez  
Prof. Msc. Lidiene Jaqueline de Souza Costa Marchesan  
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann  
Prof. Msc. Marcos Pisarski Júnior  
Prof. Dr. Marcos Pereira dos Santos  
Prof. Dr. Mario Rodrigo Esparza Mantilla  
Prof. Msc. Mary Jose Almeida Pereira  
Prof. Msc. Núbia Flávia Oliveira Mendes  
Prof. Msc. Nila Luciana Vilhena Madureira  
Prof. Dra. Patrícia Maurer  
Prof. Msc. Queila Pahim da Silva  
Prof. Dr. Rafael Chapman Auty  
Prof. Dr. Rafael Felipe Ratke  
Prof. Dr. Raphael Reis da Silva  
Prof. Dr. Renato Jaqueto Goes  
Prof. Dr. Ricardo Alves de Araújo (*In Memoriam*)  
Prof. Dra. Sylvana Karla da Silva de Lemos Santos  
Msc. Tayronne de Almeida Rodrigues  
Prof. Dr. Wéverson Lima Fonseca  
Prof. Msc. Wesclen Vilar Nogueira  
Prof. Dra. Yilan Fung Boix  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme

#### Instituição

OAB/PB  
Mun. Faxinal Soturno e Tupanciretã  
UO (Cuba)  
IF SUDESTE MG  
Facultad de Medicina (Cuba)  
ISCM (Cuba)  
UFESSPA  
UEA  
UNEMAT  
UFV  
AJES  
UFGD  
UEMS  
IFPA  
UNICENTRO  
IFMT  
UFMG  
URCA  
ISEPAM-FAETEC  
IFG  
UEMS  
UFF  
(Colômbia)  
UNAM (Peru)  
IFRR  
UCG (México)  
Mun. Rio de Janeiro  
UNMSM (Peru)  
UFMT  
Mun. de Chap. do Sul  
IFPR  
Tec-NM (México)  
Consultório em Santa Maria  
UFJF  
UEG  
FAQ  
UNAM (Peru)  
SEDUC/PA  
IFB  
IFPA  
UNIPAMPA  
IFB  
UO (Cuba)  
UFMS  
UFPI  
UFG  
UEMA  
IFB  
  
UFPI  
FURG  
UO (Cuba)  
UFT

Conselho Técnico Científico

- Esp. Joacir Mário Zuffo Júnior
- Esp. Maurício Amormino Júnior
- Lda. Rosalina Eufrausino Lustosa Zuffo

Ficha Catalográfica

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b> <b>(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
T674	Tópicos nas ciências da saúde [livro eletrônico] : volume VIII / Organizadora Aris Verdecia Peña. – Nova Xavantina, MT: Pantanal, 2022. 57p.
	Formato: PDF
	Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
	Modo de acesso: World Wide Web
	ISBN 978-65-81460-30-3
	DOI <a href="https://doi.org/10.46420/9786581460303">https://doi.org/10.46420/9786581460303</a>
	1. Ciências da saúde. 2. Condição clínica. 3. Prematuridade. I. Peña, Aris Verdecia.
	CDD 610
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	



Nossos e-books são de acesso público e gratuito e seu download e compartilhamento são permitidos, mas solicitamos que sejam dados os devidos créditos à Pantanal Editora e também aos organizadores e autores. Entretanto, não é permitida a utilização dos e-books para fins comerciais, exceto com autorização expressa dos autores com a concordância da Pantanal Editora.

**Pantanal Editora**

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000.  
Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil.  
Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp).  
<https://www.editorapantanal.com.br>  
[contato@editorapantanal.com.br](mailto:contato@editorapantanal.com.br)

## **Apresentação**

Cada vez que escrevemos o prólogo dos capítulos de saúde, percebemos o quanto devemos agradecer a todos os autores que dedicam horas de seu tempo e suas vidas todos os dias para escrever esses capítulos que mostramos e que você concorda com muito prazer, até agora em todos estes volumes de saúde quisemos transmitir a experiência de todos os nossos autores, as pesquisas que realizaram através das suas pesquisas, bem como um pouco da sabedoria popular que se refletiu em cada uma destas páginas. Neste novo livro você poderá aprender sobre a importância de revisar as listas pré-operatórias, poderá ler e conhecer a lista pré-operatória, a cirurgia que vai ser realizada e que vai atingir sucesso total, pois cada médico saberá o momento e a hora exatos; que cirurgia vai ser realizada, quais são os instrumentos que são usados, quais são os heróis que vão ter que desenvolver depois, também vamos ler um capítulo onde o trabalho vai ser visto na terapia intensiva do recém-nascido do enfermeiro a importância do seu dia-a-dia no trabalho com o seu médico de cuidados primários e assim garantir a saúde dos nossos pacientes.

Também poderemos conhecer a história da Amazônia, um lugar onde as novas tecnologias ainda não chegaram, mas não deixa de fazer parte do nosso propósito social como trabalhadores da saúde, cujo princípio básico deve ser: onde somos necessários; por mais distante e difícil que seja o acesso, é sempre nosso objetivo proporcionar saúde à nossa população.

**A organizadora**


## **Sumário**

<b>Apresentação</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo I</b>	<b>6</b>
Técnicas de fisioterapia respiratória nas unidades de terapia intensiva neonatal versus estabilidade clínica: revisão integrativa	6
<b>Capítulo II</b>	<b>19</b>
Saberes tradicionais e o sistema de saúde no interior do Amazonas: um diálogo possível?	19
<b>Capítulo III</b>	<b>27</b>
Atenção farmacêutica no enfrentamento da covid: atuação profissional em Farmácia	27
<b>Capítulo IV</b>	<b>35</b>
A importância da enfermagem com o paciente renal crônico em tratamento conservador	35
<b>Capítulo V</b>	<b>47</b>
Segurança do paciente: a importância e a efetividade do checklist de cirurgia segura	47
<b>Índice Remissivo</b>	<b>56</b>
<b>Sobre a organizadora</b>	<b>57</b>

# Técnicas de fisioterapia respiratória nas unidades de terapia intensiva neonatal versus estabilidade clínica: revisão integrativa

Recebido em: 18/12/2021


Aceito em: 20/01/2021


 10.46420/9786581460303cap1


Cesario Rui Callou Filho<sup>1\*</sup> 

Tainah Carvalho Martins<sup>2</sup> 


Yara Pessoa Soares<sup>3</sup> 

Raissa Magalhães de Almeida<sup>4</sup> 

Juliana Pinto Montenegro<sup>5</sup> 

Aline Barbosa Teixeira Martins<sup>6</sup> 

Ericka Hellen Silva Almeida<sup>7</sup> 

Erika Moura de Macedo Brasileiro<sup>8</sup> 

## INTRODUÇÃO

A Fisioterapia Respiratória é de grande importância para o tratamento de recém-nascidos (RN) submetidos à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN (Tavares et al., 2019). Tem sua atuação a partir do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas de disfunção respiratória, pois frequentemente, o acúmulo de secreções nas vias aéreas é uma das causas para a piora do quadro clínico. Suas técnicas são utilizadas como métodos eficazes para movimentação e remoção de secreções, melhora na depuração mucociliar e reexpansão das regiões pulmonares atelectasiadas (Lima et al., 2020).

O aumento da sobrevivência de RN com baixo peso e idade gestacional cada vez menor, fez com que houvesse uma elevação significativa do período de hospitalização desta população em questão (Leandro et al., 2020). Logo, estes fatores, podem estar associados principalmente à imaturidade pulmonar.

E, entre as doenças que mais acometem os RN, as de cunho respiratório prevalecem entre principais causas de internações, sua incidência e a gravidade encontram-se relacionadas à idade gestacional à presença da infecção materna, aos sinais de sofrimento fetal intraútero agudos e crônicos, ao uso do corticóide antenatal (Martin et al., 2017).

<sup>1</sup> Faculdade Vidal. Limoeiro do Norte-CE.

<sup>2</sup> Pós-graduação pelo Centro Universitário Estácio Ceara. Fortaleza-CE.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta Intensivista do Hospital Geral Waldemar de Alcântara; Preceptora do Estágio Hospitalar do Centro Universitário Estácio Ceará. Fortaleza-CE.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta Intensivista da UTI Pediátrica do Instituto Dr. Jose Frota; Docente do Centro Universitário Unichristus. Fortaleza-CE

<sup>5</sup> Docente do Centro Universitário UNIATENEU. Fortaleza-CE.

<sup>6</sup> Docente da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Fortaleza-CE.

<sup>7</sup> Fisioterapeuta do Instituto Dr. Jose Frota e acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Fortaleza-CE.

<sup>8</sup> Fisioterapeuta da Clínica Dr. Preciso em Fortaleza- CE

\* Autor correspondente: ruifisio@gmail.com



Por isso, se faz necessário uma maior atuação do profissional de Fisioterapia nas UTIN, especificamente, quanto a utilização do suporte ventilatório, recrutamento, expansão do pulmão e prevenção de consequências neuromotoras (Theis et al., 2016; Vasconcelos et al., 2011). Por isso, o êxito no tratamento intensivo, redução de tempo no hospital e maior chance de sobrevivência são entre tantos motivos que aumentam a permanência deste profissional na UTIN (Silva et al., 2021).

No contexto que se segue, o objetivo geral deste estudo, é buscar na literatura evidências científicas acerca das técnicas de Fisioterapia respiratória (TFR) mais frequentemente utilizadas nas UTIN que não altere as condições clínicas e coloque os RN em instabilidade clínica.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Para guiar esta revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: O que diz na literatura sobre as técnicas da Fisioterapia respiratória nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal sobre efeitos nos parâmetros cardiorrespiratórios e na instabilidade clínica?

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, na qual foi realizado um levantamento eletrônico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo direcionadas às bases de dados: Medical Literature *Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). E, para a elaboração do estudo, seguiram-se etapas metodológicas para a construção desse artigo, conforme descrito no Quadro 1.

Especificamente para busca dos artigos, foram utilizados descritores padrões em português do site Descritores em Ciências da Saúde (DESC): “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, “Terapia Respiratória”, “Fisioterapia”. E descritores em inglês do site Medical Subject Headings (MESH): “Intensive Care Units, Neonatal”, “Respiratory Therapy”, “Physical Therapy Specialty”. Associando entre si na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo o filtro: Disponível.

Como critérios de elegibilidade, foram incluídos os artigos que estavam disponíveis em textos completos e gratuitos, publicados em português ou inglês, que descrevessem a atuação da Fisioterapia Respiratória nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. A utilização da recomendação do site PRISMA foi guiada para análise dos artigos utilizados (Galvão et al., 2015).

E, como critérios de exclusão, adotou-se que os textos com descritores relacionados com o tema, porém, abordavam outro contexto, sem temática relevante e textos duplicados entre os sites de buscas. Por fim, aqueles foram selecionados da seguinte forma: leitura do título e resumo inicialmente, e em caso de interesse e relação com tema, o texto seguia para leitura na íntegra por pares, e um terceiro autor acionado em caso de dúvida.

Os achados dos artigos foram coletados no período de agosto a novembro de 2019. Na leitura minuciosa e interpretação dos resultados, foram elaboradas tabelas, que consideravam os seguintes aspectos: título, autoria, ano de publicação, objetivos, resultado alcançado e conclusão.

### **Quadro 1.** Etapas metodológicas para a construção do artigo.



<b>Objetivo</b>	Buscar na literatura, evidências científicas acerca das técnicas de Fisioterapia Respiratória nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
<b>Pergunta norteadora</b>	O que diz na literatura sobre a melhor técnica da Fisioterapia respiratória na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em quadros de patologias que geram disfunções pulmonares?
<b>Seleção dos artigos</b>	A avaliação os critérios de elegibilidade foi realizada pela leitura dos artigos na íntegra pelo autor.
<b>Crítérios de elegibilidade</b>	Inclusão: Artigos que estavam disponíveis em textos completos e gratuitos, publicados em português ou inglês, que descrevessem a atuação da Fisioterapia Respiratória nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
<b>Coleta de dados</b>	Foram coletadas as seguintes informações: Título do estudo, autor, ano de publicação, idioma, revista, objetivo do estudo, tipo do estudo, resultados e conclusão.
<b>Apresentação dos resultados</b>	De acordo com os delineamentos dos estudos incluídos na revisão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou em quatorze artigos. Destes, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, foram eleitos cinco artigos para leitura completa e descrição detalhada. Foi elaborada uma Tabela com os respectivos cruzamentos e os resultados (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos artigos encontrados para cada cruzamento de descritores nas diferentes bases de dados, artigos excluídos e incluídos.

Base de Dados	Cruzamento Palavras-Chave	Total de artigos obtidos	Artigos excluídos	Artigos incluídos
BVS	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Respiratória e Fisioterapia	20	14	6
Scielo	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Respiratória e Fisioterapia	4	1	3
Lilacs	Intensive care units, neonatal, respiratory therapy, physical therapy specialty	14	8	6
Medline	Intensive care units, neonatal, respiratory therapy, physical therapy specialty	3	2	1
Total				5*

\*Pela repetição dos artigos encontrados simultaneamente em duas ou mais bases de dados, totaliza-se cinco artigos a serem analisados na íntegra.

Após análise dos dados, os artigos selecionados foram organizados nas tabelas 2 e 3. Na tabela 2 os artigos são distribuídos de acordo com: título, autoria, ano de publicação, idioma e revista. Na tabela 3 os artigos são distribuídos e sintetizados de acordo com: objetivo do estudo, tipo de estudo, resultados e conclusão do artigo.

**Tabela 2.** Distribuição dos estudos de acordo com título, autoria, idioma e revista.

Nº do artigo	Título	Autores	Ano	Idioma	Revista
1	Fisioterapia respiratória no neonato estável em UTIN: comparação entre técnicas / Respiratorytherapyonstabl newborn in NICU: comparisonbetweentechniques	Martins, Renata; Silva, Maria Eduarda Merlin da; Honório, Gesilani Júlia da Silva; Paulin, Elaine; Schivinski, Camila I S.	2013	Português	Pediatria Moderna
2	Técnicas de fisioterapia respiratória: efeito nos parâmetros cardiorrespiratórios e na dor do neonato estável em UTIN / Respiratoryphysiotherapytechniques: theeffectoncardio- respiratoryparametersandpain in stablenewborns in neonatal intensiveware	Martins, Renata; Silva, Maria Eduarda Merlin da; Honorio, Gesilani Julia da Silva; Paulin, Elaine; Schivinski, Camila Isabel Santos. Roussenq, Kethlen Roberta; Scalco, Janaina Cristina; Rosa, George Jung; Honório, Gesilane Júlia da Silva; Schivinski, Camila Isabel Santos.	2013	Português	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
3	Reequilíbrio tóraco-abdominal em recém-nascidos prematuros: efeitos em parâmetros cardiorrespiratórios, no comportamento, na dor e no desconforto respiratório / Rebalancingthoracoabdominalmovements in pretermsinfants: effectsoncardiorespiratoryparameters, in behavior, in painand in therespiratoryeffort	George Jung; Honório, Gesilane Júlia da Silva; Schivinski, Camila Isabel Santos.	2013	Português	Acta Fisiátrica

Nº do artigo	Título	Autores	Ano	Idioma	Revista
4	Efeitos da fisioterapia neonatal sobre a frequência cardíaca em recém-nascidos pré-termos com doença pulmonar das membranas hialinas pós-reposição de surfactante exógeno / Effects of the neonatal physiotherapy in the heart rate in preterm infant with respiratory distress syndrome after replacement of exogenous surfactant therapeutic	Abreu, Luiz Carlos; Angheben, Juliana Mendes Moura; Braz, Patrícia Ferraz; Oliveira, Adriana Gonçalves de; Falcão, Mário Cícero; Saldiva, Paulo Hilário Nascimento. Ribeiro, Ivete	2006	Português	Arquivos Médicos do ABC
5	Fisioterapia em recém-nascidos com persistência do canal arterial e complicações pulmonares / Chest physical therapy in newborn infants with patent ductus arteriosus and pulmonary complications	Furtado; Melo, Ana Paula L. de; Davidson, Josy.	2008	Português	Revista Paulista de Pediatria

**Tabela 3.** Distribuição dos artigos de acordo com: objetivo do estudo, tipo de estudo, resultados e conclusão do artigo.

Nº do Artigo	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusão
1	Avaliar e comparar a intensidade da dor e parâmetros cardiorrespiratórios de RN em UTIN submetidos a duas diferentes TFR.	Ensaio clínico randomizado cego	Participaram 14 RN, 64,3% femininos e 57,1% pré-termo/muito baixo peso, média de idade gestacional $31,71 \pm 3,31$ semanas, idade $10,43 \pm 6,22$ dias e peso $1.695,71 \pm 540,46$ g, sem diferença significativa entre os grupos. Verificou-se queda estatisticamente significativa da frequência cardíaca nos dois grupos (G1: $T1 \times T3 = 147,14 \times 138,71$ / $p=0,042$ ; G2: $T1 \times T2 = 151,43 \times 139$ / $p=0,018$ e $T1 \times T3 = 151,43 \times 145,57$ / $p=0,046$ ) e não foi identificada presença de dor.	O grupo de RN internados em UTIN estudado e submetido a técnicas de fisioterapia respiratória (compressão torácica seguida de vibração mecânica e RTA) não apresentou dor nem instabilidade clínica.
2	Verificar os efeitos de técnicas de Fisioterapia respiratória (TFR) na dor e na função cardiorrespiratória de recém-nascidos (RN) clinicamente estáveis com prescrição de TFR, internados em UTIN.	Ensaio clínico randomizado cego	Participaram do estudo 60 RN, dos quais 56,7% eram do sexo feminino, 68,3% pré-termo/ muito baixo peso, com média de idade gestacional corrigida de $38,88 \pm 2,03$ semanas, idade de $13,22 \pm 7,37$ dias e peso de $1603,42 \pm 439,16$ gramas. Antes da intervenção, os grupos eram equivalentes quanto à presença de dor e parâmetros cardiorrespiratórios basais. Comparando os efeitos de cada um dos procedimentos, entre os grupos e no decorrer das três avaliações, não houve alterações significativas em nenhum dos parâmetros cardiorrespiratórios avaliados ( $p > 0,05$ ) e em relação à dor houve mudanças significativas nas escalas NIPS (G1 e G2, $p=0,037$ e $p=0,011$ , respectivamente) e PIPP (G2, $p=0,005$ ).	Técnicas de fisioterapia respiratória não desencadearam dor, nem instabilidade cardiorrespiratória nos RN estudados.

Nº do Artigo	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusão
3	Avaliar o efeito de manuseios do método de fisioterapêutico de Reequilíbrio Tóraco-Abdominal (RTA) em parâmetros cardiorrespiratórios, em sinais clínicos de esforço respiratório, no comportamento e na dor de recém-nascidos (RN) prematuros com baixo peso internados em unidade de terapia intensiva.	Ensaio clínico randomizado com avaliador cego.	Houve diminuição significativa da FR ( $54,08 \pm 8,34\text{rpm} \times 49,77 \pm 2,82 \text{rpm}$ , $p = 0,0277$ ) e do BSA ( $0,62 \pm 0,96 \times 0,00 \pm 0,60$ ; $p = 0,0431$ ) nos RN submetidos ao RTA. Também verificou-se menor pontuação na escala EPB do G2 em comparação ao G1 ( $1,00 \pm 0,00 \times 1,54 \pm 1,13$ , com $p = 0,0492$ ). As outras variáveis não diferiram entre os grupos.	Os RN prematuros de baixo peso submetidos aos manuseios do método RTA apresentaram redução da FR e do desconforto respiratório. Não houve prejuízo alteração no comportamento dos neonatos com a aplicação da técnica.
4	Analisar os efeitos da prática de fisioterapia neonatal sobre a FC em recém-nascidos pré-termos (RNPT) com DPMH, submetidos à reposição de surfactante exógeno.	Estudo intervencionista e prospectivo	Foi considerado o tratamento para cada recém-nascido e resumidos os dados como pré (primeiro dia de intervenção clínica) e pós (último dia de intervenção clínica), com a casuística de 44 recém-nascidos. Observou-se um comportamento linear decrescente entre a monitoração dos processos intervencionistas de Fisioterapia neonatal (PIFNs) pré e pós. Assim, inferiu-se que o PIFN demonstrou ser um procedimento com efetiva ação sobre a FC.	A fisioterapia neonatal demonstrou ser um procedimento terapêutico adequado ao tratamento de recém-nascidos pré-termos com acometimento da doença pulmonar das membranas hialinas, em ventilação mecânica e pós-reposição de surfactante pulmonar exógeno,

Nº do Artigo	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusão
5	Revisar as complicações pulmonares e intervenções fisioterapêuticas disponíveis para recém-nascidos com persistência do canal arterial (PCA).	Ensaio Teorico	A PCA é uma intercorrência frequente em recém-nascidos pré-termos, que pode se associar a complicações pulmonares, tais como, atelectasias, infecções pulmonares e falha na extubação, aumentando o tempo de ventilação mecânica e de internação na UTIN. Os recursos fisioterapêuticos visam melhorar as condições pulmonares, propiciando o aumento da complacência pulmonar e a diminuição da resistência de vias aéreas, além de otimizar o mecanismo de depuração mucociliar e, dessa forma, reduzir o trabalho respiratório.	contradizendo o esperado pela bibliografia, pois promoveu o declínio da frequência cardíaca, com conseqüente aumento da fase diastólica do ciclo cardíaco.  A fisioterapia respiratória contribui para melhorar a evolução dos neonatos com complicações pulmonares por persistência de canal arterial, permitindo otimizar a mecânica respiratória, além de melhorar a oxigenação e a relação ventilação/perfusão.

## DISCUSSÃO

Viu-se na literatura anterior que, a atuação do fisioterapeuta na UTIN pode prevenir e conduzir redução das complicações pulmonares, na manutenção das funções vitais, garantindo assim, um tratamento mais eficaz. E segundo o autor (Lanza et al., 2011), afirmou que algumas das técnicas não provocaram dor ou instabilidade.

Por isso, o papel desempenhado pelo fisioterapeuta nas UTIN é variável, mas na grande maioria das UTIN brasileiras o fisioterapeuta é responsável por manter a funcionalidade do paciente através da prevenção/tratamento de alterações osteomioarticulares e de complicações respiratórias, além da monitorização da mecânica respiratória e de trocas gasosas, manutenção da ventilação invasiva e não invasiva, precauções com a via aérea, desmame e extubação (Nunes et al., 2021).

Portanto, portanto pode-se imaginar que essas intervenções auxiliam na diminuição da mortalidade e morbidade dos RNs internados nas UTIN e cada vez mais a inserção do profissional fisioterapeuta se faz necessário na assistência multidisciplinar ao neonato.

Na composição dos resultados, dois estudos de 2013 abordaram a comparação das TFR e seus efeitos sobre dor, função cardiorrespiratória e instabilidade clínica. Um teve como critério de inclusão RNs sem suporte ventilatório e outro incluiu RNs com ou não suporte ventilatório. Ambos obtiveram o mesmo resultado.

O primeiro realizou um ensaio clínico randomizado e cego, no qual foram comparadas as TFR: Compressão torácica seguida de vibração mecânica (Fisioterapia convencional) e reequilíbrio toracoabdominal em 4 modalidades: Apoio toracoabdominal, apoio abdominal inferior, apoio ileocostal e ginga torácica. A fim de avaliar dor e instabilidade clínica como efeito imediato após as diferentes intervenções. Neste estudo, foram incluídos RN de até 28 dias, sem suporte ventilatório e com indicação clínica de tratamento fisioterapêutico. Estes foram separados em dois grupos, G1 (Fisioterapia convencional e G2 (Reequilíbrio toracoabdominal)

Todos os RN foram submetidos a apenas uma sessão de TFR, realizada pelo mesmo fisioterapeuta, com duração de 20 min, para avaliação dos efeitos imediatos de umas das duas diferentes intervenções. Os autores concluíram que os grupos de RN internados em UTIN submetidos as TFR, não apresentaram dor nem instabilidade clínica.

O segundo estudo, também realizou um ensaio clínico randomizado cego, com o objetivo de verificar os efeitos de TFR na dor e na função cardiorrespiratória de RN com até 28 dias de vida, clinicamente estáveis, que tivessem prescrição médica de fisioterapia respiratória, estando ou não em suporte ventilatório ou de oxigenioterapia, internados em unidades de terapia intensiva neonatal

Os RN foram alocados em três grupos: G1 - Grupo de controle, G2 - Fisioterapia Convencional e G3 - Reequilíbrio toracoabdominal. Os grupos G2 e G3 receberam intervenção em atendimento único. Todos foram avaliados antes, imediatamente após e 15 minutos após o término da intervenção, quanto aos parâmetros cardiorrespiratórios (Saturação periférica de oxigênio/SpO<sub>2</sub>, frequência cardíaca/fc e



frequência respiratória/fr) e parâmetros da dor através de escalas específicas, que não serão abordadas aqui, pois priorizamos os efeitos cardiorrespiratórios para compor os resultados do presente estudo (Rousseny et al., 2013).

Como concluído no estudo anterior, os autores deste estudo, também concluíram que as TFR não desencadearam instabilidade cardiorrespiratória nos RN quanto aos parâmetros avaliados e citados acima (Rousseny et al., 2013).

Outro estudo, também de 2013, realizou um ensaio clínico controlado, randomizado com avaliador cego, a fim de avaliar o efeito de manuseios do método fisioterapêutico de Reequilíbrio toracoabdominal em parâmetros cardiorrespiratórios, em sinais clínicos de esforço respiratório, no comportamento e na dor de RN prematuros internados em UTIN. Fizeram parte do estudo apenas RN pré-termos muito baixo peso (MBP) ou baixo peso (BP), podendo ser pequena para idade gestacional (PIG) ou adequada para idade gestacional (AIG), apresentando ou não síndrome do desconforto Respiratório com prescrição médica para receberem fisioterapia respiratória.

Os RN foram então randomizados em dois grupos: G1 – controle e G2 – intervenção. Foram verificados sinais de desconforto respiratório iniciais através da aplicação do Boletim de Silvemmann-Anderson (BSA). Foi concluído que os RN prematuros de baixo peso submetidos aos manuseios do método Reequilíbrio toracoabdominal apresentaram redução na frequência respiratória do desconforto respiratório. Não houve prejuízo no comportamento dos neonatos com a aplicação da técnica.

Este boletim considera a presença de cinco aspectos do desconforto respiratório: gemido expiratório, batimento de asa nasal, retração intercostal, retração esternal e respiração paradoxal e quantificação da presença de dor, através de escala específica

Apesar da dor não ser abordada com especificidade nesse estudo, os dois artigos acima que compuseram o quadro de resultados e abordaram a dor como um dos parâmetros de seus respectivos resultados, concluíram que as técnicas não desencadearam dor nos RNs internados em UTIN.

Estudos realizados na década de 90 do século passado, relatam efeitos deletérios da fisioterapia neonatal, pois sugere-se que o manuseio por procedimentos intervencionistas de fisioterapia em RNs, tem consequência na instabilidade hemodinâmica, sendo assim, contra-indicado (Selestrin et al., 2007).

Abreu et al. (2006) afirmou que verificou em seu estudo, resultado controverso. Contradizendo o esperado pela bibliografia, a fisioterapia neonatal demonstrou ser um procedimento terapêutico adequado ao tratamento de RNs pré-termos com acometimento da doença pulmonar das membranas hialinas, pois promoveu o declínio da frequência cardíaca, como consequente aumento da fase diastólica do ciclo cardíaco.

Viu-se que na população neonatal de um hospital específico, em um período de aproximadamente dois anos. A amostra foi constituída de RNs pré-termos, acometidos pela doença pulmonar das membranas hialinas, suporte ventilatório mecânico invasivo com cânula orotraqueal e tratados com surfactante exógeno. Esses RNs foram submetidos a três procedimentos de fisioterapia intervencionistas

de fisioterapia neonatal (PIFN), que são: Fisioterapia motora e fisioterapia respiratória associado à motora. Foi realizada monitoração para oximetria de pulso, imediatamente antes e após 2 minutos dos PIFN (Abreu et al., 2006).

Durante os procedimentos realizados, foi obtida uma redução gradativa da Frequência Cardíaca. Ao se comparar o primeiro PIFN com os demais, considerando os momentos de monitoração pré e pós PIFNs, todos os valores de reduzem, o que evidencia efeito clínico da intervenção fisioterapêutica

Em 2008, foi realizado um estudo de revisão integrativa, que aborda a fisioterapia em RNs com persistência do canal arterial (PCA) e complicações pulmonares. O artigo tem como objetivo revisar as complicações pulmonares e intervenções fisioterapêuticas disponíveis para RNs com PCA.

A respeito desse assunto é relatado que a Fisioterapia Respiratória contribuiu de forma importante na evolução de RN com PCA. Em longo prazo, o prognóstico da PCA está associado à presença de complicações pulmonares, destacando-se como as principais: atelectasias, infecções pulmonares de repetição e falhas na extubação, que levam ao aumento do tempo de ventilação mecânica e de internação hospitalar (Ribeiro et al., 2008; Capuruço; Mota, 2016).

Dentre as técnicas e medidas fisioterapêuticas que podem ser empregadas nos neonatos internados em UTIN, nas fases pré-operatórias e sem necessidade de tratamento cirúrgico, foram citadas: Posicionamento, relatando a posição prona e o decúbito lateral. Reequilíbrio toracoabdominal, em 3 modalidades: Apoio toracoabdominal, apoio abdominal inferior e alongamento posterior. Técnicas de higiene brônquica: Drenagem postural e/ou vibração mecânica manual. No período pós-operatório, foram citadas as seguintes TFR: Técnicas de reexpansão pulmonar, ressaltando: Insuflação pulmonar manual e direcionamento de fluxo. CPAP Nasal, sendo a estratégia ventilatória preferida para auxiliar no processo de retirada da ventilação pulmonar mecânica.

Os autores, Ribeiro et al. (2008) concluíram dessa forma, que a fisioterapia respiratória contribui de forma importante na evolução de RNs com tais complicações. Entretanto, na literatura, é visto que ainda existem poucos estudos mostrando as técnicas fisioterapêuticas com suas vantagens e desvantagens, sendo necessárias novas pesquisas sobre técnicas específicas em RNs.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a fisioterapia respiratória nas unidades de terapia intensiva neonatal, é de grande importância e garante um tratamento mais eficaz, minimizando complicações pulmonares, reduzindo o tempo de internação hospitalar e garantindo assim, uma futura qualidade de vida dos neonatos.

Dentre as técnicas usadas nas unidades de terapia intensiva neonatal, o Reequilíbrio toracoabdominal em até quatro modalidades, que tem como característica manuseios e apoio suaves, diferentes de outras técnicas fisioterapêuticas, aparece com maior frequência nos estudos e é realizado

em recém-nascidos de qualquer peso e idade gestacional, estando ou não em suporte ventilatório, com complicações pulmonares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Abreu LC et al. (2006). Efeitos da fisioterapia neonatal sobre a frequência cardíaca em recém-nascidos pré-termos com doença pulmonar das membranas hialinas pós-reposição de surfactante exógeno. *Arquivos Médicos do ABC*, 31(1): 5-11.
- Capuruço C, Mota C (2014). Patent ductus arteriosus in preterm infant: review of diagnosis and management. *Nascer e Crescer - Birth and Growth Medical Journal*, 23(4): 201–206.
- Galvão TF et al. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2): 335-342. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Lanza FC et al. (2010). A vibração torácica na fisioterapia respiratória de recém-nascidos causa dor? *Revista Paulista de Pediatria*, 28(1): 10-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000100003>
- Leandro NPL et al. (2020). Mortalidade hospitalar de recém-nascidos de muito baixo peso em uma maternidade terciária no município de Fortaleza–CE. *Revista de Medicina da UFC*, 60(3): 24-28. DOI: <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2020v60n3p24-28>
- Lima VKR et al. (2019). O papel do fisioterapeuta na UTI neonatal e pediátrica: revisão integrativa de literatura. *Mostra de Fisioterapia da Unicatólica*, 4(1).
- Martin JR et al. (2017). *Neonatal-Perinatal Medicine*. Cleveland, Ohio: Editora Elsevier.
- Nunes FN et al. (2021). Short-term comparative assessment of physiological parameters and cardiopulmonary variables in newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit before and after physical therapy intervention. *Research, Society and Development*, 10(7): e21410716362. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16362>
- Ribeiro IF et al. (2008). Fisioterapia em recém-nascidos com persistência do canal arterial e complicações pulmonares. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(1): 77-83.
- Rousseny KR et al. (2013). Reequilíbrio tóraco-abdominal em recém-nascidos prematuros: efeitos em parâmetros cardiorrespiratórios, no comportamento, na dor e no desconforto respiratório. *Acta Fisiátrica*, 20(3): 118-123. DOI: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130019>
- Selestrin CC et al. (2007). Avaliação dos parâmetros fisiológicos em recém nascidos pré-termo em ventilação mecânica após procedimentos de fisioterapia neonatal. *Journal of Human Growth and Development*, 17(1): 146-155. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.19823>
- Silva GM et al. (2021). Motor performance of premature infants according to Alberta Infant Motor Scale: A literature review. *Research, Society and Development*, 10(7): e27910716402. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16402>


- Tavares AB et al. (2019). Fisioterapia respiratória não altera agudamente os parâmetros fisiológicos ou os níveis de dor em prematuros com síndrome do desconforto respiratório internados em unidade de terapia intensiva. *Fisioterapia e Pesquisa*, 26(4): 373-379. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/1802012604201>.
- Theis RCSR et al. (2016). A atuação do profissional fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva neonata. *Cinergis*, 17(2): 168-176. DOI: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v17i2.7703>
- Vasconcelos GAR et al. (2011). Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. *Fisioterapia em Movimento*, 24(1): 65-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000100008>

## Saberes tradicionais e o sistema de saúde no interior do Amazonas: um diálogo possível?

Recebido em: 18/12/2021

Aceito em: 20/01/2021

 10.46420/9786581460303cap2

Erik Gonçalo Rubem<sup>1\*</sup> 

Renilda Aparecida Costa<sup>2</sup> 

### INTRODUÇÃO

A história do homem sempre esteve pautada em como sua vida seria conduzida no seu transcorrer. O viver, adoecer e morrer sempre estiveram presentes durante todo esse processo. Mesmo antes do surgimento das profissões responsáveis por realizar o cuidado da saúde institucionalmente, como é o caso da enfermagem, medicina, fisioterapia, se pautam na cura e recuperação dos enfermos. O ser humano já possuía seus agentes que realizavam tais atividades a partir de práticas xamânicas e saberes populares, passados de geração em geração ao longo dos séculos.

Muito antes da chegada da medicina erudita, os benzedores, pajés, rezadores, xamãs e demais detentores dos saberes tradicionais, desempenhavam as práticas de saúde. Eles eram/são procurados em suas comunidades e povoados para a execução de cuidados com as pessoas enfermas. Eram/são eles os médicos da floresta, os responsáveis em realizar os cuidados em saúde de sua população, com os saberes que possuem e que lhes foram transmitidos por seus antepassados (De Souza, 2013).

Os povos indígenas elaboram seus conhecimentos tradicionais xamânicos e as práticas terapêuticas a partir das memórias, experiências e narrativas orais que são as responsáveis pela transmissão de tais conhecimentos e consequentemente pelo processo de elaboração das práticas vigentes (De Lima, 2018).

Qualquer pessoa que vá a pequenas cidades do interior, comunidades da zona rural, ou até mesmo nos grandes centros urbanos, encontrar-se-á em algum momento com pessoas que possuem atividades pautadas no mundo mágico-religioso, por orações, rezas e simpatias, entre elas estão os benzedores, os rezadores, os costureiros, os desmentidores, etc. (Nery, 2006).

Mas o que seriam os saberes tradicionais? De Lima (2018) nos fala que os indivíduos elaboram os seus saberes tradicionais e as práticas terapêuticas a partir de lembranças, memórias, experiências e narrativas orais, que são as responsáveis pelo repasse de tais conhecimentos e, consequentemente, pelo

---

<sup>1</sup> Mestrando da Universidade Federal do Amazonas.

<sup>2</sup> Dr<sup>a</sup> e docente da Universidade Federal do Amazonas.

\* Autor correspondente: erikgrubem@gmail.com

processo de elaboração das práticas vigentes. Entretanto, o saber tradicional deve ser olhado como algo com rotatividade, algo passível de interpretações e reinterpretações pelas novas gerações as quais estão sendo repassadas.

Pensar que a benzeção seja o recurso em saúde a ser utilizado apenas pelas populações esquecidas, marginalizadas, com poucos (ou nenhum) acesso às políticas públicas, como é discutido em muitos trabalhos, é ignorar o valor simbólico das benzeduras e duvidar da eficiência e importância que tais saberes possuem para as populações, independente da classe social que tenham, da religião que possuam ou do lugar que habitam, e quando mencionado esses saberes tradicionais com o sistema de saúde institucional, abre ainda mais o leque para as discussões e entraves sobre a temática.

Por isso, o objetivo deste texto é realizar uma discussão da chegada da medicina institucional no município de Amaturá, se esta impactou nos atendimentos em saúde a partir dos saberes tradicionais de cura e como acontece esse diálogo desses benzedores, xamãs, rezadores com o sistema de saúde institucional, a partir do olhar de indivíduos que realizam e utilizam de tais práticas terapêuticas na cidade, que fica localizada no interior do Amazonas - lócus desta pesquisa.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A presente pesquisa faz parte de um estudo a nível de mestrado e prosseguiu a partir da abordagem qualitativa em relação à prática de benzimento no município de Amaturá por meio dos saberes tradicionais. Segundo Minayo (2010) o método qualitativo como aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, são produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem. Esse método permite ao pesquisador revelar os processos sociais pouco explorados e desvendados referentes a grupos específicos, permite a edificação de novas reflexões, revisão e formação de novos conceitos durante a pesquisa (Minayo, 2010).

Uma das técnicas de pesquisa utilizadas para coletar os dados, foi a história oral de vida, a partir de Meihy (2005), em conjunto com as entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas, previamente autorizadas pelos benzedores que aceitaram fazer parte do estudo e mediante à assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e aprovação do CEP com o parecer de número 5.091.647, de 09 de novembro de 2021.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O benzimento busca recuperar e curar não apenas as enfermidades que atormentam o corpo físico, mas também as que atormentam o espírito. É uma prática que ganha bastantes recursos e vivências a partir da sua prática cotidiana, contendo sua própria maneira de enxergar as coisas, com uma linha de raciocínio tida a partir do universo sociocultural, onde os sujeitos que as realizam estão adentradas. De Oliveira (1983), fala que os benzedores (as) podem ser assinalados como cientistas populares, ou seja, pessoas que conseguem realizar a conciliação de elementos pautados no meio religioso com as práticas

existentes no meio da medicina popular. Geralmente usam uma religião para reafirmar suas práticas e realizam suas atividades em nome dela ou de suas divindades.

As pessoas que realizam o benzimento são vistas pela população não apenas como aquelas que detêm um saber popular, mas sim, como um recurso, acionado com o aparecer de alguma enfermidade. A credibilidade que os saberes tradicionais em saúde, e quem os exerce, possui em Amaturá, grande apreço, e podem ser percebidas em muitos casos, como por exemplo, quando há primeiramente a procura pelos benzimentos, e não às práticas institucionalizadas desenvolvidas nas unidades de saúde<sup>2</sup> do município.

Frequentemente, os atendimentos em saúde e consultas médicas pautam-se com base em relações muito vagas, onde o doente relata sua queixa, o médico as ouve e em seguida prescreve o receituário médico. “Por vezes já levei minha mãe no hospital e os médicos além de não conseguirem dizer o que ela tinha, ainda nem sequer olhavam pra ela direito. Era todo o tempo de cabeça baixa, apenas preenchendo o prontuário” (Silva<sup>3</sup>, entrevista/2021). Essa relação distante e vaga acaba por muitas vezes não permitir que o cliente externar tudo aquilo que realmente sente, relação que é diferente entre os portadores dos saberes tradicionais em saúde com quem utiliza tais recursos terapêuticos, à qual é construída a partir de uma interação mais próxima e humana, por se sentirem mais acolhidos e mais ouvidos. Dessa forma, isso, Segundo Patrocínio (2016), permite que o benzedor cuide não apenas da enfermidade, mas sim de todas as suas identidades, agindo tanto no campo físico quanto no espiritual e nas relações sociais.

Quem manipula o benzimento na cidade de Amaturá é visto não como um recurso terapêutico informal, mas sim, como uma forma de atenção à saúde, que pode ser usada quando necessitada e reconhecida por aqueles que buscam (ou não) tais saberes.

O Brasil é um país com pluralidade de saberes e culturas, e no que diz respeito as formas de cuidado em saúde não é diferente. O país possui uma gama de alternativas que podem ser adotadas para o tratamento de enfermidades, sendo elas influenciadas pelos valores, práticas e representações dos sujeitos. Seguindo essa linha de reflexão, as formas de se buscar a saúde podem ser classificadas como:

A biomédica (exercida por médicos e profissionais de saúde com formação específica), as “tradicionais” ou “populares” (praticada por curadores especializados, como massagistas, feiticeiros, parteiras ou xamãs, ou pentecostais e carismáticos, dos cultos cristãos), e também aquelas, eu incluíria, de matriz africana ou espírita; as “alternativas” (*new age* ...); as de tradições acadêmicas não biomédicas (como acupuntura, (...), etc.); e aquelas centradas na auto atenção, tanto as praticadas por grupos de auto ajuda quanto a exercida pelo grupo doméstico no cotidiano. (Menendez *apud* Scopel, 2013).

As práticas tradicionais em saúde são um dos recursos para o tratamento das doenças que está à disposição de quem delas necessitar. Ela pode ser acionada pelos benzedores, com seus ritos e mistérios.

---

<sup>2</sup> O município de Amaturá possui em sua zona urbana 2 (duas) Unidades Básicas de Saúde (UBS Altina Gonçalves e UBS Sérgio Pessoa) e o Hospital Frei Roberto de San Severino.

<sup>3</sup> Sobrenome do entrevistado que faz uso dos saberes tradicionais realizados pelos benzedores em Amaturá.



Isso proporciona uma atenção mais humanizada e especializada, cujos critérios e formas para o tratamento de determinada enfermidade segue metodologias diferentes das utilizadas pela medicina institucional — exercida por indivíduos que pautam suas ações em saúde a partir de ensinamentos acadêmicos.

Mesmo que haja baixo reconhecimento institucional com os saberes tradicionais em saúde de benzimento, tais práticas não perdem o seu mérito ou sua importância na recuperação os enfermos, pois, segundo Scopel (2013) as formas populares e tradicionais de atenção em saúde não podem ser ignoradas, em face da presença, efetividade e importância que possuem.

Apesar de ter paradigmas diferentes, a benzeção em alguns momentos se utiliza do sistema oficial de saúde. Ao contrário do que pode parecer *a priori*, as benzedoras não têm um comportamento de negação em relação ao profissional erudito. Elas admitem a importância da intervenção desses profissionais no cuidado à saúde, sendo comum indicar um acompanhamento junto a um profissional em saúde, utilizando-o como complemento de sua terapia (De Medeiros et al., 2013).

Essa negação de saber, que existe dos profissionais da medicina institucional com quem realizam as práticas tradicionais, não acontece quando se trata do oposto. Há ainda, atualmente, a negação de profissionais da saúde com aqueles que realizem suas atividades em saúde a partir de ensinamentos populares. Geralmente são transmitidas de pai para filho ou a partir de um dom, diferente da medicina institucional, que pauta a transmissão das técnicas em saúde a partir de uma pessoa formada para um aprendiz. Segundo Oliveira (1985), as novas políticas sociais de saúde também se constituem num modo de bloquear a capacidade que nossa população tem de refletir sobre as suas doenças e de encontrar, muitas vezes, no âmbito da cultura popular, a solução para a cura.

A negação com as atividades de benzimentos e suas práticas terapêuticas é uma estratégia utilizada pelas instituições de saúde para descredibilizar os benzedores, que combatem não só as enfermidades de ordem física, mas também espirituais. Tais instituições resistem em permanecer com pensamentos preconceituosos mesmo após as discussões já terem sido debatidas pela maior instituição de saúde do mundo, a OMS (Organização Mundial da Saúde).

Deve haver em todas as partes do mundo o estímulo, a promoção e desenvolvimento da medicina tradicional. Para a instituição, as atividades desenvolvidas por tais práticas é um mister de todos os conhecimentos teóricos e práticos, sendo eles justificáveis ou não, acionados para diagnóstico, prevenção e combate de desarmonias físicas, mentais e sociais, baseados nas experiências e saberes, transmitidos verbalmente (ou não) de geração em geração (OMS, 1978). A organização considera tais atividades como resultado de uma medicina ativa e de experiências ancestrais.

No caso de Amaturá, essa negação de saber por parte dos médicos e enfermeiros, em relação às práticas de benzeduras, é algo que aparenta se encaixar totalmente com o que seria o ideal para o sistema de saúde estipulado pela Organização da Saúde, diferentemente do que é corriqueiro se encontrar em demais pesquisas sobre o tema.

No município há uma relação sem aparente entrave entre eles. Isso é percebido nas falas dos próprios benzedores ao perguntar sobre possíveis alterações na frequência de benzeduras ou algum tipo de conflito com a chegada dos profissionais da medicina institucionalizada: “não, a chegada deles não mudou em nada. Isso continuou do mesmo jeito. As pessoas continuaram vindo da mesma forma aqui. Continuaram acreditando na gente. Quem vinha continuou vindo, e quem não vinha aparecia quando aparecia alguma doença”. (Raimunda, entrevista/2021).

Entre os benzedores, apenas uma interlocutora nos informou ter algum tipo de desentendimento. Esse embate teria ocorrido com um médico, há cerca de 30 anos, enquanto desempenhava suas atividades como parteira, “eu tive problema com apenas um que veio de fora. Ele dizia que não podia mexer na barriga das gestantes. Mas por que não podia mexer se a criança estava de atravessado na barriga da mãe?” (Maria, entrevista/2020). Mexer a barriga da gestante é algo muito comum em Amaturá. O processo se resulta em examinar a saúde do bebê durante toda a gestação, é o que seria o pré-natal a partir dos saberes tradicionais em saúde. Além de averiguar se a criança está na posição ideal para o parto, onde, caso não esteja, ocorre a intervenção da parteira com seus benzimentos e toque sobre a barriga para que aconteça a movimentação do bebê para posição correta do parto.

Em muitos desses casos onde a medicina ocidental não encontrou maneiras de intervir sobre determinadas enfermidades ou procedimentos necessários, os benzedores possuem estratégias e meios de cuidado a partir de seus remédios caseiros, banhos, garrafadas e benzimento, sendo eles os responsáveis por apresentar à população uma alternativa em saúde quando o sistema de saúde formal não lhes fornece mais suporte. Segundo De Souza (2013), o acervo teórico (fisiologia, anatomia, patologia) da formação técnica é insuficiente para construir, junto aos usuários, novas ações em saúde., assim, o acervo teórico que pauta a rotina de cuidados precisa ser repensado - o foco está na doença e não no doente.

Enquanto o médico insistia em afirmar que a benzedeira/parteira não podia realizar tais procedimentos durante a gestação, outro médico que atuava no município vizinho, não só acreditava em tais atividades, como também, realizava recomendações de dona Maria às suas pacientes. “O doutor Gabriel, que era médico em Santo Antônio do Içá, me mandava de duas ou três gestantes para que eu virasse aqui os bebês e ajeitasse eles na barriga da mãe quando estava de atravessado” (Maria, entrevista/2021). Isso nos apresenta que, assim como há profissionais que rejeitem tais saberes, há também aqueles que acreditam e reconhecem que tais atividades são eficazes e essenciais para a saúde das populações, evitando que procedimentos mais complexos sejam realizados, como o caso do parto cesáreo.. Um caso claro de cesárea evitada, mediante ao uso das práticas tradicionais, nos foi citado pela benzedeira:

“Quando uma comerciante daqui de Amaturá estava gravida da sua filha, que hoje já está moça, o médico disse pra ela que ela iria pra faca, que iria ser operada pra ter a filha. Ela disse que não queria isso, que não queria ir pra faca. Mas ele disse que não tinha como, que atravessado ela não podia nascer. E ela disse: “e agora, doutor?” Ele disse: “vá lá com a dona Maria pra ver

Tópicos nas ciências da saúde  
Volume VIII

se ela dá jeito”. Aí não demorou nada e ela veio aqui. Veio do hospital direto pra cá. Aí eu endireitei a criança na barriga dela e com oito dias a menina nasceu de parto normal, graças a Deus” (Maria, entrevista/2021).

Em Amaturá, não só se percebeu o reconhecimento de tais atividades de saúde, como também há o trabalho em conjunto de benzedores com o sistema de saúde, conforme nos relatam os participantes do estudo: “eles sempre vêm me chamar pra vir do hospital pra ir lá. Têm vezes que quando a pessoa adoce e não conseguem resolver, eles mesmos trazem a pessoa na ambulância aqui em casa pra eu cuidar” (Raimunda, entrevista/2020). Outro benzedor também nos relata que:

“Muitas vezes cansaram de me chamar para ir á no posto rezar em alguém. Eu rezei muito no hospital também. Os pais das crianças que estavam internadas me chamavam ou até mesmo aquelas pessoas que estavam doentes mandavam me chamar para ir lá no hospital. E eu ia rezar sem problema nenhum. O pessoal lá me deixava rezar sem nenhum problema” (Milton, entrevista/2021).

Esse livre acesso ao sistema de saúde e consentimento para a realização das benzeduras nas unidades de saúde do município, não é algo relatado apenas por esses benzedores; há ainda, mais interlocutores que nos contam um pouco sobre suas atividades de benzimentos nas unidades: “muitas vezes quando algum não conseguia tratar aquela doença eles mandavam as pessoas virem aqui comigo que talvez eu pudesse ajudar. Eu ia lá benzer pra quebranto, pra espanto, e pra mau-olhado” (Milton, entrevista/2021). Outro benzedor nos fala: “quando eles não conseguem dar jeito lá, eles encaminham pra cá. Ou então, alguém que está internado lá no hospital com mau-olhado e mandam me chamar e eu vou lá. Muitas vezes eu já fui lá no hospital, e eu nunca tive nenhum problema por lá” (Francisco, entrevista/2021). Ambos nos informam realizar benzimentos de doenças que possuem como causa a ordem espiritual, não sendo assim, em muitos casos, a cura ser acionada por medicamentos e técnicas de tratamento da medicina institucional, que cuida apenas das enfermidades de ordem física.

Isso muitas vezes ocorre, pois, ao se deparar com a realidade, o profissional encontra um cenário totalmente distinto da transmitida em sua formação, onde se vê diante de processos patológicos que ainda não tiveram medicamentos produzidos (De Souza, 2013). Então, ocorre por cada uma das especialidades, saber até onde pode chegar os limites dos seus saberes e das suas práticas, tendo a medicina erudita a sua forma de atuação, e o benzimento, outra. Outra pessoa que faz uso dos saberes tradicionais em saúde nos conta: “eu já fui muito no hospital visitar doentes, e sempre via gente que estava mal por dias com doenças que o médico não sabia qual era. Aí só era o benzedor ir lá e pronto, era resolvido. Eu acho que cada um sabe até onde chega o seu saber” (Carvalho, entrevista/2021).

Deve-se observar que a saúde pode ser realizada, não apenas em clínicas especializadas ou instituições reconhecidas pelo sistema de saúde; ela também se desenvolve nos mais variados espaços individuais ou coletivos e por variadas formas do saber/fazer. A OMS (1978) recomenda que seja realizada a integração das práticas tradicionais de saúde à medicina moderna, buscando assim, garantir o respeito, o reconhecimento e a união entre as diversas maneiras de tratamento e cura das doenças. Essa

integração, reconhecimento e respeito pode ser notada pouco a pouco nas falas dos benzedores de Amaturá:

“Eu já fui benzer no hospital, por diversas vezes, e nunca me impediram de rezar. Quando me chamam pra ir lá eu sempre vou. Se tiver algum médico ou enfermeiro atendendo, eu espero eles terminarem de ver o paciente pra eu ver ele depois. Eles sempre perguntam se eu não quero rezar primeiro e ver o paciente antes deles, e eu sempre digo que não, que eu prefiro esperar ele fazer o dele pra poder eu fazer o meu, sem que ninguém atrapalhe ou se incomode um com o outro. Afinal todos nós estamos lá pelo mesmo motivo” (Francisco entrevista/2021).

Tudo e todos podem, e devem, ser considerados na hora de se buscar o reestabelecimento da saúde do indivíduo, permitindo-lhe usar diversas alternativas para se reestabelecer o equilíbrio do corpo, pois, segundo Leite (2006):

Os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que fazem parte da vida cotidiana em qualquer sociedade [...] a visão de mundo que norteia o indivíduo em determinada sociedade — as crenças e costumes que fazem parte de sua cultura — estabelece um ‘fazer sentido’ que interfere no processo saúde/doença/tratamento.

Por ser a enfermidade e os cuidados em saúde uma construção social e possuir agentes causadores variados, se conduz necessário repensar objetivamente sobre a necessidade de implementação das práticas alternativas em saúde nos diversos campos do saber e instituições, sem que se esqueça do contexto em que doente e cuidador estejam inseridos. Elaborar estratégias e ações de saúde que façam sentido de forma lógica, clínica e, ainda, sem se esquecer, também, de todo o processo sociocultural que envolve a vida e saúde de cada população, como aparenta acontecer em Amaturá.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não podemos realizar a sistematização dos saberes dos benzedores de Amaturá, nem suas orações, benzimentos, recursos terapêuticos e procedimentos, como uma fórmula que pode ser executada de maneira fácil e sem nenhuma eficácia ou representatividade sociocultural. Há um grande conjunto de elementos simbólicos que permeiam a benzeção. Por exemplo, a sua relação com o divino, a solidariedade dos benzedores com todos, o dever em realizar a bondade, as fórmulas e rezas aprendidas.

Notou-se ainda que a medicina institucionalizada não interfere no campo da benzeção, pelo contrário, percebeu-se que há a atuação conjunta, em várias situações, dos portadores dos saberes tradicionais em saúde e profissionais da medicina erudita, no tratamento de enfermidades da população amaturaense. Dessa forma, temos as benzeduras sendo realizadas livremente e sem nenhum tipo de ressalva no hospital do município ou postos de saúde, acontecendo assim, a ação em conjunta de ambos os saberes.

A interação com os recursos da natureza e, as mais variadas experiências dos benzedores, na função de tratar as enfermidades, sejam elas de ordem espiritual ou física, são de crucial relevância para as pessoas que buscam e confiam nas atividades de benzimento. Dessa forma, a atuação dos benzedores, tão importantes para a saúde da população, proporciona a continuidade e reconhecimento do fenômeno

da benzeção – inclusive pelas instituições e profissionais da medicina ocidental – conforme observado no município de Amaturá.


## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De Lima PC (2018). Saberes e práticas tradicionais de cura: estudo sobre a transmissão das terapêuticas entre os Kapinawá. Programa de Pós-graduação em Antropologia (Dissertação). Recife, 117p.
- De Medeiros et al. (2013). Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. Revista de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TTftXv9s5qNwH8TCF5cK8sg/?lang=pt>>. Acesso em: nov. 2021.
- De Souza RFB (2013). Pra curar tem que ter fé: Curandeiros, Benzedeiras e Rezadores – memórias de indivíduos numa perspectiva Histórica. Anais da Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: [http://uece.br/eventos/eehce2014/anais/trabalhos\\_completos/103-9359-10082014-221519.pdf](http://uece.br/eventos/eehce2014/anais/trabalhos_completos/103-9359-10082014-221519.pdf)> Acesso em: 06 nov. 2021.
- De Oliveira ER (1983). Doença, cura e benzedura: um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campinas. Departamento de Filosofia e Ciências humanas da Universidade Estadual de Campinas (Dissertação). Campinas, 511p.
- Leite V (2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. Hist. Ciên. Saúde, 13(1): 113-128.
- Meihy JC (2005). Manual de história oral. 5. Ed. São Paulo: Loyola. 152p.
- Minayo MCS (2010). Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 261- 297.
- Patrocínio MAS (2016). Uma história de fé e poder: estudo sobre as benzeções em Jardim do Seridó-RN.
- Scopel D (2013). Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios munduruku na terra indígena kwatá laranjal, borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. Departamento de Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (Tese), Florianópolis. 262p.
- OMS (1978). Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 09 out. 2021.

## Atenção farmacêutica no enfrentamento da covid: atuação profissional em Farmácia


Recebido em: 11/01/2022

Aceito em: 20/01/2022

 10.46420/9786581460303cap3

Nathalia Silva Bezerra<sup>1</sup> 

Ana Paula Muniz Serejo<sup>2\*</sup> 

Johny Adrian Rodrigues Nascimento Oliveira<sup>3</sup> 

Alan da Silva Lira<sup>4</sup> 

Rondinelli Seba Salomão<sup>5</sup> 

### INTRODUÇÃO

Em março de 2020 o mundo vivenciou um momento histórico registrado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em decorrência de um surto do novo coronavírus. O SARS-COV-2 foi identificado em Wuhan, na China em dezembro de 2019 pelo Centro Chinês para Controle e Prevenção de Doenças (China CDC) devido a um aumento de casos graves de pneumonia (Sousa et al., 2020; Croda; Garcia, 2020; Zhu et al., 2019).

O vírus pertencente à família *Coronaviridae*, é uma infecção viral contagiosa que pode ser transmitida através de contato direto de pessoa para pessoa, por meio de secreções produzidas em momentos de espirros, fala e também por meio de fômites. Entretanto, pessoas com comorbidades estão propensas a se infectarem com mais facilidade, com ênfase nos diabéticos, hipertensos, idosos e com problemas respiratórios (Croda; Garcia, 2020, Cagnazzo; Chiari-Andréo, 2020).

De acordo com informações do painel da WHO (World Health Organization) a doença covid-19 já infectou mais de 240 milhões de pessoas em todo o mundo (World Health Organization, 2021). No Brasil, já ultrapassou o número 21 milhões de pessoas infectadas, sendo 4.823.201 só no Nordeste, chegando um total de 10.215 óbitos no Estado do Maranhão, segundo registros atualizado do dia 19 de Outubro de 2021 no site oficial do Governo do Estado Do Maranhão (Governo do Estado do Maranhão, 2021).

Com o avanço das pesquisas relacionadas ao novo coronavírus, atualmente existem aproximadamente 14 vacinas aprovadas em todo o mundo, utilizando diferentes tecnologias de desenvolvimento como mRNA, vírus inativado, subunidade proteicas e vetores virais, todas com o objetivo de reduzir e/ou evitar complicações graves da COVID-19, e de acordo com o banco de dados

<sup>1</sup> Instituto Florence de Ensino Superior, Departamento de Farmácia, São Luís- MA.

<sup>2</sup> Faculdade UNINASSAU, Departamento de Farmácia, São Luís- MA.

<sup>3</sup> Faculdade UNINASSAU, Departamento de Biomedicina, São Luís- MA.

<sup>4</sup> Universidade Estadual do Maranhão, Mestrado em Ciência animal, São Luís- MA.

<sup>5</sup> Instituto Florence de Ensino Superior, Departamento de Farmácia, São Luís- MA.

\* Autora correspondente: apsmuniz1@gmail.com

da OMS (Organização Mundial da Saúde) 287 vacinas estão em fases de teste sendo 185 em fase pré-clínica e 102 em fase clínica (World Health Organization, 2021).

As vacinas aceitas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) passam por todas as etapas necessárias para sua criação, além de cumprirem os critérios científicos exigidos pela Anvisa. Nos dias atuais, a população brasileira conta com doses da Astrazeneca, Pfizer, CoronaVac e Janssen, disponíveis no Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo as três primeiras utilizadas no Estado do MA, sem contar com Covaxin e Sputnik-V que ainda estão em análise pela Anvisa (Brasil, 2021)

A imunização é uma das maiores estratégias na prevenção de doenças. O cenário atual mostra o quão rápido uma doença pode se espalhar e causar danos irreparáveis e evidencia a importância da vacinação tanto para proteção individual quanto a imunidade coletiva. Em maio de 2013, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou a Resolução nº 574 que define, regulamenta e estabelece atribuições e competências do farmacêutico na dispensação e aplicações de vacinas em farmácias e drogarias (Martins et al., 2019; Sato, 2020).

Desde o início da pandemia, as farmácias vêm se destacando e se tornando essenciais no primeiro contato de pacientes com ou sem a doença em busca de informações, logo os farmacêuticos dentro de suas capacitações são os profissionais mais preparados a prestarem esclarecimento, avaliando e orientando pacientes, tendo em vista uma farmacoterapia racional voltada para a melhoria na qualidade de vida da população com base na Resolução nº585 de 29 de agosto de 2013 (Cagnazzo; Chiari-Andréo, 2020, Bovo et al.2009; CFF, 2013 ).

Com o aumento de casos e a grande demanda dos serviços de saúde, as atribuições farmacêuticas sofreram alterações, aumentando então suas competências. A Vigilância Sanitária autorizou em caráter temporário e excepcional a utilização de testes rápidos (ensaios imunocromatográficos) em farmácias que deverão ser realizados por profissionais farmacêuticos devidamente treinados, seguindo as diretrizes, protocolos e condições estabelecidas pela Anvisa e pelo Ministério da Saúde, assim como as Boas Práticas Farmacêuticas. Essa autorização ocorreu por meio da publicação da RDC nº377/2020 para detectar anticorpos ou antígeno do novo coronavírus, sem fins de diagnóstico confirmatório (Martins; Reis, 2020; Brasil, 2020; CRF, 2020; Almeida Júnior et al., 2020).

A atenção farmacêutica faz parte da prática profissional onde o farmacêutico interage diretamente com o paciente para atender suas necessidades. Nas farmácias, esse profissional possui uma grande responsabilidade no que diz respeito ao cuidado à saúde. Dentro de suas habilitações no combate ao novo coronavírus sua função se resume em monitorar reações relacionadas ao uso de medicamentos, realizar testes rápidos, acompanhar casos mais simples, notificar casos suspeitos e encaminhar ao atendimento médico para diagnóstico mais preciso, um conjunto de ações que contribuem no controle da doença (Pereira; Freitas, 2008; Rubert; Deuschle, 2020).

Diante do exposto, o farmacêutico carrega um papel crucial no cuidado e monitoramento do SARS-COV-2, eles possuem total condição de integrar em qualquer equipe de enfrentamento da



COVID-19 dando suporte a outros profissionais da saúde. São eles que estão responsáveis em informar a população a respeito da doença e das medidas de higiene e segurança orientando com sua destreza em medicamentos, doses, efeito adverso e interação medicamentosa e provar que é capaz de se adaptar a qualquer mudança exigida na prática farmacêutica (Cagnazzo; Chiari-Andréo, 2020; Tritany; Tritany, 2020; Pereira; Freitas, 2008; Rubert; Deuschle, 2020).

Contudo, o presente estudo tem como objetivo revisar a literatura em relação a atenção farmacêutica no combate durante a pandemia da COVID-19 enfatizando a contribuição desse profissional dentro das farmácias, assim, dando visibilidade a sua conduta com a população e descobrindo suas novas competências e habilidades.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada a partir de artigos publicados na base de dados: Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Conselho Federal de Farmácia (CFF); Conselho Regional de Farmácia (CRF) e Governo do Estado do Maranhão para busca de informações sobre a COVID-19, assim como a atuação do farmacêutico no cuidado à população contra o novo coronavírus. Utilizando os seguintes descritores: atenção farmacêutica, SARS-COV-2, pandemia e vacinas totalizando aproximadamente 666.000 artigos. Nesse contexto, foram utilizados um total de 49 artigos publicados entre os anos de 2020 e 2021 em português, inglês e espanhol.

Para tanto, os artigos foram lidos e selecionados criteriosamente em grupos: 1) Cuidados Farmacêuticos na Pandemia do Covid-19; 2) Serviços Farmacêuticos em farmácias; 3) Importância farmacêutica em pandemias; 4) Participação do profissional farmacêutico na produção e aplicação de vacinas

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dando importância a pandemia causada pelo SARS-COV-2 é imprescindível a atuação farmacêutica, visto que o profissional exerce um papel fundamental no controle da transmissão da doença. Apesar da descoberta da vacina contra o novo coronavírus, ainda não existe um tratamento farmacológico para a cura do mesmo<sup>19</sup>. Portanto, o farmacêutico busca diariamente meios estratégicos para manter a qualidade nos serviços da farmacoterapia visando melhoria na saúde e a diminuição dos riscos de automedicação (Rubert; Deuschle, 2020; Tritany; Tritany, 2020).

No Brasil, os números de casos e mortes da Covid-19 apresentam uma redução significativa em comparação ao mês de outubro de 2020. Atualmente o território brasileiro registrou 599.359 mortes pelo vírus, desde o início da pandemia até o dia 06 de outubro de 2021 sendo 330 nas últimas 24 horas (Globo

Comunicação e Participações S.A et al., 2021) Alguns estados se encontram estáveis, inclusive o Maranhão como mostra o monitoramento de casos nos últimos 7 dias na figura 1.



**Figura 1.** Monitoramento de casos da covid-19 no Maranhão 2020-2021. Fonte: <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/ma-br/>

Após vários estudos de possíveis vacinas e a aprovação para uso emergencial visando o controle de contágios pela covid, no dia 8 de dezembro de 2020 o Reino Unido iniciou a aplicação de doses da vacina Comirnaty produzida pela farmacêutica Pfizer junto com o laboratório BioNTech. O Brasil, por sua vez, segue a todo vapor desde o dia 17 de janeiro de 2021 com doses da Coronavac produzida pela empresa biofarmacêutica chinesa Sinovac Biotech e pelo Instituto Butantan. Atualmente o país conta também com as doses das Covishield (Astrazeneca/Oxford) as quais totalizam um número de 251.665.609 doses já aplicadas em todo o Brasil (Brasil, 2021).

A farmácia é um estabelecimento de saúde de fácil acesso e o primeiro local em que se busca informações sobre as doenças e medicamentos e com a circunstância causada pela pandemia do novo coronavírus, houve um crescimento na procura de cuidados confiáveis no estabelecimento farmacêutico onde presta serviços de interesse público e/ou privado, convencionado ao Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a oferecer atenção farmacêutica individual ou coletiva onde envolve um processo de auxílio ao paciente que por sua vez, é o principal favorecido pelos serviços (Pinto, 2020; Correr; Otuki, 2013; Correr et al., 2013).

A atividade do profissional farmacêutico não envolve apenas tratamento medicamentoso, onde há medidas sobre o uso adequado de medicamentos como também, tratamento não farmacológico, quando o paciente é instruído a melhorar a qualidade da sua saúde por meio de mudanças relacionadas

ao hábito de vida e meios estratégicos na prevenção de contágio e/ou transmissão (Rubert; Deuschle, 2020; Silva et al., 2018)

Levando em consideração à grande movimentação em farmácias, é possível que os clientes/pacientes estejam contaminados de forma assintomática, por esse motivo, houve a necessidade de elaborar várias medidas importantes de prevenção como a inserção de treinamento profissional em relação aos regulamentos de segurança aos cuidados de higiene e distanciamento social, o uso de óculos de proteção e luvas são imprescindíveis ao manusear amostras de sangue, assim como manter limpeza das superfícies e equipamentos (Rubert; Deuschle, 2020).

Com base da Nota Técnica 04/2020, a Anvisa recomenda o uso incessante de máscaras cirúrgica descartáveis tanto por profissionais quanto a comunidade, álcool em gel 70°, distância mínima de 2 metros com uso de adesivos de marcação, cuidados de higiene como lavar as mãos com água e sabão, além de lavar jaleco, avental e/ou fardas ao menos duas vezes por semana e substituí-los imediatamente caso haja contaminação (Oliveira et al., 2005).

Assim, os serviços farmacêuticos têm contribuído em várias frentes no combate à COVID-19. Um momento importante para a profissão foi a disponibilidade dos testes rápidos autorizado em caráter temporário pela resolução nº377/2020 que tem como objetivo identificar uma possível contaminação pelo coronavírus, além de ter um custo acessível em comparação a outros testes, são realizados por meio de uma gota de sangue colhida da ponta do dedo e seu resultado sai em questão de poucos minutos. Não é obrigatório, mas se incluído, deve seguir os protocolos, diretrizes e orientações estabelecidos pela Anvisa (Tritany; Tritany, 2020; Bispo; Morais, 2020; Oliveira et al., 2021; Rubert; Deuschle, 2020).

Assim como os profissionais da linha de frente ao combate ao novo coronavírus, a comunidade também precisa adotar a ideia de proteção pessoal para controlar a transmissão coletiva. A conscientização e envolvimento da população em obedecer às regulamentações de órgãos competentes é consideravelmente um grande passo. Como medidas de restrição, as mais recomendadas são o distanciamento social, isolamento de casos confirmados e suspeitos e a necessidade de quarentena dos contatos envolvidos. Desse modo, a sobrecarga gerada pela grande demanda por cuidados de saúde nos estabelecimentos é reduzida (Magno et al., 2020).

Contudo, pacientes sob observação médica isolada ou com coronavírus leve em tratamento em casa necessitam de orientação, portanto, novas estratégias foram elaboradas como a criação do atendimento domiciliar de forma presencial ou remota através de lojas online ou por meio de aplicativos móveis com finalidade de facilitar compras com delivery, promovendo assim, um tratamento eficaz. Logo, as farmácias comunitárias devem manter estoque suficiente de produtos preventivos da COVID-19, controlado por meio de inventários (Globo Comunicação e Participações S.A et al., 2021).

Tendo em vista a incerteza da origem do novo vírus e a cura propriamente dita, o acompanhamento do farmacêutico aos pacientes é uma importante ferramenta para a redução de erros

de medicação<sup>31</sup>. Assim, o profissional atua garantindo o uso de medicamento adequado, seguro, eficaz e conveniente a cada pessoa (Silva et al., 2018; Fernandes et al., 2015).

Diante do exposto, possível notar a importância do farmacêutico no cuidado ao paciente, uma vez que o profissional é capacitado, levando em consideração a matriz curricular para a formação do mesmo, a prestar as informações necessárias ao uso correto de medicamentos assim, como evitar a automedicação, eventos indesejáveis, agravo de doenças e intoxicações. Vale ressaltar ainda que é dever dos profissionais de saúde presentes na linha de frente respeitar todas as orientações das autoridades de saúde para garantir tanto a própria saúde quanto a de seus clientes para que juntos esse momento seja vencido (Rubert; Deuschle, 2020; Pinto, 2020).

## **CONCLUSÃO**

O SARS-COV-2 trouxe graves consequências aos países contaminados, possui um alto índice de óbitos e apresentou grandes desafios para os sistemas de saúde. Entretanto, essa crise global estimulou pesquisadores na produção de informações sobre a doença, meios de proteção e métodos para o desaceleramento de contágio em tempo recorde. As estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde buscam conter o avanço do vírus através do isolamento social e o uso incessante de máscaras e álcool em gel disponibilizados pelo farmacêutico que por sua vez, contribui excepcionalmente embasando sobre a farmacoterapia e principalmente, no cuidado farmacêutico diretamente ao usuário.

Nos dias atuais, é possível ter acesso a vários mecanismos de informação, seja tecnológica ou científica em virtude dos pesquisadores e da ciência. Contudo, ainda é escasso a existência de artigos científicos tratando da contribuição dos serviços farmacêuticos ao enfrentamento da COVID-19.

Por fim, considerando os serviços de saúde, ressalto a importância de que mesmo com a vacinação de parte evolutiva da população, as medidas de prevenção e controle de contaminação precisam continuar. Contudo, é importante frisar que a pandemia não acabou e mesmo as pessoas já vacinadas ou aquelas que já tiveram a contaminação, devem continuar seguindo as medidas de prevenção, principalmente considerando a disseminação de novas variantes de preocupação mais transmissíveis do SARS-CoV-2 e o risco de reinfecção.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Almeida Júnior S et al. (2020). COVID-19 e a infecção por SARS-CoV-2 em um panorama geral. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2): 3508-3522. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n2-182>
- Bispo JP, Morais MB (2020). Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. *Cadernos de Saúde Pública*, 36.
- Bovo F et al. (2009). Atenção Farmacêutica: papel do farmacêutico na promoção da saúde. *Biosaúde*, 11(1): 43-56.
- BRASIL (2021). Vacinometro: vacinas no Brasil [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde (MS).


- BRASIL (2020). Resolução RDC ° 377, de 28 de Abril de 2020: ensaios imunocromatográficos [Internet].  
Brasil: diretoria colegiada; Ministério da Saúde (MS).
- BRASIL (2021). Vacinas Disponíveis: Brasil [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde (MS); 2021 Jun 24
- Cagnazzo TO, Chiari-Andréo BG (2020). COVID – 19:Cuidados farmacêuticos durante a pandemia.  
Revista Brasileira Multidisciplinar,[S.l.], 23(1): 161178.
- CFR (2013). Resolução N°585 DE 29 de Agosto de 2013: Atribuições Clínicas do Farmaceutico  
[Internet]. BRASIL: Conselho Regional de Farmacia.
- CRF (2020). Manual de Orientação ao Farmacêutico: Testes rápidos para COVID em farmácias  
[Internet]. Brasil: CRFSP; Conselho Regional de Farmacia, 1: 30p.
- Correr CJ, Otuki MF (2013). A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Artmed Editora.
- Correr CJ et al. (2013). A farmácia comunitária no Brasil. A prática farmacêutica na farmácia comunitária.  
Porto Alegre: Artmed, 3-26.
- Croda JHR, Garcia LP (2020). Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19.
- Fernandes BD et al. (2015). Avaliação dos serviços farmacêuticos: indicadores de estrutura e processo  
em farmácias comunitárias. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health  
Research, 31-37.
- GLOBO COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÕES S.A. et al. (2021). Óbitos pela covid-19: ultimas  
informações [Internet]. Brasil: G1;
- GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO (2021). Coronavírus: Maranhão [Internet]. São Luís;
- Magno L et al. (2020). Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19  
no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 25: 3355-3364.
- Martins KM et al. (2019). A importância da imunização: Revisão integrativa. Revista de Iniciação  
Científica e Extensão, 2(2): 96-101.
- Martins MA, Reis AM (2020). O farmacêutico no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: onde estamos?.  
Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, 11(3): 0517.
- Oliveira AB et al. (2005). Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. Revista Brasileira de Ciências  
Farmacêuticas, 41(4): 409-413.
- Oliveira CFDOF et al. (2021). Metodologia para testes rápidos ou laboratórios remotos de COVID-19.  
Revista da Semana Acadêmica do Curso de Medicina da UFFS-Campus Chapecó, 4(4).
- Pereira LRL, Freitas OD (2008). A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Revista  
Brasileira de Ciências Farmacêuticas, 44(4): 601-612.
- Pinto AFA (2020). Critérios de cuidados individuais e coletivos nas drogarias em tempo de COVID-19.  
Revista Gestão & Tecnologia, 1(30): 6- 9.
- Rubert C, Deuschle RAN (2020). Assistência Farmacêutica Durante a Pandemia da COVID-19:  
revisão da literatura. Revista interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão, 8(1): 255-268.

- Sato APS (2020). Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas. *Revista de Saúde Pública*, 54: 115.
- Silva LCA et al. (2018). Contribuições da atenção farmacêutica á pacientes em tratamento oncológico. *Revista de Investigação Biomédica*, 9(2): 210-217.
- Sousa FCB et al. (2020). Protocolos utilizados para diagnóstico de COVID-19. *Revista da FAESF*.
- Tritany RF, Tritany ÉF (2020). Serviços Farmacêuticos no Enfrentamento à COVID-19: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Saúde em Redes*, 6(2 Suplem).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2021). Painel do Coronavírus: global [Internet]. OMS.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2021). Rastreador de vacina COVID-19 e paisagem: GLOBAL [Internet]: OMS.
- Zhu N et al. (2019). Um novo coronavírus de pacientes com pneumonia na China. *New England Journal of Medicin*, 382 (8).

## A importância da enfermagem com o paciente renal crônico em tratamento conservador


Recebido em: 17/01/2022


Aceito em: 11/02/2022

 10.46420/9786581460303cap4


Marcelo Costa Vicente<sup>1\*</sup> 

Anna Carolina Feu Mattos<sup>2</sup> 

Felipe Gonçalves Dias<sup>2</sup> 

Tatiana da Silva Rodrigues de Oliveira<sup>2</sup> 

Larisse Souza Cerqueira<sup>3</sup> 

Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite<sup>3</sup> 

### INTRODUÇÃO

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, estima-se que mais de 1,5 milhão de brasileiros realizam o procedimento de diálise todos os anos e acredita-se que este número tende a ser cada vez mais crescente. De acordo com a mesma instituição, nos últimos 10 anos o número de casos de pacientes mantidos em programas crônico de diálise dobrou. A hipertensão arterial e o diabetes são as principais causas. As disparidades socioeconômicas, raciais e de gênero são também fatores determinantes no processo evolutivo da doença (Marinho 2017).

A doença renal crônica se caracteriza como uma lesão renal na qual ocorre uma perda progressiva e irreversível da função renal (endócrina tubular e glomerular). Em uma fase mais crônica (conhecida como fase terminal de insuficiência renal crônica) os rins não são capazes de manter a normalidade das funções corporais internas. A detecção precoce da doença em paralelo com o tratamento terapêutico apropriado pode reduzir de forma significativa os sofrimentos do paciente e diminuir os custos financeiros gerais para o tratamento da doença (Aguar et al., 2020).

O atendimento do enfermeiro para com o paciente renal crônico precisa, antes de tudo, ser humanizado. O paciente submetido a cuidados paliativos em sua grande maioria encontra-se em um estado emocional muito fragilizado, devido ao tratamento e as vezes sem esperança de um transplante, quando está apto ao procedimento. O enfermeiro precisa, além da qualidade técnica, do cuidado em buscar desenvolver a empatia no paciente para que este possa aceitar melhor o tratamento. Também é preciso que enfermeiros atuantes no cuidado com o paciente renal crônico tenham especialidade (se

<sup>1</sup> Autor e docente Centro Universitário FAESA.

<sup>2</sup> Discente Centro Universitário FAESA.

<sup>3</sup> Co-autoras Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM/UFES.

\* Autor correspondente: enfmarcelovicente@gmail.com



possível pós-graduação) na área. Também cabe ao enfermeiro dar suporte à família e ao paciente sanando eventuais dúvidas que venham a surgir durante o período do tratamento (Castro, 2019).

Como base em dados estatísticos que evidenciam o aumento de pacientes renais crônicos e/ou que apresentam comprometimento no sistema renal, sendo de extrema importância a atuação do enfermeiro na assistência do cuidar não apenas no tratamento, mas também com a aceitação no diagnóstico do paciente. A pesquisa teve como objetivo analisar a importância da equipe enfermagem com o paciente renal crônico em tratamento conservador e com o percurso metodológico a revisão bibliográfica.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente trabalho constitui uma revisão bibliográfica descritiva, realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde através da Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) em dois livros. Na busca dos artigos, foram utilizadas as seguintes palavras chaves no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “doença renal crônica”, “diálise”, “enfermagem” e “tratamento conservador”. O levantamento bibliográfico foi realizado no período de 15 de setembro a 15 de outubro de 2021.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão foram: artigos disponíveis em meio eletrônico, texto completo abordando o tema, inseridos nas bases de dados nacionais, no idioma português e publicados nos anos de 2015 a 2020. A partir desses parâmetros foram selecionados 30 artigos.

Após a pesquisa inicial dos 30 artigos selecionados, foram realizadas uma leitura mais aprofundada de acordo com o tema, dos 30 artigos foram eliminados 19 artigos, utilizando como os seguintes critérios de exclusão: dissertações, teses, anais, resumos, trabalhos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação. Somente 11 artigos faziam relação entre o tratamento conservador com doentes renais crônicos e os cuidados de enfermagem.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### ***Doença Renal Crônica***

De acordo com Park et al. (2016) apontam que em países desenvolvidos, estima prevalência da doença renal crônica fica entre 10 e 13% da população adulta. A prevalência e incidência da doença renal crônica (DRC) em alguns países ainda são desconhecidas em muitos países. Nos EUA a estimativa é a de que 14,8% da população teve ou terá essa doença renal crônica, com uma incidência de 378 pacientes a cada 1.000.000 de pessoas. Na América Latina, essa incidência é de cerca de 431 a cada 1.000.000 de pessoas em 2017. No Brasil a estimativa é a de que aproximadamente 2 milhões de brasileiros tenham DRC.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, a Insuficiência Renal Crônica caracteriza pela perda das funções dos rins, que pode ser crônica ou aguda. Na Insuficiência Renal Aguda, os rins podem parar de funcionar de forma rápida, pois a função renal pode ser perdida em algumas horas, no entanto esse momento agudo pode ser temporário, voltando a funcionar em algumas semanas. Na insuficiência renal

crônica, há a perda súbita da capacidade dos rins filtrarem resíduos, sais e líquidos do sangue. Quando isso acontece, os resíduos podem chegar a níveis perigosos e afetar a composição química do sangue, que pode desencadear desequilíbrio hemodinâmico. Em algumas situações o paciente deve ser mantido em tratamento por diálise até que os rins voltem a sua funcionalidade (SBN, 2015).

Segundo Johnston (2016) a progressão da doença renal crônica está associada ao agravamento das condições metabólicas do paciente e consequente geração de sintomas. Uma intervenção terapêutica tem como objetivo corrigir essas alterações, pode tornar o paciente menos sintomático, melhorando a qualidade de vida daqueles que abdicaram à diálise. E mesmo paciente apresentando alterações nas taxas metabólicas o objetivo é tornar o paciente com índice de sintomas diminuído e ofertando um hábito de vida melhor.

A diálise é considerada um tratamento de alto custo e no Brasil, o Sistema Único de Saúde SUS é responsável pelo reembolso de quase 90% dessa terapia. Mesmo sendo procedimento de alto custo, é oferecido de forma gratuita pelo SUS para pacientes desde o início do tratamento até a fase final da doença (Soares et al., 2018).

O tratamento conservador é o tratamento realizado por meios de tratamentos e orientações, medicamentos e dieta, visando conservar a função dos rins que está em perda crônica e irreversível tentando evitar ao máximo o início da diálise para pode retirar toxinas, excesso de água, sais minerais (Castro, 2019).

A doença renal crônica é apontada como preocupante com a crescente elevação de pessoas com comorbidades associados a doença renal. É um problema de saúde pública no mundo, com cerca de 10% da população reconhecendo ter algum grau de disfunção renal e cerca de 70% desconhecem por serem assintomáticos. O principal fator que leva a essa afirmação se dá através do aumento dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença renal. A hipertensão arterial, diabetes, envelhecimento e histórico familiar são considerados os principais fatores, já a obesidade, dislipidemia e o tabagismo auxiliam na progressão da doença, levando o indivíduo a necessidade de terapias de substituição renal (Freitas, 2018).

Os rins são os principais órgãos auxiliares na manutenção da homeostase corporal e manutenção da vida, oferecendo ao corpo a manutenção do equilíbrio entre a água e os eletrólitos no organismo, preservar substâncias em falta e eliminá-las quando em excesso. Cada rim é composto por cerca de um milhão de microscópicas unidades funcionais, os chamados néfrons, capazes de executar todas as funções desse órgão (Sherwood, 2018).

**Quadro 1.** Demonstrativo dos Estágios da Doença Renal Crônica. Fonte: Duarte e Hatmann (2018).

O estágio 1 é a fase mais precoce da doença. Nesse estágio, o rim ainda desempenha sua função, filtrando mais de 90ml de sangue por minuto. Ainda assim, o paciente já apresenta sinais de lesão renal (como perda de proteína no sangue pela urina), que poderão comprometer.

No estágio 2, a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) está entre 60 e 89ml/min. Apesar disso, pacientes classificados neste estágio já estão com a filtração renal levemente comprometida, mas ainda não apresentam sintomas.

Sob o mesmo ponto de vista, no estágio 3, a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) está entre 45 e 59ml/min. É nesse estágio que o paciente começa a apresentar os primeiros sintomas, como anemia e doença óssea, mas ainda de forma discreta. A partir dessa fase, já é indicado um tratamento conservador, que consiste em retardar a progressão da doença.

Já no estágio 4, a indicação é para pré-diálise, onde é realizado manutenção do estágio conservador e nos casos mais agravantes a preparação de um futuro início de diálise.

No estágio 5, o paciente não iniciou o tratamento renal substitutivo (TRS) mas está se preparando para receber treinamentos, informações sobre os tipos de TRS hemodiálise, peritoneal, transplante renal e se baseia na indicação médico.

De acordo com Duarte e Hatmann (2018), os estágios 1, 2 e 3 correspondem ao estado conservador da doença, tendo por objetivo evitar o agravamento da doença, como o nome já indica, por meio do uso de fármacos, indicação de dieta controlada, realização de exames e atividades físicas. No Brasil são definidos os seguintes passos no cuidado do paciente com Doença Renal Crônica:

**Quadro 2.** Demonstrativo dos principais cuidados ao paciente em estágio conservador. Fonte: Duarte e Hatmann (2018).

1. Diminuir ingestão de sódio (menor que 2g/dia) correspondente a 5g de cloreto de sódio, em adultos;
2. Abandono de tabagismo.
3. IMC alvo entre 20-25 Kg/m<sup>2</sup>;
4. Dieta com restrição proteica (0,8 g de proteína/ kg de peso /dia) para pacientes com TFG menor que 30 ml/min. Deve-se atentar para desnutrição desses pacientes;
5. Vacinações: Influenza (anualmente), Pneumococo (realizar uma dose e um reforço em 5 anos) e Hepatite B (avaliar se paciente foi vacinado e se houve resposta sorológica. A vacina contra hepatite B no paciente com DRC deve ser aplicada em dose dupla nos meses 0, 1, 2 e 6 para pacientes com anti-HBs < 10 UI/mL. Deve-se repetir o esquema para os não respondedores e realizar novo anti-HBs em 2 meses após a última dose;
6. A atividade física representada pela caminhada deve ser compatível com a saúde cardiovascular.

### ***Tratamentos conservadores para pacientes renais crônicos***

A formas gerais de tratamento conservador em casos de pacientes com doenças renais crônicas são: controle adequado da glicemia e da pressão arterial; interrupção do tabagismo; tratamento das dislipidemias; utilização de medicamentos, prescritos por médico contra quadros de proteinúria, utilização de medicações diuréticas prescritas; tratamento preventivo e conservador do quadro de anemia; tratamento preventivo e conservador dos distúrbios ósseos e minerais associados à doença renal crônica; dieta adequada de acordo com o grau de acometimento; tratamento de acidose sanguínea e da hipercalemia e finalmente o preparo do paciente para a diálise (Soares et al., 2018).

O controle adequado da glicemia e da pressão arterial consistem em medidas fundamentais de retardo na progressão da doença no organismo. A diminuição da pressão arterial ocorre através da restrição da ingestão dos alimentos consumidos pelo paciente, principalmente daqueles contendo temperos industrializados com alto teor de sódio, conservantes, os enlatados e embutidos. Para a redução da glicemia é recomendada a redução do consumo de carboidratos de forma gera e, açúcares (Pereira et al., 2017).

Caso o paciente possua o hábito de fumar, este pode realizar um dos diversos tratamentos existentes contra o tabagismo, presente na saúde pública, como no caso na Atenção Primária em Saúde, bem como outros tratamentos através de tratamentos psicológicos e/ou medicamentos. Os tratamentos para dislipidemia também estão associados a uma dieta adequada. Nesse caso é recomendada a redução do consumo de gordura que trazem benefícios tanto para os rins quanto para o sistema cardiocirculatório (Silva, 2019).

A utilização de medicações também é recomendada como tratamento conservador. Caso o paciente apresente um quadro clínico de edema, recomenda-se a utilização de medicações diuréticas auxiliados pela diminuição de líquidos e quantidade de sódio. Em quadros de proteinúria é recomendada a utilização de medicamentos que reduzem as perdas auxiliadas por um acompanhamento do nefrologista (Pereira et al., 2017).

As doenças renais também podem estar associadas a quadros de anemia. Isso acontece por conta da insuficiência de eritropoetina, um hormônio produzido pelos rins e que é responsável pela produção de glóbulos vermelhos (Soares et al., 2018).

### ***O papel da enfermagem no tratamento conservador com paciente renal crônico***

A enfermagem enfrenta papel de extrema importância junto com o paciente, são diversos os papéis da enfermagem, como: o desafio de adaptação, ajudar o paciente a receber a medicação, a se adaptar a um novo estilo de vida, uma assistência eficaz durante todo o tratamento, proporcionar o bem-estar aos pacientes em domicílio e nos momentos das sessões de diálises, principalmente se colocar no lugar desse paciente, a equipe deve se relacionar bem com o paciente uma relação profissional, pois os pacientes procuram algum conforto na equipe, e a equipe possa atender as necessidades emocionais e

sociais do tratamento. Sempre atendendo as necessidades e levando esperança para cada um, pois a qualidade de vida desses pacientes também depende das ações da enfermagem (Pereira; Pereira; Silva, 2018).

A enfermagem tem grande influência e autonomia no tratamento sobre como o indivíduo que vai se comportar no decorrer do tratamento, portanto, proporcionar acolhimento de forma humanizada é o ponto chave para que ele tenha uma boa perspectiva sobre o tratamento, facilitando sua adesão através de um vínculo fortalecido, viabilizando maior qualidade de vida relacionada à saúde e contribuindo positivamente durante todo o processo (Oliveira et al., 2017).

Um cuidado priorizado muda muito o comportamento e pensamento do paciente em relação a sua adaptação, se o paciente se sente acolhido e priorizado, ele terá força de vontade e uma qualidade de vida melhor, o que tem uma grande influência no seu tratamento. Com o apoio da equipe na motivação, priorização, acolhimento e suporte necessário, o paciente cria uma confiança e se motiva, com o envolvimento da equipe de saúde, o processo de escuta é de grande contribuição (Almeida et al., 2019).

O enfermeiro exerce um papel assistencial para com o paciente de forma integrativa em todos os estágios do tratamento, de forma a criar uma relação de mútua confiança para com o paciente. Também fica a critério do enfermeiro cuidar para que os equipamentos e materiais sejam utilizados de forma correta, seja nas sessões de hemodiálise caso exista uma necessidade, ou através de um preenchimento de fichas técnicas para o acompanhamento da evolução do paciente (Pereira et al., 2017).

É fundamental que o enfermeiro possua embasamento científico e capacidade técnica para acompanhar a evolução do paciente e auxiliá-lo em quaisquer dúvidas que este venha a ter. Uma das principais funções do enfermeiro neste setor é o monitoramento e a identificação de quaisquer alterações que venham a ocorrer no processo de tratamento do paciente com doença renal crônica. Este também deve ser o responsável pela prática do desenvolvimento de ações educativas tanto de promoção quanto de prevenção e de tratamento, de modo a elucidar os pacientes dos problemas da doença e de seus principais reveses (Soares et al., 2018).

Devido ao fato de o enfermeiro estar em contato direto com o paciente, este possui condições de identificar alterações na evolução do mesmo de forma antecipada, como por exemplo: expressões faciais, queixas, dúvidas frequentes quanto aos tratamentos e da evolução da doença. Cabe ao enfermeiro auxiliar o paciente de modo proporcionando ao amparo e elucidando-o quando aos parâmetros da doença (Pereira et al., 2017).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No primeiro momento da pesquisa, com os descritores específicos resultaram em 30 artigos que após filtragem totalizaram em 11 artigos, que ao serem identificados como apropriados ao propósito deste trabalho e de acordo com o tema estão apresentados no quadro abaixo.

**Quadro 3.** Sinopse referente aos artigos pesquisados sobre a Doença Renal Crônica - 2015/2021.

<b>Título</b>	<b>Autoria</b>	<b>Revista/Ano de Publicação.</b>	<b>Síntese dos Resultados</b>	<b>Conclusão</b>
Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa.	Almeida et al.	Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2019.	A evolução do quadro clínico de pacientes com DRC requer estratégias diferentes. O texto informa a respeito cuidados necessários na evolução da doença desde o tratamento hospitalar até o domiciliar.	Cuidados paliativos requerem mais cuidado humanizado que medicamentoso.
Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde	Bousquet-Santos et al.	Ciência & Saúde Coletiva, 2019	Acompanhamento nutricional e alimentos com menor índice de gordura auxiliam em uma melhor qualidade de vida no tratamento conservador	Acompanhamento nutricional retarda a evolução da doença terminal.
Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde.	Aguiar et al.	Revista Brasileira de Epidemiologia, 2020.	Os cuidados com fatores emocionais são muito importantes no tratamento conservador. O paciente submetido ao tratamento possui nível de stress elevado e quadros de depressão.	A atenção para com o quadro emocional do paciente com DRC é muito importante na diminuição das complicações com durante o tratamento conservador.
Tratamento conservador de paciente com doença renal crônica que renuncia à diálise.	Castro	Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2019.	Estratégias para diminuir o estresse em pacientes com resistência ao tratamento. Profissionais de enfermagem precisam buscar estreitar laços com o paciente e buscar promover conforto e esperança para o mesmo.	O cuidado humanizado individualizado auxilia na diminuição dos níveis de estresse e quadros depressivos no paciente.
Letramento funcional em saúde e o conhecimento dos doentes renais crônicos em	Silva et al.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2019.	Importância da prática do tratamento individualizado e da relação amigável entre enfermeiro e paciente. Estreitar laços com o paciente aumenta os níveis	Cuidado do enfermeiro no tratamento com o paciente, chamando-o pelo nome e criando vínculo de

Tópicos nas ciências da saúde  
Volume VIII

<b>Título</b>	<b>Autoria</b>	<b>Revista/Ano de Publicação.</b>	<b>Síntese dos Resultados</b>	<b>Conclusão</b>
tratamento conservador.			de confiança do mesmo para com o profissional de enfermagem.	amizade melhora a aceitação do paciente e diminui os níveis de estresse.
Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise.	Santos et al.	ABCS Health Sciences, 2017.	Após a descoberta e do diagnóstico DRC e da necessidade da realização do procedimento de hemodiálise, os pacientes passam por um processo de rejeição e de aceitação, que interfere muito no seu estado emocional, podendo prejudicar o tratamento.	O procedimento de hemodiálise é doloroso e pode provocar mudanças de humor do paciente, evolução de quadros de depressão e considerável aumento de estresse.
A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde	Duarte; Hartmann	Revista SBPH, Rio de Janeiro, 2018.	Acompanhamento do enfermeiro durante a evolução do quadro clínico do paciente deve ser feita em loco, junto com o mesmo.	O enfermeiro deve auxiliar o paciente, elucidando-o sobre possíveis dúvidas durante o tratamento e acompanhar sua evolução e resposta aos procedimentos realizados.
Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do serviço ubaense de nefrologia.	Soares et al.	Revista Científica FAGOC-Saúde, 2018.	Cuidado e observação de pacientes com DRC e diabetes principalmente com questões relacionadas à dieta.	Acompanhamento nutricional de pacientes com DRC retarda e evolução da doença.
Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise.	Marinho et al	Cadernos Saúde Coletiva, 2017.	O incentivo a prática de atividades físicas monitoradas e adaptadas melhoram a qualidade de vida do paciente com DRC.	A realização de atividades físicas monitoradas e adaptadas melhora a resposta ao tratamento.

<b>Título</b>	<b>Autoria</b>	<b>Revista/Ano de Publicação.</b>	<b>Síntese dos Resultados</b>	<b>Conclusão</b>
Qualidade de vida relacionada à saúde como preditor de óbito de pacientes em diálise peritoneal.	Oliveira et al.	Rev Rene, 2017.	Cuidados com a alimentação e saúde emocional do paciente.	O acompanhamento humanizado auxilia em uma resposta positiva do paciente durante o tratamento conservador.
Assistência de enfermagem na adaptação de paciente em hemodiálise.	Pereira et al.	Revista Ciência & Saberes, 2018.	O acompanhamento do enfermeiro durante a hemodiálise requer cuidado para com o paciente.	O enfermeiro deve a todo momento acompanhar o paciente durante a hemodiálise, prestando assistência até o final do procedimento.

Nos artigos pesquisados apresentaram a importância da prevenção à doença renal crônica, em se tratando da alimentação saudável, melhoria das atividades de prevenção e controle. Em estudos evidenciaram alguns fatores de risco para a prevalência de DRC, como: indivíduos da raça negra, problemas de acesso aos serviços de saúde assim como uma menor possibilidade de acesso a diagnóstico precoce de doença. Dessa forma, os efeitos socioeconômicos são um dos maiores responsáveis pela evolução severa e diagnóstica tardia da maioria dos casos de DRC (Almeida et al., 2019).

O cuidado humanização prestado a esses pacientes é essencial para diminuir fatores estressantes que o cotidiano do tratamento trás, um acolhimento antes, durante e depois das sessões de hemodiálise são essenciais, como é descrito por Reis et al. (2020) “(...) aprimorar e implementar a assistência aos pacientes é buscar meios contínuos de melhoria no processo de cuidado, trazendo cada vez mais profissionalismo e humanização à atividade exercida pelos enfermeiros”

O cuidado emocional faz parte dos tratamentos dos enfermeiros que estão a grande parte do tempo junto com os pacientes, além disso, é uma das funções do enfermeiro elucidar dúvidas quanto o tratamento do paciente e de seus familiares, como cita o Pretto et al. (2020) “As comorbidades intensificam demandas de tratamento e cuidados, com repercussão emocional, sintomas físicos e limitações, o que predispõe à depressão.”

Também foi abordada a postura do enfermeiro durante o cuidado e tratamento de pacientes com doença renal crônica. Foi ratificada a importância do cuidado individualizado e humanizado com o paciente, buscando o auxílio na diminuição de níveis de estresse e de surtos de depressão. O enfermeiro



deve auxiliar e assessorar o paciente durante os procedimentos de diálise, repouso e fornecimento de informações para os familiares e paciente (Silva, 2019).

Para Silva (2019) afirma que o papel do enfermeiro no cuidado e alívio do estado emocional do paciente é fundamental para que este possa ter um final de vida mais digno e menos sofrido quando este se encontra em estado durante a evolução do quadro clínico

## **CONCLUSÃO**

O diagnóstico precoce da doença renal crônica, o encaminhamento imediato para acompanhamento com a equipe especializada e a prática de medidas para retardar a progressão da doença, são estratégias básicas para a prevenção e controle correto da doença. A doença renal crônica é um quadro patológico que evolui de forma assintomática, sendo dessa forma frequentemente detectada de forma tardia, comprometendo muito o controle e tratamento. A informação e conhecimento dos sinais e da prevalência da DRC no Brasil são fundamentais para a incorporação de procedimentos de medidas de prevenção e tratamento prévio.

A atuação da equipe de enfermagem deve estar permeada de comprometimento na busca por auxiliar o paciente através de uma oferta de cuidado com eficiência. Cabe ao enfermeiro a prestação de atendimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar ao indivíduo que já possua a doença em estágio avançado. O atendimento para com o paciente deve ser humanizado e atrelado com a individualização da pessoa do mesmo, de modo a buscar estreitar laços e aumentar a confiança durante esse processo tão estressante para o enfermo. Também faz parte do papel do enfermeiro estimular ações de prevenção, elucidando a comunidade através de campanhas de educação e melhor explanação sobre o tema.

Vários são os fatores que dificultam a adesão ao correto tratamento, essa é uma oportunidade essencial do enfermeiro para aumentar a adesão do desse paciente ao tratamento, oportunizando condições essenciais a promoção das ações na prevenção de danos maiores a saúde desse paciente já acometido por algum problema renal agudo e/ou crônico.

Faz-se necessária uma observação por parte de todos da sociedade, profissionais da saúde, bem como todos os componentes dos órgãos públicos para obter proporcionar mais informações, divulgando as formas de prevenção e controle da doença renal crônica, seja na divulgação nos veículos de imprensa e promovendo campanhas de informação para a população em diversos formas e setores, objetivando diminuir prevalências do acometimento pela doença, que estão cada vez mais crescentes em nosso meio.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Almeida O et al. (2019). Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 24(5): 1689-1698. mai./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04332019>. Acesso em 05/10/2021.

- Aguiar LK et al. (2020). Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/JY5X7GG6mbjfdcX5gcGW6Km/?lang=pt>. Acesso em 10/10/2021.
- Bousquet-Santos K et al. (2017). Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1189-1199/>. Acesso em 05/10/2021.
- Castro MCM (2019). Tratamento conservador de paciente com doença renal crônica que renuncia à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41(1): 95-102. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n1/pt\\_2175-8239-jbn-2018-0028.pdf](https://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n1/pt_2175-8239-jbn-2018-0028.pdf). Acesso em 15/10/2021.
- Duarte L, Hartmann SP (2018). A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. *Revista SBPH*, 21(1): 92-111. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-08582018000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582018000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 15/09/2021.
- Freitas EOD (2018) *Terapia intensiva práticas na atuação da enfermagem*. 1. ed. São Paulo: Saraiva.
- Johnston S (2016) Symptom management in patients with stage 5 CKD opting for conservative management. *Healthcare (Basel)*, 4(4): 72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198114/>. Acesso em 05/04/2021.
- Marinho AWGB et al. (2017). Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25: 379-388. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jFW54KJnR8hSQX5svKL5Gjn/abstract/?lang=pt>. Acesso em 06/10/2021.
- Marinho CLA, Guerra B et al. (2017). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Rene*, 18(3): 396-403. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-833072>. Acesso em 22/10/2021.
- Oliveira M et al. (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde como preditor de óbito de pacientes em diálise peritoneal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, 24(2794): 1-8. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02794.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02794.pdf). Acesso em 06/10/2021.
- Park JI et al. (2016). Prevalence of Chronic Kidney Disease in Korea: the Korean National Health and Nutritional Examination Survey 2011–2013. *Journal of Korean Medical Science*, 31(6): 915-923. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4853671/>. Acesso em 21/04/2021.
- Pereira L et al. (2018). Assistência de enfermagem na adaptação de paciente em hemodiálise. *Revista Ciência & Saberes, Maranhão*, 4(4):1310-1616. Disponível em:

<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/589/269>. Acesso em 06/10/2021.

Pereira RMP et al. (2017). Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70: 851-859. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jFW54KJnR8hSQX5svKL5Gjn/abstract/?lang=pt>. Acesso em 06/10/2021.

Pretto CR et al. (2020). Depressão e pacientes renais crônicos em hemodiálise: fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/q4nVJQS64LCX6FbJpv45ZBs/abstract/?lang=pt>. Acesso em 05/10/2021.

Reis LM et al. (2020). Competências de enfermagem ao paciente com insuficiência renal crônica. *Revista Artigos*. 23. Disponível em: <file:///C:/Users/55289/Downloads/5484-Artigo-61361-2-10-20201224.pdf> Acesso em 05/10/2021.

Silva JRR et al. (2019). Letramento funcional em saúde e o conhecimento dos doentes renais crônicos em tratamento conservador. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9470>. Acesso em 15/09/2021.

Santos BP et al. (2019). Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sciences*, 42(1). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833072>. Acesso em 20/09/2021.

Soares FC et al. (2018) Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do serviço ubaense de nefrologia. *Revista Científica FAGOC-Saúde*, 2(2): 21-26. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/232>. Acesso em: 28/09/2021.


SBN (2015). Insuficiência renal crônica. Sociedade Brasileira De Nefrologia. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude/2083insuficiencia-renalcronica#:~:text=Insuici%C3%A0ncia%20renal%20%C3%A9%20a%20condi%20C3%A7%C3%A3o,%C3%A9%20lenta%20C%20progressiva%20e%20irrevers%20C3%ADvel>. Acesso em: 29/10/2021.

Sherwood L (2018) *Fisiologia humana das células aos sistemas*. 7. ed. São Paulo: Cengage Learning.


## Segurança do paciente: a importância e a efetividade do checklist de cirurgia segura

Recebido em: 02/02/2022

Aceito em: 11/02/2022

 10.46420/9786581460303cap5

Marcelo Costa Vicente<sup>1\*</sup> 

Agimar Soares de Oliveira<sup>2</sup> 

Nínive Camilla da Silva<sup>2</sup> 

Rogéria Souza Pádua Almonfrey<sup>2</sup> 

Larisse Souza Cerqueira<sup>3</sup> 

Rozeli Brandão da Silva Mendes Leite<sup>3</sup> 

### INTRODUÇÃO

Em um ambiente hospitalar, o centro cirúrgico é um dos setores de maior complexidade. Exigindo manutenção na segurança ao paciente e maior conforto para a equipe de saúde (Ramos et al., 2021). Ainda no setor existe uma série de protocolos que torna apto a prática cirúrgica segura, visando atender as demandas e minimizando as intercorrências que possam afetar a segurança do paciente (Panzetti et al., 2020).

O enfermeiro é um profissional de suma importância para um bom funcionamento do centro cirúrgico, suas funções são amplas e abrangem tanto a parte assistencial quanto o gerencial, com foco em encontrar melhores condições de prestar uma assistência de qualidade e segurança para o paciente, antes, durante e após o ato cirúrgico (Moraes et al., 2020).

A maior parte dos eventos adversos que ocorrem no centro cirúrgico, acontecem por falta de supervisão, como identificação do paciente, demarcação cirúrgica e exames pré-operatórios incompletos. Para que a segurança do paciente seja efetiva existe a necessidade de implantar programas de qualificação, com novos treinamentos, novas tecnologias, buscando atender as necessidades da empresa e dos profissionais e a execução dos protocolos de segurança, a exemplo o *Checklist* de cirurgia segura (Moraes et al., 2020).

Essa pesquisa se justifica pela necessidade de identificar a importância da utilização do *Checklist* de cirurgia segura por parte dos profissionais da saúde, principalmente, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e a utilização desses métodos como meio de proporcionar maior segurança para o paciente nos procedimentos cirúrgicos. Nesse contexto, a pesquisa teve como objetivo analisar a

<sup>1</sup> Autor e docente Centro Universitário FAESA.

<sup>2</sup> Discente Centro Universitário FAESA.

<sup>3</sup> Co-autoras Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM/UFES.

\* Autor correspondente: enfmcarcelovicente@gmail.com

efetividade/aplicabilidade do *Checklist* de cirurgia segura em centros cirúrgicos de hospitais da grande vitória.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Manrique et al. (2015), o setor hospitalar com maior número de riscos para que ocorram eventos adversos é o centro cirúrgico. Estes riscos podem estar associados a várias causas, como por exemplo, a complexidade dos procedimentos que são realizados neste setor, não marcação do local da cirurgia, o quadro clínico do paciente e o constante trabalho sob pressão que a equipe fica exposta.

Entretanto, a cirurgia é um recurso utilizado quando realmente não há outros tipos de intervenções não tão invasivos que possam ser utilizados. Diariamente, milhares de pessoas no mundo são submetidas a procedimentos cirúrgicos para a melhora de seu quadro clínico ou mesmo para evitar que ele seja piorado (Santos et al., 2020).

O enfermeiro precisa ter preparo para oferecer um atendimento qualificado aos pacientes, pois, o centro cirúrgico é um local complexo e que necessita maiores atenções e especialização para que seja diminuído os riscos comuns. Estes riscos estão presentes desde os mais simples procedimentos cirúrgicos até os mais complexos como as cirurgias neurológicas, cardíacas e torácicas (Sousa et al., 2020).

Quando se trata da segurança do paciente é importante levar em consideração todo um conjunto de ações de prevenção e segurança que tem como objetivo diminuir as chances de que ocorra danos ao paciente, além disso, deve ser evitado sempre qualquer tipo de eventos adversos durante qualquer procedimento realizado ao paciente durante a hospitalização (Cauduro et al., 2015).

A campanha “Cirurgia Segura Salva Vidas”, criada pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, teve um papel essencial em abordar questões importantes relacionadas a segurança do paciente, um dos pontos colocados pela campanha foram as práticas inadequadas realizadas no momento da anestesia. Outro ponto abordado e de extrema relevância foram as questões de infecções cirúrgicas, além de outros temas como falta de comunicação clara entre a equipe cirúrgica (Manrique et al., 2015).

A campanha realizada pela Aliança da qual possuía o slogan "Cirurgia Segura Salva Vidas", teve como uma de suas pautas mais importantes, a divulgação da lista de verificação cirúrgica ou *Checklist* cirúrgico visando à identificação das normas com o intuito de serem aplicadas universalmente e de responsabilidade geral de toda a equipe (Manrique et al., 2015).

Os autores Giles et al. (2017) realizaram pesquisas que foram capazes de mostrar a relevância da aplicação do *Checklist* cirúrgico em relação a diminuição de riscos de eventos adversos. Após a implementação do *Checklist*, observou-se mudanças em relação a diminuição de mortes, bem como as morbimortalidades no centro cirúrgico.

Segundo Sousa et al. (2020) descrevem em sua pesquisa, que muitas unidades de saúde já possuem os protocolos de segurança cirúrgica implementados, porém, eles nem sempre são usados devido a falhas

de comunicação entre a equipe ou a falta de padronização das instituições, contudo é de suma importância uma maior interação entre as equipes para padronizar os cuidados perioperatórios.

Contudo, alguns autores como Pancieri et al. (2013) afirmam que a implantação do *Checklist* tem um custo pequeno, resumindo-se apenas na reprodução do material e a aplicação do mesmo, porém a maior dificuldade da aplicação está na equipe cirúrgica. Isso pode ser explicado pelo vício de rotina adquirido pelos próprios profissionais que estão habituados a seguir o mesmo padrão e encontram resistência em aplicar novos protocolos.

Para que qualquer tipo de procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura para o paciente, é preciso que os profissionais que compunham a equipe, sejam capacitados, equipamentos, ambiente e materiais estejam adequados para a realização do procedimento, entre outros. Sendo assim, a OMS desenvolve a Lista de Verificação de Cirurgia Segura como estratégia para minimizar os riscos de incidentes cirúrgicos (Brasil, 2013).

As Organizações Pan-Americanas de Saúde (OPAS) (2010) disponibilizaram uma lista de verificação de segurança cirúrgica em formato de *Checklist*, da qual possui todas as informações necessárias e importantes que devem ser conferidas antes, durante e após o procedimento cirúrgico.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Tratou-se de uma pesquisa transversal, quantitativa e descritiva, cuja investigação será baseada no perfil de profissionais atuantes em centro cirúrgico na grande Vitória-ES. A pesquisa foi realizada com médicos cirurgiões e anestesistas, técnicos de enfermagem, instrumentadores cirúrgicos e enfermeiros atuantes nos centros cirúrgicos de hospitais públicos e particulares da grande Vitória-ES.

Participaram da pesquisa uma amostra de 102 profissionais: 31 técnicos de enfermagem, 16 enfermeiros, 18 médicos anestesistas, 18 médicos cirurgiões de diversas especialidades e 19 instrumentadores cirúrgicos. E ainda 23 não participaram dessa pesquisa por não estarem disponíveis para o preenchimento do questionário. A escolha dos hospitais pesquisados se deu de forma aleatória, sem nenhum pretexto para a escolha ou possíveis conflitos de interesse. Os participantes tiveram 15 dias para responder o questionário, que ocorreu no período do dia 27 de setembro a 11 de outubro de 2021.

Foram convidados a participar da pesquisa 125 profissionais de centro cirúrgico, os trabalhadores foram convidados de forma aleatória, através do conhecimento prévio dos participantes. Para a participação da pesquisa, foram enviados os links do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido junto com o questionário da pesquisa estruturado com 14 questões objetivas e uma questão discursiva, criadas pelos autores, baseando nos principais problemas encontrados na literatura sobre o preenchimento do checklist, de cirurgia segura, questionário esse construído no Google Forms, de forma digital, sendo encaminhado o *link* através do WhatsApp dos participantes. Esse envio foi realizado dessa forma, devido as medidas de prevenção e controle da Covid 19, como problema de saúde pública. Os dados foram

analisados e interpretados de forma simples com auxílio do programa Microsoft Office Excel e uso dos gráficos do Google Forms.

Como critério de inclusão, participaram deste estudo, funcionários atuantes somente em centro cirúrgico e como critério de exclusão funcionários que não responderam o questionário, por algum motivo, aqueles que estiveram de férias, de atestado médico ou aqueles que enviaram o questionário respondido depois da data final - 11 de outubro de 2021.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi aplicada apenas aos profissionais de saúde que trabalham em centro cirúrgico, sendo 4 hospitais particulares, 2 filantrópicos e 2 hospitais públicos. Para um melhor esclarecimento dos resultados, os dados do questionário respondido pelos profissionais de saúde, foram tabulados na tabela seguinte:

**Tabela 1.** Distribuição dos resultados encontrados na amostra dos profissionais que atuam no centro cirúrgico da grande Vitória -ES.

1 - Qual a sua função dentro do serviço de saúde.	Téc de enfermagem <b>30,45%</b>	Enfermeiro <b>15,7%</b>	Anestesista <b>17,65%</b>	Cirurgião <b>17,6%</b>	Instrumentador <b>18,6%</b>
2 - Na instituição em que você trabalha, existe o checklist de cirurgia segura?	Sim <b>99%</b>	Não <b>1%</b>			
3 - Quem é o profissional responsável por preenche-lo?	Téc de enfermagem <b>85,3%</b>	Enfermeiro <b>10,8%</b>	Anestesista <b>2%</b>	Cirurgião <b>0,95%</b>	Instrumentador <b>0,95%</b>
4 - Como você considera o preenchimento correto e completo do checklist?	<b>Muito importante</b> <b>88,2%</b>	Importante <b>11,8%</b>	Moderado <b>0%</b>	Não é importante <b>0%</b>	
5 - Como você avalia o preenchimento do checklist onde você atua?	Muito bom <b>24,5%</b>	Bom <b>51%</b>	Regular <b>21,6%</b>	Ruim <b>2,9%</b>	
6 - Existe falha no preenchimento do checklist?	Sim <b>74,5%</b>	Não <b>25,5%</b>			
7 - Se sim, quais seriam as falhas?	Preenchimento incompleto <b>53,3%</b>	Não há preenchimento <b>1,4%</b>	Preenchimento fictício <b>25,3%</b>	Checklist sem padronização <b>8%</b>	Outros <b>12%</b>
8 - Durante alguma cirurgia, já se deparou com o checklist sem preencher ou preenchido de forma inadequada?	Sim <b>70,6%</b>	Não <b>29,4%</b>			
9 - Se sua resposta foi SIM, quais foram suas atitudes diante deste fato?	Não corrigiu o erro <b>5,1%</b>	Corrigiu o erro encontrado imediatamente, informando o ocorrido ao responsável pelo preenchimento <b>65,8%</b>	Comunicou a sua chefia imediata sobre o ocorrido, afim de que este erro não se repita <b>11,4%</b>	Preferiu ficar calado, pois isso poderia prejudicar o colega que preencheu de forma errada <b>8,9%</b>	Nunca presenciei uma situação dessa <b>8,8%</b>
10 - Você já presenciou algum evento adverso devido ao preenchimento incorreto do checklist de cirurgia segura?	Sim <b>21,6%</b>	Não <b>78,4%</b>			
11 - Se a resposta foi SIM, cite ao menos um exemplo ou mais.	<b>Respostas em resultado e discussão.</b>				

Tópicos nas ciências da saúde  
Volume VIII

Questão 12: *Só responder se for Médico Anestésista. * Sabendo que existe três fases do checklist, sendo elas: 1º Fase – Antes da Indução Anestésica. 2º Fase – Antes da Incisão Cirúrgica. 3º Fase – Antes do paciente sair da sala Cirúrgica. Com que frequência lhe é perguntado sobre os itens do checklist que corresponde à 1º fase?	Muito frequente <b>46,2%</b>	Frequentemente <b>38,5%</b>	Ocasionalmente <b>3,8%</b>	Raramente <b>11,5%</b>	Nunca <b>0%</b>
Questão 13: *Só responder se for Médico Cirurgião. * Sabendo que existe três fases do checklist, sendo elas: 1º Fase – Antes da Indução Anestésica. 2º Fase – Antes da Incisão Cirúrgica. 3º Fase – Antes do paciente sair da sala Cirúrgica. Com que frequência lhe é perguntado sobre os itens do checklist que corresponde à 2º fase?	Muito frequente <b>4%</b>	Frequentemente <b>48%</b>	Ocasionalmente <b>28%</b>	Raramente <b>16%</b>	Nunca <b>4%</b>
Questão 14: *Só responder se for Instrumentador Cirúrgico. * Sabendo que existe três fases do checklist, sendo elas: 1º Fase – Antes da Indução Anestésica. 2º Fase – Antes da Incisão Cirúrgica. 3º Fase – Antes do paciente sair da sala Cirúrgica. Com que frequência lhe é perguntado sobre os itens do checklist que corresponde à 3º fase?	Muito frequente <b>9,7%</b>	Frequentemente <b>29%</b>	Ocasionalmente <b>9,7%</b>	Raramente <b>35,5%</b>	Nunca <b>16,1%</b>

Na primeira pergunta obteve-se respostas em relação a profissão de cada um, sendo que os técnicos de enfermagem se mostraram em maior quantidade totalizando 30,45% da equipe, 15,7% de enfermeiros, 17,6% médicos cirurgiões, 17,65% médicos anestésistas e 18,6% instrumentadores cirúrgicos. Em literaturas pesquisadas, evidencia que não existe um profissional certo para o preenchimento, tem que ter um coordenador. “Este coordenador designado para a checagem normalmente é uma enfermeira, mas pode ser qualquer médico ou profissional da saúde que participe da cirurgia” (Zambon, 2009).

De acordo com Silva et al. (2017), afirma que em 2008 a OMS teve como tema: Cirurgia Seguras Salvam Vidas, no qual o intuito era a redução de danos, e para isso deveria haver o conhecimento e a padronização dos procedimentos cirúrgicos e, neste trabalho ficou evidenciado que os colaboradores ao responder quanto a existência de um protocolo de checklist de cirurgia segura, 99% dos profissionais confirmaram que o estabelecimento onde trabalham possui o protocolo descrito acima. Pode ser comprovado também, que novamente os profissionais técnicos de enfermagem se destacam, apresentando como a maioria entre os colaboradores responsáveis pelo preenchimento do *checklist*, totalizando 85,3% seguidos pelos enfermeiros que somam 10,8% das pessoas entrevistadas.



Quanto ao preenchimento do checklist que quando realizado de maneira correta está relacionado diretamente com a segurança do paciente, a 4ª pergunta comprova que a maioria dos funcionários reconhece a importância do mesmo, sendo representado da seguinte forma: 88,2% consideram muito importante e 11,8% importante. “a importância do preenchimento do checklist de cirurgia segura e quão necessário ele é para a própria segurança do paciente” (Ribeiro et al., 2017).

Os entrevistados foram questionados a fim de avaliar a qualidade da execução deste processo nas instituições onde trabalham. O resultado evidencia que 51% dos colaboradores declara ser bom, 24,5% muito bom e 21,6% afirmam ser regular o preenchimento do *checklist* de cirurgia segura. Correia et al. (2019), corrobora com o fato de descrever que a qualidade da aplicação do *checklist* ainda é muito baixa, mesmo ele sendo aplicado, ainda a qualidade do preenchimento fica a desejar.

Apesar dos evidenciados, 25,5% dos entrevistados declararam que não existem falhas no preenchimento dos checklists, uma grande maioria, ou seja 74,5% deixaram claro que existem falhas no preenchimento. A fim de identificar quais seriam esses erros, a 7ª questão foi aplicada, onde pôde ser observado que 53,3% consideram que o *checklist* é realizado de forma incompleta; 25,3% evidenciam preenchimentos hipotéticos, 8% falta de padronização, e o restante apontaram outros erros ou mesmo, a não execução do processo. Ribeiro et al. (2019) revela que “adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios, também corrobora com a opinião de que mesmo o *checklist* sendo preenchido, ainda assim, há muita inconsistência no momento do preenchimento”.

Quanto ao preenchimento do *checklist*, 70,6% dos colaboradores afirmam se depararem com *checklist's* em branco ou preenchidos de forma inadequada durante a cirurgia, contra 29,4% que alegam não evidenciar tal falha. Alguns autores relatam em suas pesquisas que “a maior deficiência do protocolo de *checklist*, está no preenchimento inadequado do *checklist*” (Paiva et al., 2015).

Após a confirmação da existência de falhas no processo, o questionário avança no sentido de identificar as ações para elucidar os erros acima listados. Os apontamentos mostraram que 65,8% dos entrevistados realizaram correções tão logo identificaram os erros; 11,4% comunicaram imediatamente a chefia, 8,9% decidiram se calar com receio de prejudicar o colega; 8,8% relataram nunca presenciaram este tipo de falha e uma pequena parcela composta por 5,1% responderam que não realizaram nenhum tipo de correção. Silva et al. (2017), “declara que a falta de comunicação entre a equipe é fator crítico e para isso a mesma deve ter uma comunicação mais assertiva”.

Em relação aos eventos adversos, podem ocorrer devido preenchimento inadequado do *checklist*, o que traz prejuízos para o paciente. Esta questão revelou que 21,6% dos interrogados já presenciaram ocorrências inesperadas e 78,4% relatam que falhas na execução do *checklist* e que não levou ao surgimento de eventos adversos. Entretanto, alguns estudos mostram “que muitos erros hospitalares que levaram pacientes a óbito poderiam facilmente ser evitado” (Mendelssonh, 2012).

A questão 11 traz exemplos de eventos adversos que aconteceram devido ao preenchimento incorreto do *checklist* de cirurgia segura. Alguns deles são: “erro de lateralidade, alergia a medicamento não

*sinalizado no checklist, médicos se recusam a responder as perguntas, início da anestesia sem a correta checagem dos materiais utilizados na anestesia, equipamentos não foram checados adequadamente, reserva de sangue não havia sido confirmada porém estava checada no checklist, cirurgia cancelada por falta de material, iniciar anestesia e material para cirurgia não estava completo, preencher o checklist com paciente em procedimento, profilaxia antimicrobiana descrita divergente da medicação infundida no paciente”.*

As questões 12, 13 e 14 deveriam ter sido respondidas apenas por médicos anestesistas, cirurgiões e instrumentadores cirúrgicos respectivamente. Entretanto, os números mostraram que alguns desses profissionais responderam de forma que não corresponde a sua profissão.

Ainda assim, dos anestesistas quando abordados sobre a frequência que são questionados sobre os itens que compõe 1ª fase, antes da indução anestésica, 46,2% responderam que isso ocorre de forma muito frequente; 38,5% frequentemente e 11,5% raramente são abordados. Quanto aos médicos cirurgiões, 48% responderam que são frequentemente abordados com a relação a 2ª fase do *checklist*, antes da incisão cirúrgica, 28% ocasionalmente e 16% raramente acontece. Já os instrumentadores cirúrgicos, somente 9,7% responderam que são questionados muito frequentemente sobre os itens da 3ª fase, relacionada ao momento antes do paciente sair da sala cirúrgica; 29% frequentemente; 9,7% ocasionalmente; 35,5% responderam que raramente ocorre e 16,1% relataram que nunca são abordados.

Contudo, e ainda sobre estes dados expostos, e correlacionando com uma pesquisa realizada no 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT), citada por Silva et al. (2017), na qual ficou verificado que 65,3% dos profissionais pesquisados mencionaram desconhecer total ou parcialmente o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, pode-se dizer que o problema não é apenas do hospital local, mas sim um problema nacional.

## CONCLUSÃO

Perante o estudo realizado, ficou evidenciado uma deficiência clara na elaboração ou no preenchimento do Checklist Para a Segurança do Paciente e, pode-se concluir que todos os envolvidos no preenchimento do mesmo, em algum momento, deixou de cumprir o seu papel na realização do documento. Neste estudo podemos, também, apontar que o erro não tem uma classe específica, seja médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, ambos estão claramente cometendo alguma falha no processo, o que ficou claro nos resultados apresentados na tabela acima.

O resultado poderia ser diferente se todos os envolvidos tivessem a consciência no preenchimento desse instrumento afim de evitar eventos adversos, e a implementação de um Procedimento Operacional Padrão (POP), que poderia ser confeccionado pela instituição hospitalar como a principal função de orientar todos os envolvidos na realização da cirurgia, visto que, os hospitais tem uma grande rotatividade de profissionais. Este POP, serviria como padronização do preenchimento do *Checklist* e mesmo que um novo funcionário chegasse no hospital, ele teria um apoio documental que poderia ajudá-lo a preenche-lo de maneira correta e saberia também da sua real necessidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil (2013). Protocolo para Cirurgia Segura. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.
- Cauduro FLF et al. (2015). Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. *Rev. Cogitare enferm*, 20(1): 130-135. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36645/24859>. Acesso em: 18 set. 2021.
- Correia MTD et al. (2019). Segurança e qualidade em cirurgia: a percepção de cirurgiões no Brasil. *Rev Col Bras Cir*, 46(4): 21-46. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/SS54XGcJCQSZBCm45XStKTr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2021.
- Giles K et al. (2017). Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: na observational study. *ANZ J Surg*, 87(12). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ans.13638>. Acesso em: 18 set. 2021.
- Manrique BT et al. (2015). Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. *Acta Paul Enferm*, 28(4):356. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/apc/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0355.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.
- Mendelssonh P (2012). Cirurgia segura: armadilhas na prática cirúrgica. *Brasília Med*, 49(1): 59-65. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v49n1a10.pdf>. Acesso e 18 out 2021.
- Moraes CLK et al. (2020). A percepção da equipe de enfermagem acerca da utilização do checklist de cirurgia segura no centro cirúrgico em uma maternidade do Sul do Brasil. *Glob Acad Nurs*, 1(3): 1-8. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/29>. Acesso em: 18 out. 2021
- OPS (2010). Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual: cirurgias seguras salvam vidas. ANVISA: Brasília. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf). Acesso em: 18 out. 2021.
- Pancieri AP et al. (2013). Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev. Gaucha Enferm*, 34(1):73. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n1/09.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.
- Paiva ACR et al. (2015). Checklist de cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório, 18(2): 63-80. Disponível em: <file:///C:/Users/Rodrigo/Downloads/11697-Texto%20do%20artigo-47121-1-10-20161020.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

- Panzetti TNM et al. (2020). Adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de cirurgia segura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(2): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2519.2020>. Acesso em: 18 set. 2021.
- Ramos CS et al. (2021). Occupational stress present in the activities of the nursing team in the operating room: Integrative review. *Research, Society and Development* 10(4): 13. Disponível em: <https://www.rsjournal.org/index.php/rsd/article/view/13872>. Acesso em: 9 out. 2021.
- Ribeiro HCTC et al. (2017). Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(10): 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>. Acesso em: 9 out. 2021.
- Santos EA et al. (2020). Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 38: 75-88. Disponível em: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682020000100075&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100075&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 set. 2021
- Silva FMS et al. (2017). Conhecimento dos profissionais da saúde sobre checklist de cirurgia segura. *Revista Ciência da Saúde* 24(3): 71-78 Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/731/714>. Acesso em 15 nov. 2021.
- Sousa ADR et al. (2020). O enfermeiro na conscientização da equipe cirúrgica no preenchimento adequado do checklist de cirurgia segura. *ReBis, Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2(3): 01-04. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/101/93>. Acesso em: 18 out. 2021.
- Zambon LS (2009). Manual de Implementação do Checklist da Campanha “Cirurgia Segura Salva Vidas” da OMS:01. Disponível em: [https://www.medicinanet.com.br/conteudos/qualidade-e-seguranca/2102/manual\\_de\\_implementacao\\_do\\_checklist\\_da\\_campanha\\_%E2%80%9Ccirurgia\\_segura\\_salva\\_vidas\\_%E2%80%9D\\_da\\_oms.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/qualidade-e-seguranca/2102/manual_de_implementacao_do_checklist_da_campanha_%E2%80%9Ccirurgia_segura_salva_vidas_%E2%80%9D_da_oms.htm). Acesso em 15 nov 2021.

**Índice Remissivo**

**A**

Amaturá, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

**Ch**

Checklist, 48, 49, 50, 51, 54

**C**

COVID-19, 28, 30, 32, 33

**D**

Doença renal crônica, 43

**F**

Fisioterapia, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17

**P**

Pandemia, 30

**S**

SARS-COV-2, 28, 29, 30, 33

Segurança do paciente, 48

**T**

Tratamento conservador, 42, 46

**U**

Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, 7, 8

## Sobre a organizadora



### **Aris Verdecia Peña**

Médica, graduada em Medicina (1993) pela Universidad de Ciencias Médica de Santiago de Cuba. Especialista em Medicina General Integral (1998) pela Universidad de Ciencias Médica de Santiago de Cuba. Especializada em Medicina en Situaciones de Desastre (2005) pela Escola Latinoamericana de Medicina em Habana. Diplomada em Oftalmología Clínica (2005) pela Universidad de Ciencias Médica de Habana. Mestrado em Medicina Natural e Bioenergética (2010), Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba. Especializada em Medicina Familiar (2016) pela Universidade de Minas Gerais, Brasil. Profesora e Instructora da Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba (2018). Ministra Cursos de pós-graduação: curso Básico Modalidades de Medicina Tradicional em urgências e condições de desastres. Participou em 2020 na Oficina para Enfrentamento da Covi-19. Atualmente, possui 11 artigos publicados, e seis organizações de e-books



**Pantanal Editora**

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000  
Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil  
Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp)  
<https://www.editorapantanal.com.br>  
[contato@editorapantanal.com.br](mailto:contato@editorapantanal.com.br)