

Humanização em saúde: *um olhar sobre a arte de cuidar*

Organizadores

Liga de Humanização no Cuidado em Saúde - 2022

Danielle Rodrigues Vendramini

Fabiana Luiza Hornung

Gabriel Savogin Andraus

Julianna Rodrigues Beltrão

Maira Liane Ferreira de Oliveira

Marianna Rodrigues Beltrão

Paulo de Tarso Secrez

Raisa Natalia Dotto

Thais Cristina Marques Simão

Thiago Hanel Dezan



Humanização em saúde: *um olhar sobre a arte de cuidar*

Organizadores

Liga de Humanização no Cuidado em Saúde - 2022

Danielle Rodrigues Vendramini
Fabiana Luiza Hornung
Gabriel Savogin Andraus
Julianna Rodrigues Beltrão
Maira Liane Ferreira de Oliveira
Marianna Rodrigues Beltrão
Paulo de Tarso Sedrez
Raisa Natalia Dotto
Thais Cristina Marques Simão
Thiago Hanel Dezan

2022©Daniele Rodrigues Vendramini *et al*
Todos os direitos reservados aos organizadores.

O conteúdos dos artigos é de responsabilidade dos autores.

EXPEDIENTE:

Diretora e editora-chefe: Rosenéia Hauer

Capa: Luciana Ramos

Projeto gráfico e diagramação: Texto e Contexto Editora.

H918 Humanização em saúde: um olhar sobre a arte de cuidar/
organizado por Daniele Rodrigues Vendramini et al. Ponta Grossa:
LAHCS, 2022.
352 p.; il.

ISBN: 978-65-88461-91-4
DOI: 10.54176/MLCS7453

1. Medicina – atendimento humanizado. 2. Saúde –
humanização. I. Vendramini, Daniele Rodrigues et al. (Org.).
II. T.

CDD: 614

Ficha Catalográfica Elaborada por Maria Luzia F. B. dos Santos CRB 9/986

<https://doi.org/10.54176/MLCS7453>

Texto e Contexto

EDITORA

www.textoecontextoeditora.com.br
contato@textoecontextoeditora.com.br
(42) 988834226 - whatsapp

CONSELHO EDITORIAL:

Presidente:

Dr^a. Larissa de Cássia Antunes Ribeiro (Unicentro)

Membros:

Dr. Fábio Augusto Steyer (UEPG)

Dr^a. Silvana Oliveira (UEPG)

Doutorando Anderson Pedro Laurindo (UTFPR)

Dr^a. Marly Catarina Soares (UEPG)

Dr^a. Naira de Almeida Nascimento (UTFPR)

Dr^a Letícia Fraga (UEPG)

Dr^a. Anna Stegh Camati (UNIANDRADE)

Dr. Evanir Pavloski (UEPG)

Dr^a. Eunice de Moraes (UEPG)

Dr^a. Joice Beatriz da Costa (UFFS)

Dr^a. Luana Teixeira Porto (URI)

Dr. César Augusto Queirós (UFAM)

Dr. Valdir Prigol (UFFS)

Dr^a. Clarisse Ismério (URCAMP)

Dr. Nei Alberto Salles Filho (UEPG)

Dr^a Ana Flávia Braun Vieira (UEPG)

Dr. Marcos Pereira dos Santos (UTFPR)

SUMÁRIO

Apresentação	7
1 Humanização na UTI Adulto	9
2 Humanização em UTI Pediátrica e Neonatal	25
3 Abordagem Humanizada no Atendimento do Público LGBTQIA+	45
4 Humanização no Atendimento à População Negra	56
5 Atendimento Humanizado para Crianças Especiais	82
6 Humanização no Cuidado às Pessoas Idosas	94
7 Desafios para Comunicação no Contexto da Humanização	112
8 Humanização no Atendimento Oncológico Adulto	127
9 Humanização na Oncologia Pediátrica	143
10 Hiperutilizadores do Sistema de Saúde	159
11 Atendimento Humanizado a Vítimas de Violência	170
12 Humanização em Situações de Catástrofes e Emergências	197
13 Pré-Natal Humanizado	214

14	Humanização do Parto	230
15	Humanização no Cuidado de Pessoas em Situação de Rua	246
16	O Papel do Palhaço na Humanização do Cuidado	266
17	Cuidados Paliativos	281
18	Humanização no Sistema Único de Saúde (Sus): O Brasil que Acolhe	300
19	Atendimento Humanizado e Transtornos Mentais	318
20	Abordagem Humanizada por Meio da Integração Espiritualidade e Crenças no Atendimento em Saúde	336

APRESENTAÇÃO

A confecção deste livro é a concretização de que a Liga de Humanização no Cuidado em Saúde - LAHCS - passa a se tornar uma entidade estudantil madura, capaz de almejar voos mais altos com capacidade de expandir suas ideias e metodologias de atuação extraclasse para outros campos acadêmicos, sociais e comunitários, abrangendo todos que se identifiquem o conceito de que a humanização pode ser uma das formas de mudar as relações interpessoais. Consolidamos com o passar do tempo a força das bases filosóficas e dos nossos princípios norteadores de solidariedade, empatia e amor para com o próximo.

Esse projeto se baseia na exposição de como a humanização se encaixa em diversos contextos e populações, isto é, como devemos conduzir de maneira empática frente a variadas situações. Importante ponderar que, ao imergir nesse livro, você, leitor, verá que o ato “humanizar” deve ser uma prática constante, mas individualizada para cada circunstância e momento.

Temos a plena convicção de que este trabalho se perpetuará por anos e será muito maior que cada um de nós. Por fim, cito aqui como forma de agradecimento, palavras de nosso professor orientador, Dr. Paulo de Tarso Sedrez: “Sinto-me plenamente realizado e feliz por ser um dos idealizadores para que tudo isso acontecesse. Meus mais sinceros agradecimentos a todos por acreditarem que seria possível, pela confiança quando haviam muitas dúvidas e por compartilharmos dos mesmos sonhos e ideais”.

*“Nascemos para quebrar barreiras;
Nascemos para humanizar;
Nascemos para disseminar saúde;
Nascemos para um motivo muito maior do que apenas viver”*
Leonardo Aguiar

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao
tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”*
Carl Jung

*“Curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar
sempre”*
juramento de Hipócrates

Humanização na UTI adulto

Ana Beatriz Calderon de Abreu¹; Fabiana Luiza Hornung²;
Isabella Vanelli³; Layla Raíssa Dantas Souza⁴;
Letícia de Oliveira Nascimento⁵;
Luana Aparecida Alves Silva⁶;
Márcia O Lima Azevedo da Silva⁷.

Revisoras:

Viviane Bernardes de Oliveira Chaiben⁸;
Fabiane Frigotto de Barros⁹;
Paula Müller Maingue¹⁰.

-
1. Enfermagem - 7º período - PUCPR.
 2. Medicina - 6º período - PUCPR.
 3. Enfermagem - 8º período - FPP.
 4. Medicina - 5º período - UFS.
 5. Enfermagem - 9º período - UNINASSAU.
 6. Fisioterapia - 5º período - UMC.
 7. Fisioterapia - 7º período - PUCPR.
 8. Médica graduada pela PUCPR, especialista em medicina intensiva pela AMIB e mestre em ciências da saúde pela PUCPR. Professora da Escola de Medicina da PUCPR.
 9. Enfermeira graduada pela FPP, especialista em pediatria e cuidados intensivos neonatais pela FPP e mestre em ensino nas ciências da saúde pela FPP. Professora do curso de Enfermagem da FPP.
 10. Fisioterapeuta graduada pela PUCPR, especialista em geriatria e gerontologia pela PUCPR, especialista em cuidados paliativos pela PUCMG e mestre em Bioética pela PUCPR. Professora do curso de Fisioterapia da PUCPR.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o ambiente de alta complexidade em que são admitidos pacientes em estado crítico, que necessitam de suporte qualificado e constante. É composta por recursos tecnológicos e humanos especializados. Por tratar-se de um local em que o duelo entre a vida e a morte é constante, a UTI é estigmatizada e pode acarretar medos, dúvidas, angústias e tristeza, gerando alterações psicológicas e sociais ao indivíduo e à família. Além disso, a restrição de acesso da família e a própria rotina da unidade são estressantes aos pacientes e contribuem para tornar o ambiente pouco humanizado. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o ambiente de alta complexidade em que são admitidos pacientes em estado crítico, que necessitam de suporte qualificado e constante. É composta por recursos tecnológicos e humanos especializados. Por tratar-se de um local em que o duelo entre a vida e a morte é constante, a UTI é estigmatizada e pode acarretar medos, dúvidas, angústias e tristeza, gerando alterações psicológicas e sociais ao indivíduo e à família. Além disso, a restrição de acesso da família e a própria rotina da unidade são estressantes aos pacientes e contribuem para tornar o ambiente pouco humanizado. Entretanto, a humanização do atendimento é uma importante ferramenta auxiliadora do tratamento, gerando maior conforto físico e psicológico ao doente e seus familiares. A humanização é um processo que necessita ser individualizado, visto que deve-se dar a atenção necessária a cada indivíduo e a cada família de maneira particular, atendendo às particularidades e peculiaridades de cada pessoa. É, portanto, uma mudança de atitudes e de comportamento frente ao paciente e seus familiares^{1,2,3,4,5,6}.

Acolhimento da Equipe Multidisciplinar ao Paciente da UTI

A UTI é composta por uma equipe muito variada de profissionais, são eles:

- Cirurgião dentista intensivista: promove conforto e saúde bucal, através da prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões bucais, além da realização de procedimentos emergenciais em pacientes críticos;
- Enfermeiro: apresenta papel assistencial essencial, supervisiona o grupo técnico de enfermagem, a higienização e o controle das medicações e prescrições;

- Técnico de enfermagem: suas atividades compõem um conjunto de práticas, apoiando o diagnóstico, a prevenção e o tratamento do doente;
- Farmacêutico: apoia o uso das medicações, visando a segurança e individualização do tratamento medicamentoso;
- Fisioterapeuta: atua na manutenção e prevenção de aspectos fisiológicos que ficam em risco em pacientes restritos ao leito de UTI;
- Fonoaudiólogo: atua na avaliação, orientação e reabilitação em funções como a fala, deglutição, linguagem e voz;
- Médico intensivista: possui amplo conhecimento clínico e cirúrgico, e é responsável pelo diagnóstico, prescrição de medicação, e realização de procedimentos complexos;
- Médico-residente intensivista: auxilia diretamente o médico intensivista em suas funções;
- Nutricionista: responsável pelo diagnóstico e prescrição nutricional, garantindo o aporte calórico proteico, glicêmico e vitamínico do paciente;
- Psicólogo: oferece apoio emocional ao paciente e seus familiares, sendo fundamental para estabelecer a humanização e o apoio necessários⁷.

Ética e empatia

Os princípios da ética profissional são base fundamental no cuidado do ser humano. Isso envolve a valorização das pessoas responsáveis pelo processo de cuidar, partindo do reconhecimento dos potenciais e especificidades de cada indivíduo, para compor estratégias capazes de levar o mais eficiente amparo ao paciente, em todos os níveis.

Ao nível estrutural e individual, é necessária a humanização da assistência em UTI, processo que exige planejamento de curto a longo prazo, de forma que favoreça a capacidade avaliativa, interativa e de aprendizado durante o processo de cuidado. Inúmeros fatores estruturais e logísticos são essenciais nesse quesito, como área física adequada, visitação diária em turnos diferentes, disponibilidade de profissionais em quantidades adequadas para fornecer descanso e recuperação para todos, além da ampla oferta de equipamentos e

insumos necessários à perfeita realização dos procedimentos e atendimentos ali prestados.

É também imprescindível a desconstrução da imagem pesada e sombria, comumente associada às unidades de tratamento intensivo. Evidentemente a internação nesse tipo de setor ocorre nos casos em que há maior risco de morte, mas é essencial combater qualquer tipo de sentimento e pensamento desalentador no paciente e naqueles que o cercam. Além de representar uma questão humanitária e de empatia, tal desconstrução pretende evitar interferências negativas no ânimo e condições psicológicas do paciente durante o tratamento, e mesmo no seu período de recuperação. Para tanto, uma das estratégias básicas é tranquilizar pacientes e acompanhantes através de uma comunicação adequada, de forma sóbria, porém leve, esclarecendo que o tratamento intensivo existe primordialmente para salvar vidas – e não o contrário.

A capacidade de se colocar no lugar do outro, ou seja, a empatia, é essencial para evitarmos frieza e distanciamento no contato com o paciente. Profissionais de saúde no ambiente de UTI tendem a se desconectar do sofrimento dos pacientes, tanto para manter o seu equilíbrio emocional, quanto para focarem de modo mais eficaz nas técnicas e métodos que precisam utilizar para salvar vidas. Sem dúvida, à medida que técnicas e equipamentos mais complexos vão sendo incorporados nas UTIs, redobra-se a exigência de qualificação e atenção dos profissionais no seu trabalho para realizá-lo de forma segura e eficaz. Todavia, o tecnicismo não pode tornar-se justificativa para um olhar pouco generoso justamente para a pessoa mais importante em um ambiente hospitalar: o paciente.

Há vários passos que podemos aplicar nessa importante ressignificação de valores. Buscar maior interação com a família a respeito dos cuidados prestados ao paciente, e solidarizar-se e interagir com eles a cada passo do tratamento, de forma sempre respeitosa em relação às crenças e culturas de cada grupo familiar, são essenciais. No trato com o paciente, oferecer um animado bom dia, perguntar como ele está se sentindo, buscando sempre em cada resposta uma oportunidade de reconforto a alguém exatamente como nós, imaginando como estaríamos em seu lugar, longe de nossa residência e da nossa rotina, em um ambiente estéril e apavorante para muitos.

Acima de tudo, o pensamento mais importante por trás de todas as decisões a serem tomadas pelo profissional de saúde no ambiente de trata-

mento intensivo é o de não apenas observar e reagir a cada situação, muitas vezes de forma automática, mas o de refletir e analisar profundamente o que mais poderia ser feito para proporcionar maior conforto e bem-estar geral ao paciente - e não apenas melhorar o órgão ou condição de saúde crítica sendo tratado. Nessa simples, porém desafiadora, atitude mental consiste a chave da sincera doação de um pouco de nós mesmos, o legítimo amor pelo próximo, humanizando-nos e tornando-nos verdadeiramente especialistas no ato de favorecer a cura^{8,9}.

Conforto físico e psicológico do paciente na UTI

A humanização no âmbito hospitalar significa abordar de forma individualizada e especial cada paciente e seus familiares, dar atenção diferenciada e demonstrar empatia. Ela se faz importante tanto para aumentar a eficácia do tratamento e a satisfação dos pacientes, quanto para garantir que eles sejam tratados com carinho e dignidade durante seu momento de fragilidade. Ações humanizadas podem, ainda, motivar o trabalho ao alegrar o ambiente¹⁰.

Pacientes em estado grave precisam de muitos medicamentos em seu tratamento. Nesse cenário, o relacionamento interpessoal é essencial para potencializar essa melhoria: palavras de carinho, incentivo e solidariedade reduzem a taxa de mortalidade, a depressão e, com a ajuda dos familiares, combatem o delirium¹¹.

Diante disso, a humanização na UTI pode ser promovida através de duas práticas: o conforto físico e o conforto psicológico¹⁰.

Conforto físico

Conforto é um estado de relaxamento e bem-estar que vai muito além do alívio da dor ou de incômodos físicos. O conforto deve ser oferecido em todos os setores da assistência, associado a um cuidado humanizado e de qualidade, que ocorra de forma integral, não se limitando apenas a um olhar técnico e biológico¹².

Oferecer um ambiente confortável e um cuidado humanizado são essenciais para o paciente. Porém, essas atitudes muitas vezes são minimizadas nos ambientes com muitas tecnologias. Algumas práticas que podem ser realizadas buscando diminuir o desconforto do enfermo são: prevenção de lesões com mudança de decúbito, higiene e limpeza do ambiente, aproximação com

entes queridos e uso do toque pelos profissionais. Essas são algumas medidas que proporcionam conforto ao paciente crítico na UTI, e é importante que toda a equipe esteja envolvida no cuidado^{12,13,14,15}.

Conforto psicológico

O cuidado psicológico está ligado à eficácia do tratamento físico e deve ter prioridade. Esse cuidado deve ser designado para minimizar o altíssimo estresse e o impacto das doenças e seu tratamento¹⁶.

Entende-se como família a unidade social de proximidade diretamente ligada ao paciente através do amor. Acreditando que o paciente é um segmento da família, e que essa tem um papel fundamental na sua recuperação, é de extrema importância atender as reais necessidades dos familiares. Eles devem ser vistos como pacientes secundários, pois chegam a UTI desconfiados e inseguros frente a realidade vivenciada e precisam ter a oportunidade de falar sobre a doença, seus medos e expressar seus sentimentos¹⁶.

Percepções dos profissionais de saúde acerca da humanização da UTI adulto

Antes de tratar das percepções de humanização em UTI dos profissionais de saúde é importante elencar alguns tópicos que podem dificultar esse processo. O primeiro é o fato de o ambiente de UTI ser equipado com um grande número de máquinas e tecnologias duras, mas essenciais para o cuidado ao paciente. Como esses equipamentos fornecem dados de suma relevância, o profissional tende a priorizar o relacionamento com a máquina, relegando o relacionamento com o paciente a um segundo plano¹⁷.

A segunda questão é que o cuidado tem se tornado cada vez mais complexo, exigindo dos profissionais um maior conhecimento técnico científico. Para suprir essa demanda, há uma crescente busca por especializações que em sua maioria ainda estão fundamentadas no modelo reducionista organicista da medicina vigente, o qual salienta a cura do corpo biológico, dando foco à doença e não ao paciente. Esse modelo reforça a formação de profissionais que não priorizam o processo saúde-doença¹⁸.

A humanização no cuidado visa resgatar a dignidade do paciente, mostrando a ele seus direitos, respeitando sua participação no processo de cura e estimulando sua autonomia, sendo realizada de maneira distinta e individualizada, pela equipe multidisciplinar¹⁹. Contudo, quando questionados sobre

a humanização em UTI, muitos profissionais demonstram dificuldade em definir o que é humanização e como aplicá-la no ambiente de terapia intensiva. Na maioria dos relatos, os profissionais confessam que esquecem de dialogar com o paciente, principalmente se ele estiver em coma, mesmo que nessa condição ainda possa ouvir¹⁷. Alguns afirmam, ainda, que “chegam a esquecer que o paciente é um ser humano”, pois na UTI as funções tendem a ser exercidas de forma automatizada, tornando o cuidado mecânico. A rotina intensa somada à complexidade da UTI, ao uso das tecnologias e ao estado de inconsciência de muitos pacientes, resulta em um trabalho mecânico, que é contrário ao conceito de humanização¹⁸.

Outro fator que contribui para o agravamento dessa situação é a desvalorização profissional, com condições inadequadas de trabalho e baixa remuneração, constantes cobranças no cumprimento de uma extensa lista de tarefas diárias e pressão psicológica, que gera estresse físico e mental¹⁹. Necessidade de jornada dupla ou tripla de trabalho é um dos desafios que os profissionais da saúde enfrentam e que os deixam exauridos, sem equilíbrio emocional para ofertar o cuidado humanizado, já que eles próprios se tornam necessitados de cuidado, pois, antes de serem profissionais da saúde, são seres humanos que precisam suprir suas necessidades básicas¹⁸. Assim sendo, o princípio de uma gestão humanizada começa com a valorização da equipe de atendimento pela instituição. Profissionais saudáveis contribuem para um ambiente saudável e de valorização do ser humano, reverberando num atendimento mais humanizado¹⁷.

Fatores estressantes e o papel dos familiares de pacientes da UTI adulto

A UTI é um ambiente com um nível constante de tensão. Atréada à alta complexidade tecnológica e às situações iminentes de emergência e instabilidade, gera um alto grau de estresse aos pacientes, aos familiares e à equipe de saúde que atua no setor^{20,21,22,23,24,25}.

O ambiente é percebido pelos familiares como um espaço agressivo e ameaçador, pois evidencia o risco de morte do paciente^{22,23}. As UTIs também são vistas como locais de preocupação e medo, sustentando a imagem de uma unidade fechada, restrita, de acesso limitado para os familiares, o que dificulta o contato do paciente com sua rede de apoio²⁴. Dessa forma, são

desencadeados determinados comportamentos e sentimentos, como dúvidas, desamparo, desorganização mental, imobilização frente às decisões inesperadas e outras reações, como depressão ou doenças geradas pelo estresse e pela ansiedade^{22,23,26}.

A hospitalização de um familiar em UTI geralmente ocorre de forma inadvertida, restando pouco tempo para o ajustamento familiar²⁷. Este fato provoca uma desestruturação em níveis biopsicossocial e espiritual, acompanhada por uma série de fatores estressantes²⁸, fazendo-os se sentir desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizar, diante de variadas necessidades a serem atendidas²⁷.

São considerados como principais fatores estressantes para os familiares: o tempo de internação²⁹; a gravidade clínica do paciente³⁰; a impossibilidade de permanência na UTI como acompanhante ao lado do paciente²¹; a longa espera pelo horário de visita²⁸; a insegurança sobre as reais condições do indivíduo, particularmente sobre o diagnóstico e prognóstico^{21,28}; a alteração do nível de consciência^{21,26,31,32}; o motivo que desencadeou a internação²⁶; a gravidade do quadro clínico^{21,31,32}; o coma²⁶; a dificuldade e/ou ausência de comunicação, o que implica na impossibilidade de tomada de decisões pelo paciente, transferindo para os familiares um papel central durante o tratamento, reabilitação e cuidados empregados após a alta^{21,26,30,31,32}; e a aparência do paciente internado (necessidade de ventilação mecânica, presença de curativos diversos, fios e aparelhos)^{21,31,32}.



Imagem 1: Principais fatores estressores para os familiares. Fonte: os autores, 2021⁵⁴.

Acredita-se que é praticamente impossível assistir o indivíduo de forma completa quando sua família é desconsiderada. Os familiares são suporte para a situação vivenciada pela pessoa adoecida e como tal adquirem o direito de ter o apoio da equipe para atender suas necessidades físicas, emocionais, intelectuais e espirituais^{33,34,35}. Dentre as medidas a serem adotadas para a redução do estresse em familiares está o desenvolvimento de estratégias preventivas, visando minimizar o desencadeamento de alterações emocionais a curto e longo prazo, como o acolhimento, aconselhamento e o apoio psicológico, principalmente quando os entes queridos estão em risco de morte^{26,36,37,38,39,40}. Além disso, recomenda-se o seguimento do acompanhamento psicológico, pois sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático persistem, mesmo após a alta hospitalar, em membros da família^{26,34,38,39,40,41}.

O horário de visita, um dos momentos de maior expectativa dos familiares, é outro fator impactante na redução do estresse em familiares e também em pacientes^{26,42}. Estima-se que a presença de um acompanhante pode diminuir o tempo de internação em UTI e reduzir o uso de ansiolíticos e/ou indutores do sono⁴³. Alguns profissionais mostram-se mais sensíveis à questão da visita e acabam permitindo que os familiares permaneçam na unidade por um tempo prolongado. Tal prática inicialmente positiva, no entanto, mostra-se também geradora de conflitos, uma vez que os critérios ficam confusos para os pacientes e seus acompanhantes. Sabe-se, entretanto, que uma ampliação e uma flexibilização do horário de visita são benéficas tanto para o paciente quanto para a família, sendo necessário, portanto, que a postura da equipe seja coesa diante da proposta de visitação⁴⁴.

É importante, também, que os profissionais de saúde busquem melhorar o relacionamento com a família, esclarecendo as chances de melhora e informando adequadamente a evolução do paciente. As informações passadas devem ser de fácil compreensão, fornecidas diariamente e respondidas com franqueza, esclarecendo quais os profissionais envolvidos no cuidado do paciente, e assegurando que o tratamento adotado é o melhor possível²⁶. Além disso, tendo em vista a complexidade do quadro clínico dos pacientes internados na UTI, cada contato entre o paciente e os seus familiares pode ser o último. Por isso, é importante intensificar essa interação, sendo o enfermeiro um importante agente potencializador, visto que, em alguns momentos, o familiar tem receio de tocar no paciente, devido a despersonalização causada pela presença de inúmeros dispositivos, e a presença de um profissional que

orientar e dar segurança para a família interagir com o paciente perfaz uma significativa estratégia de humanização em terapia intensiva durante a visita.

COVID-19

O cenário mundial foi totalmente alterado no final do ano de 2019, após a disseminação de um novo vírus na cidade de Wuhan, na China. O agente foi nomeado de SARS-Cov-2, e em pouco tempo ganhou abrangência internacional. A doença causada por ele, popularmente chamada de “COVID-19”, vem, de forma agressiva, sendo responsável pela quinta maior pandemia após a gripe espanhola em 1918⁴⁵. Diante disso, ocorre a necessidade do emprego de medidas de prevenção sanitárias de caráter mundial, com o objetivo de preservar a vida dos indivíduos⁴⁶. Para suprir tal necessidade, é fundamental obter conhecimento quanto a essa nova patologia. O SARS-Cov-2 é um vírus da família *Coronaviridae*, que gera, principalmente, infecção respiratória. Essa infecção apresenta distintos quadros clínicos, podendo ser sintomática, em pequena parte dos casos, e assintomática, na maior parte dos indivíduos. Dos pacientes sintomáticos, 40% necessitam de suporte ventilatório e hospitalização⁴⁵, e os principais sintomas apresentados são temperatura elevada, fadiga, dispnéia e cefaléia, e, em casos esporádicos, sintomas gastrointestinais.

A disseminação do vírus ocorre através do contato entre seres humanos, por meio de gotículas respiratórias. O período de incubação desta patologia é em torno de 14 dias⁴⁷. O diagnóstico da COVID-19 é feito por critérios avaliativos, realizado por um profissional de saúde, e possui dois possíveis quadros: a Síndrome Gripal, em que o paciente apresenta febre, tosse, coriza e dor de garganta; e a Síndrome Respiratória Aguda, em que o indivíduo refere dispnéia, pressão no tórax, e apresenta cianose de extremidades e saturação de oxigênio menor que 95%. Os testes disponíveis para o diagnóstico são exames laboratoriais (RT-PCR em tempo real) e teste imunológico (teste rápido)⁴⁶.

No que tange a prevenção da doença, há uma soma de medidas de segurança sanitária, como: realizar distanciamento social de um metro e meio, uso de máscara, higienizar as mãos com água e sabão, e utilizar álcool em gel 70%, não levar as mãos na face e limpar objetos externos antes de levá-los para casa⁴⁸. Além destes, a vacinação, entre os anos de 2020 e 2021, cerca de 200 projetos foram submetidos à OMS (Organização Mundial de Saúde), com objetivo de redução de mortos pela COVID-19. Os contribuintes para tal

ação são o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Butantan, AstraZeneca, Pfizer e entre outros. Em 17 de Janeiro de 2021, como um marco histórico para população, a primeira cidadã brasileira foi vacinada, como um suspiro de esperança. Com planejamento estratégico, os grupos prioritários são contemplados com a vacinação. Tão logo, os idosos, indígenas, comunidades quilombolas e ribeirinhas, trabalhadores de saúde, pessoas com comorbidades e entre outros. Ressaltando que as medidas de prevenção de contágio não se tornam excludentes após a vacinação⁵³.

Desde o início da pandemia da COVID-19, os hospitais da rede pública estadual implementaram diversas medidas com o objetivo de proporcionar um atendimento mais humanizado aos indivíduos. As equipes recorreram à tecnologia para aproximar pacientes e familiares, através da realização de videochamadas⁵⁰.



Imagens 2 e 3: registro de pacientes se comunicando com familiares por videochamada.
Fonte: Organização Social Pró-Saúde⁵⁰.

As recomendações do Ministério da Saúde, adaptadas aos protocolos de urgência para aplicação em hospitais nacionais, indicam que é necessário colocar dispositivos de proteção individual (EPI) (luvas, máscara PFF2, óculos ou tela protetora e avental impermeável) para entrar em contato ou cuidar de pessoas com suspeita de infecção, tornando o contato entre paciente e profissional da saúde restrito⁵¹.

Diante desse cenário, torna-se ainda mais importante praticar a humanização no cuidado aos pacientes acometidos com a COVID-19. É importante compreender que o paciente é um indivíduo com grande carga emocional e cultural, e que o cuidado a esse ser humano envolve inúmeras questões psicossociais, ambientais e familiares, necessitando de uma atenção integral e holística, e não apenas nos problemas fisiopatológicos. O processo de huma-

nização procura a valorização das particularidades do paciente, ressaltando sua autonomia e protagonismo, fazendo com que entenda de forma pontual suas carências. Para promover o cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva, a equipe de saúde deve lançar mão de ferramentas tecnológicas e empatia no ato da assistência, ações de conforto, como medidas de acolhimento físico no leito, também uma escuta assertiva, com objetivo de minimizar sentimentos de angústia, medo e tristeza, além de buscar reduzir os desconfortos advindos da patologia, em busca de medidas para tal controle⁵².

Considerações finais

O processo vivencial que envolve a humanização procura dar ao paciente o tratamento como pessoa humana que merece, dentro de cada circunstância peculiar que se encontra cada indivíduo em cada momento. A humanização deve ser trabalhada e desenvolvida de acordo com os interesses de um grupo ou de uma pessoa. O cuidar não é dever somente de uma classe profissional e sim um dever do ser humano para outro ser humano como pessoa⁴⁹.

O princípio de uma gestão humanizada começa com a valorização da equipe de atendimento pela instituição. Profissionais saudáveis contribuem para um ambiente saudável e de valorização do ser humano, reverberando num atendimento mais humanizado. Assim, a humanização do atendimento é uma importante ferramenta auxiliadora do tratamento, proporcionando maior conforto físico e psicológico ao doente e seus familiares. Para que esse processo seja eficaz, é necessário o acolhimento da equipe multidisciplinar, assim como a busca por maior interação com a família a respeito dos cuidados prestados ao paciente, sendo a empatia uma ferramenta essencial para se evitar a frieza e o distanciamento no contato com o paciente. Algumas práticas podem ser realizadas buscando diminuir o desconforto do enfermo, como prevenção de lesões com mudança de decúbito, higiene e limpeza do ambiente, e uso do toque pelos profissionais. Por fim, acredita-se que os familiares são suporte para a situação vivenciada pela pessoa adoecida, e como tal adquirem o direito de ter o apoio da equipe para atender suas necessidades físicas, emocionais, intelectuais e espirituais.

Referências

1. (No Title) [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-3/IIIDDD204.pdf
2. Artigo Original. 2015 [cited 2021 Mar 24]; Available from: www.eerp.usp.br/rlae
3. Lima CB De, Souza DR De, Almeida M. Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785 Oliveria EN, Félix TA, Mendonça CBL et. al. 2015;06.
4. Suellen J, Luana A, Dias De Mattos A. Hemilaine Mendonça do Nascimento.
5. (No Title) [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>
6. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface - Comun Saúde, Educ. 2009;13(suppl 1):571–80.
7. Profissionais UTI - AMIB [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.amib.org.br/covid-19/informacao/publico-geral/profissionais-uti/>
8. Assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI | Vieira | Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/58>
9. Santos CJ dos, Baleeiro JF. A visão do enfermeiro sobre o ponto de vista ético do paciente crítico em UTI. Rev Recien - Rev Científica Enferm [Internet]. 2012 Apr 5 [cited 2021 Mar 24];2(4):5. Available from: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/dx.doi.org%2F10.24276%2Frecien2177-157X.2012.2.4.5-9>
10. Mondadori AG, Zeni E de M, Oliveira A de, Silva CC da, Wolf VLW, Taglietti M. Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. Fisioter e Pesqui. 2016;23(3):294–300.
11. (No Title) [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
12. Em P, Na P. 1 Medidas De Conforto Praticadas Pelos Enfermeiros Aos Pacientes Em Palição Na Utí. :1–13.
13. A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS | Revista Interdisciplinar Pensamento Científico [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <http://www.reinpec.org/reinpec/index.php/reinpec/article/view/67>
14. Caetano JÁ, Soares E, Andrade LM de, Ponte RM da. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. Esc Anna Nery. 2007;11(2):325–30.
15. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Rev Bras Enferm. 2013;66(2):174–9.

16. Ferreira PD, Mendes TN. Família em UTI: Importância do Suporte Psicológico Diante da Iminência de Morte. Rev da SBPH [Internet]. 2013;16(1):88–112. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
17. Castro ADS, Arboit ÉL, Ely GZ, Motta Dias CA, Arboit J, Camponogara S. Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. Rev Bras em Promoção da Saúde. 2019;32:1–10.
18. Gerhardt PC, Rêgo S, Gerhardt PC. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. 2016;20(1):48–54.
19. Moura KS De, Germano RM. | A percepção do enfermeiro acerca da humanização no processo de cuidar em terapia intensiva. 2013;15(1):122–8.
20. Legislação [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Legislação_UTI_completa_junho de 1998.htm
21. Barreto J, Felicetti CR, Rejane C, Costa LDM, Miglioranza DC, Osaku EF, et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva Stressful factors for families of critically ill patients of the intensive care unit. 2010;(45).
22. Vista do Familiares de pacientes que vivenciaram o coma e o retorno à vida [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68463/41242>
23. Original A. Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva * SUMMARY. 2007;19:53–9.
24. Oliveira EC do N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. Psicol Ciência e Profissão [Internet]. 2002 Jun [cited 2021 Mar 24];22(2):30–41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
25. Lucchesi F, Costa P, Macedo M, Marco MA De. Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva Mental Health in the Intensive Care. 2008;19–30.
26. Barth AA, Weigel BD, Dummer CD, Machado KC, Tisott TM. Stressors in the relatives of patients admitted to an intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(3):323–9.
27. Análisis I, Entre C, Público H. FAMILY MEMBERS' NEEDS AT INTENSIVE CARE UNITS : COMPARATIVE ANALYSIS. 2007;15(1).
28. Fs S, Santos I. ATENDIMENTO EM SAÚDE : ESTUDO SOCIOPOÉTICO Expectations of family members of clients in the ICU on health. 2010;230–5.
29. Marosti CA, Aparecida R, Dantas S, Internados DEP, Una EN, Coronaria U. RELATION BETWEEN STRESSORS AND SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL. 2006;14(5):1–7.
30. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: A review. J Clin Nurs. 2002;11(5):575–84.

31. Knaus WA, Connors AF, Dawson N Von, Lynn J. HOSPITALIZED-PATIENTS - THE STUDY TO UNDERSTAND PROGNOSES AND A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients. *Jama* [Internet]. 1995;274(20):1591–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/298239462_A_CONTROLLED_TRIAL_TO_IMPROVE_CARE_FOR_SERIOUSLY_ILL_HOSPITALIZED-PATIENTS_-_THE_STUDY_TO_UNDERSTAND_PROGNOSES_AND_PREFERENCES_FOR_OUTCOMES_AND_RISKS_OF_TREATMENTS_SUPPORT
32. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(3):345–57.
33. Elsen I, Patrício ZM. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem.
34. Porto IS. Reflections Concerning the Assistance of Nursing and. 2008;12(1):156–9.
35. Stamm M, Miotto RCT. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. *Família e Cuidado* uma leitura para além do óbvio. 2003;2(2):161–8.
36. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res*. 2006;61(5):719–22.
37. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest* [Internet]. 2010;137(2):280–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.09-1291>
38. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med*. 2004;30(3):456–60.
39. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(9):987–94.
40. Auerbach BSM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Kevin R. INTERPERSONAL PERCEPTIONS OF THE HEALTHCARE MEMBERS DURING CRITICAL CARE HOSPITALIZATION. 2005;14(3).
41. Azoulay É, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al. Family participation in care to the critically ill: Opinions of families and staff. *Intensive Care Med*. 2003;29(9):1498–504.
42. Reis LCC, Gabarra LM, Ocampo Moré CLO. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. *Temas em Psicol*. 2016;24(3):815–28.
43. Silva MAM da, Pinheiro AKB, Souza ÂMA e, Moreira ACA. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):596–9.
44. Psicologia R, Visita L, Intensiva DT, Perspectiva A, Goularte PN. A Visita em Unidade de Terapia Intensiva Adulto : Perspectiva da Equipe Multiprofissional The Visit in an Adult Intensive Care Unit : Perspective of the Multiprofessional Team. (48):157–70.

45. Fiho JM], Assunção AÁ, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2020;45:10–2.
46. Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html
47. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras.* 2020;29(2):e2020222.
48. Caroline P, Bezerra DL, Carlos L, Lima R De, Dantas SC. Comunicação Livre Pandemia Da Covid-19 E Idosos Como População De Risco : Aspectos Para Educação Em Saúde Free Communication / Comunicación Libre. 2020;
49. Beccaria L, Ribeiro R, Souza G, Scarpetti N, Contrin L, Pereira RA, et al. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq ciênc saúde.* 2008;15(2):65–9.
50. Videochamadas humanizam processo de tratamento contra a Covid-19 no Hangar [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://agenciapara.com.br/noticia/25546/>
51. Allande R, Navarro C, Porcel M. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information . 2020;(January).
52. Proença M de O, Agnolo CMD. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):279–86.
53. DOMINGUES CMAS. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 37 (1) 11 Jan 20212021. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344620>.
54. Os autores, 2021

Humanização em UTI Pediátrica e Neonatal

Anna Flavia Hardt¹; Gabriela Simas Schroeder²;
Giovana Balcewicz Dal Bosco³; Giulia Regina Colaço Bez⁴;
João Pedro Gambetta Polay⁵; Julianna Rodrigues Beltrão⁶;
Pedro Paulo de Carvalho Jericó⁷; Thaina dos Santos Ribeiro⁸.

Revisores:

Psico. Juliane Gequelin Rosa⁹;
Dra. Vanessa Yumie Salomão Watanabe Liberalesso¹⁰;
Dra Cristiana Meurer de Miranda¹¹.

1. Medicina - 6º período - PUCPR.

2. Fisioterapia - 7º período - PUCPR.

3. Medicina - 3º período - UP.

4. Medicina - 5º período - PUCPR.

5. Medicina - 2º período - UEPG.

6. Psicóloga graduada pela PUCPR; Medicina - 3º período - PUCPR.

7. Medicina - 10º período - PUCPR.

8. Psicóloga graduada pela PUCPR.

9. Graduação em Psicologia pela PUCPR (2005), pós graduada em Conceção Sistêmica pela UP (2008) e em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela FPP (2014). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia (2013). Possui formação em Terapia Familiar Sistêmica (2018).

10. Graduação em Medicina pela PUCPR (1999). Mestre em Ciências da Saúde pela PUCPR.

11. Doutorado em Tecnologia em Saúde pela PUCPR no Brasil. Mestre em Fisioterapia pela UDESC.

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes organizados para o cuidado de pacientes críticos com baixa sobrevida sem UTI ou aqueles que têm potencial risco de agravamento do quadro clínico, oferecendo cuidados especializados por parte da equipe multiprofissional, de forma a dar suporte à vida. O sistema de UTIs promove uma série de medidas de atenção à saúde, tais como o intensivismo, o monitoramento e a garantia de suporte fisiológico, procurando estabilizar o enfermo.¹ Embora sejam ambientes amplamente tecnológicos, os profissionais da saúde que trabalham em UTIs precisam compreender que máquinas não substituem o contato humano, logo, a humanização e a empatia se fazem necessárias no cuidado aos pacientes, sobretudo aos neonatos e pediátricos^{1,3}.

Conforme a tendência de diversos países, o tratamento intensivo da população neonatal e pediátrica foi amplamente desenvolvido nas últimas décadas no Brasil.⁴ As UTIs direcionadas aos neonatos e crianças foram aperfeiçoadas no intuito de tratar essas populações quando a doença confere risco potencial à vida. Entretanto, vale ressaltar que esses pacientes são submetidos a procedimentos, muitas vezes, invasivos⁵.

Assim como as técnicas e tecnologias estão se aprimorando nestes ambientes, é necessário evoluir também o cuidado humanizado. A soma desses elementos vai além de conhecimento técnico, trazendo diversos benefícios aos enfermos e seus acompanhantes. Sendo assim, este capítulo tem como objetivo discutir os principais pilares envolvidos na humanização do cuidado em UTIs neonatais (UTIN) e pediátricas, para que assim, gestões hospitalares, profissionais da saúde e acompanhantes estejam em consonância na busca por um tratamento humanizado e efetivo, possibilitando, quando possível, a breve recuperação.

Conhecendo as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica

O tratamento intensivo de crianças e neonatos deve, assim como o de uma UTI para adultos, estar adequado às necessidades dessa população específica^{2,6}. Nesse sentido, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é responsável pela assistência a recém-nascidos (aqueles com até 28 dias de vida), enquanto a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é para pacientes entre

29 dias a 14 ou 18 anos, idade limite definida segundo normas de cada instituição⁷. Logo, por se tratarem de grupos distintos, faz-se necessário compreender as diferenças entre as UTINs e as UTIs pediátricas, no intuito de proporcionar intervenções mais efetivas.

As UTINs são ambientes destinados ao cuidado de prematuros ou de recém nascidos com alguma necessidade após o nascimento. A atenção multiprofissional em uma UTIN é indicada aos bebês prematuros, ou seja, nascidos com menos de 37 semanas de gestação. Esses bebês não necessariamente estão doentes, mas apresentam imaturidade de seus órgãos e sistemas, resultando em dificuldades para realizarem funções vitais básicas. Além disso, a UTIN destina-se aos bebês prematuros ou àqueles que possuem complicações relacionadas ao parto, malformações congênitas, distúrbios metabólicos, crise convulsiva, insuficiência respiratória ou qualquer outra condição que indique risco de vida⁸.

As crianças, por sua vez, que apresentem doenças graves ou lesões sérias, sendo elas instáveis ou em estado crítico, podem ser internadas em UTIs pediátricas. Em geral, crianças com problemas congênitos, respiratórios, neurológicos, metabólicos ou que sofreram algum tipo de acidente traumático são os principais indivíduos presentes em UTIs pediátricas, necessitando, portanto, dos cuidados da equipe multiprofissional. Esses necessitam de monitoramento acurado, bem como de um tratamento especializado, no intuito de melhorar o quadro crítico em que se encontram⁹.

Diferentemente dos internados em UTIN, alguns pacientes pediátricos já são capazes de se manifestar verbalmente, apresentando reclamações ou desejos. O diálogo é um ponto chave para humanização do cuidado dessas crianças⁶.

A importância do acompanhamento familiar

O acompanhamento familiar ao neonato e à criança hospitalizada é fundamental para sua recuperação¹⁰. Um estudo¹¹ observou que a partir do momento em que a criança permanece separada por um longo período de seus pais, essa apresenta maior suscetibilidade a casos de ansiedade, depressão, aumento no tempo de hospitalização, resfriados intermitentes, um atraso no crescimento e no desenvolvimento da personalidade, por exemplo.

De acordo com o artigo 12 da Lei nº 8069, de 1990, o qual dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelece-se que hospitais necessitam oferecer condições para permanência integral de um dos responsáveis, em caso de internação de integrante da população pediátrica¹². Sendo assim, é de suma importância que a presença do acompanhante seja encorajada, o que envolve um ambiente em que este acompanhante se sinta confortável e acolhido¹⁰.

O ambiente físico de uma UTIN é estressante, não somente para o bebê, mas também para sua família¹³. A ambientação ideal para a permanência da família, além de envolver o aspecto emocional, envolve a questão do ambiente físico. Espaços que integram funcionalidade e conforto são ideais não só para os acompanhantes, como também para o paciente e para os profissionais¹⁴. Assim, para que seja efetivada uma assistência humanizada, se faz necessária a organização estrutural dos espaços de cuidados, garantindo bem-estar aos familiares¹⁰.

Em relação ao acolhimento emocional, há algumas ações que promovem a humanização do atendimento aos acompanhantes, como o estabelecimento de um vínculo entre a equipe profissional e a família. Para isso, a comunicação utilizando linguagem simples e esclarecedora, deixa o cuidador mais confortável para expor suas dúvidas e incertezas quanto ao processo do cuidado¹⁰.

Além disso, integrar os acompanhantes aos cuidados diários, quando possível, também auxilia na humanização da assistência, dado que promove que a família se sinta mais próxima do doente¹⁵. Isso proporciona uma relação de confiança entre a equipe e o acompanhante, o que minimiza o estresse que a hospitalização acarreta à criança e sua família¹⁰.

Equipe multidisciplinar e o cuidado humanizado

O cuidado humanizado na UTIN e pediátrica é motivado pela interação dos profissionais da equipe interdisciplinar com as crianças e seus respectivos responsáveis. Os autores Braga e Morsch reconhecem a importância da integração entre a equipe multidisciplinar e a família. Apontam ainda que a inclusão da família no processo assistencial nas UTINs propicia a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar¹³.

O cuidado humanizado na UTIN e pediátrica é motivado pela interação dos profissionais da equipe interdisciplinar com as crianças e seus respectivos responsáveis. Os autores Braga e Morsch reconhecem a importância da integração entre a equipe multidisciplinar e a família. Apontam ainda que a inclusão da família no processo assistencial nas UTINs propicia a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar¹³.

Nesse sentido, sugere-se a instrumentalização dos profissionais com conhecimentos em psicologia familiar, apego entre mãe e filho, relacionamento interpessoal e direitos humanos, visando a atuação pautada no modelo de atenção à saúde humanizada^{16,17}. Além disso, a disponibilidade de espaços para discussão e administração de conflitos para a politização dos problemas e a construção de intervenções. Desta forma, pretende-se potencializar a interação, competências comunicativas, o trabalho em equipe e a participação dos profissionais¹³.

A superlotação da UTI e a sobrecarga de trabalho com jornadas prolongadas podem intervir negativamente no desempenho da equipe multidisciplinar e na qualidade da assistência prestada. Além do desgaste físico e emocional, os profissionais são expostos a escassez de recursos materiais e de recursos humanos, tomada de decisões conflitantes e a dificuldade de aceitação do falecimento de pacientes. Nesse contexto, é necessário que os profissionais estejam amparados com auxílio psicológico para lidar com as situações do cotidiano e administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial^{13,16}.

Para o desenvolvimento de ações humanizadas na assistência em saúde, é necessário que a gestão hospitalar esteja comprometida com a humanização das relações, da assistência e do ambiente de trabalho. Nessa perspectiva, é fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais como indivíduos em aspectos biopsicossociais, possibilitando relações interpessoais mais saudáveis com os pacientes, familiares e entre a própria equipe multiprofissional^{16,17}.

Aspectos da relação e comunicação para um cuidado humanizado

A comunicação é um fator imprescindível na prática de saúde e, em especial, no âmbito da relação Equipe-Paciente-Família na UTI Pediátrica e

UTIN. Tendo em vista o modelo biopsicossocial, que destaca a compreensão do sujeito na sua totalidade, devem ser considerados os fatores emocionais que surgem ao longo da hospitalização¹⁸.

A especificidade da comunicação da equipe de saúde com o paciente pediátrico deve ponderar o fato de que as crianças – em diversas fases do desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo – apresentam modos diferentes de compreender a situação, além de maneiras diversas de reagir à dor e à ansiedade. Cabe ao profissional entender as preocupações e sentimentos do doente, e o acolher para que ele se sinta compreendido¹⁹.

A atuação da equipe de saúde focada somente no componente biológico da doença compromete o atendimento integral. O reconhecimento das necessidades relacionadas à saúde do paciente – mais do que afecções e enfermidades – e a disponibilização de recursos e práticas para abordar essas demandas são importantes na humanização do cuidado. A complexidade exige ação conjunta de equipes multidisciplinares, compostas de enfermeiros, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, por meio da clínica ampliada e compartilhada. A integração, boa relação e o diálogo entre os profissionais são necessários para a continuidade de informação dentro do sistema e compartilhamento de condutas. A transversalidade, isto é, a possibilidade de diferentes especialidades conversarem e atuarem em conjunto, promove articulação e união de saberes a favor da promoção de saúde e constitui um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH)²⁰.

A uniformidade da comunicação da equipe multidisciplinar com os familiares através de uma linguagem simples e elucidativa constrói uma relação positiva¹⁹. A comunicação direta com o paciente pediátrico, por sua vez, é indicada pela capacidade sócio-cognitiva da criança. Quando possível, pode ser considerado o uso de facilitadores verbais e não verbais para a compreensão dos pequenos. A presença do acompanhante neste processo, facilita a comunicação e o entendimento das necessidades integrais da criança, além de ter corresponsabilidade no processo de produção de saúde^{20,21}.

A família, durante a internação do paciente na UTIN e Pediátrica, desempenha importante papel tanto para a criança quanto para os profissionais de saúde, pois é com ela que a equipe discute e decide o manejo do cuidado e elaboração do plano de tratamento. Embora o tratamento seja da criança, este processo altera a dinâmica familiar e causa nos pais e familiares angústias,

medos, tristezas e anseios – emoções estas que devem ser, com respeito e cuidado, acolhidas pelos profissionais da saúde em um espaço de escuta e diálogo. Afinal, como a criança e responsáveis fazem parte do mesmo conjunto familiar e contexto, fatores individuais e familiares devem ser trabalhados em harmonia na assistência contínua e completa¹⁰.

O cuidado e a promoção integral de saúde são dependentes da relação, ações e comunicação entre profissionais da equipe multidisciplinar, gestores, pacientes e seus responsáveis. A rede sócio-familiar do paciente neonatal ou pediátrico possui corresponsabilidade na atenção ao usuário e nos tratamentos, assumindo posição protagonista e participando dos processos de tomada de decisão^{3,20}.

A humanização na prática: métodos e intervenções

O ambiente da terapia intensiva expõe os neonatos e pacientes pediátricos incessantemente a estímulos nocivos, ressaltando a dor, estresse, luz forte, ruídos intensos, manuseio excessivo, procedimentos invasivos e dolorosos e temperatura instável, em acréscimo, os recém-nascidos (RN) permanecem separados do ambiente familiar²². Nesse contexto, os métodos de humanização visam propiciar o vínculo afetivo e minimizar o desconforto e potenciais danos biopsicossociais^{13,22}. A seguir, estão dispostos os principais métodos de humanização na UTIN e pediátrica.

O Método Canguru é um acréscimo ao cuidado neonatal convencional para recém-nascidos pré-termo ou de baixo peso ao nascer^{13,22}. Nesse método, o recém-nascido em condições clínicas estáveis é mantido precocemente, prolongadamente e continuamente em contato íntimo com a mãe, ou na sua ausência, pai ou avós, desde que estes tenham desejo, condições e que não possuam doenças infecciosas²².

Além dos benefícios da própria posição canguru, o método canguru preconiza o cuidado individualizado, pautado no bebê e não nas rotinas assistenciais; manutenção do padrão de sono e repouso; diminuição dos estímulos sonoros e visuais; adequação dos estímulos olfativos e gustativos; estimulação sensorial através do toque agradável e diferenciado dentro de cada situação²².

Na perspectiva da humanização, o uso da rede de balanço dentro da incubadora pode promover a redução da irritabilidade, menor perda de calor e

gasto energético, proporcionando ganho de peso ao recém-nascido. Ademais, o relaxamento do RN prematuro é assegurado pelo aconchego mediante a postura uterina (membros em flexão), favorecendo a melhora nas respostas comportamentais. Além de proporcionar estimulação sensorial adequada e conforto, há evidências de melhora na frequência cardíaca e saturação de oxigênio, essa técnica também contribui para a maturidade neuromuscular do RN prematuro²³.

O aleitamento materno é essencial em virtude dos benefícios nutricionais, emocionais, imunológicos, econômico-sociais e de aporte para o desenvolvimento, além dos benefícios à saúde materna²⁴. Para estimular a lactação, infere-se a promoção de um local de acomodação para as puérperas permanecerem em vínculo com os RN, popularmente conhecido como Alojamento Conjunto^{13,25,26}. De acordo com a portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde²⁷:

Art. 2º O Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta. O Alojamento Conjunto possibilita a atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, por parte do serviço de saúde.

O Alojamento Conjunto favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com o apoio, promoção e proteção; propicia aos pais e acompanhantes a observação e cuidados constantes ao recém-nascido, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade; fortalece o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, a partir de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional; e diminui o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde^{13,25,26}.

A musicoterapia promove benefícios ao bebê e aos familiares próximos, considerando que a audição é um dos primeiros sentidos a se desenvolver no feto. Esse método pode aumentar a saturação de oxigênio do neonato, regular a frequência cardíaca e respiratória, favorecer o ganho de peso e até diminuir o tempo de hospitalização. Além disso, os pais sentem-se participativos no cuidado do filho e há redução do estresse e ansiedade, somado ao favorecimento do aleitamento materno²⁸.

Para gerar esse estímulo musical e auditivo, pode ser utilizado o canto da própria mãe ou sua gravação, fortalecendo a comunicação afetiva e o vínculo²⁸, além de sons uterinos, músicas preferidas dos pais ou seus batimentos

cardíacos²⁹. Para garantir o bem-estar do bebê, deve-se observar que o barulho repentino ou excessivo pode levar a instabilidade fisiológica³⁰.

Sabendo que a presença de ruído excessivo tem vários efeitos fisiológicos negativos nos pacientes, especialmente no desenvolvimento dos RN, e que o sono é um componente especialmente importante para os pacientes durante sua recuperação, há também uma estratégia denominada “hora do soninho” nas UTINs e UTIs Pediátricas³¹. Em um horário pré-estabelecido, há redução dos níveis de ruído, iluminação, procedimentos e interrupções no geral, promovendo descanso e relaxamento para os pacientes, pais e funcionários^{32,33}.

Outro método para redução do estresse e promoção do conforto nas UTINs é o ninho, em que há a contenção do bebê de forma similar ao útero materno com um rolo de pano flexionado em forma de “U” ou “O”. Utilizada após o procedimento de troca de fralda, que pode ser estressante para os RNs, essa estratégia ajuda na estabilidade postural, alinhamento corporal, e estimula o desenvolvimento neurocomportamental e muscular de prematuros³⁴.

No que tange ao cuidado humanizado na UTI pediátrica, a comunicação e aproximação da família e equipe multiprofissional com a criança é essencial e tem como grande aliado o brincar. Jogos infantis lúdicos e terapêuticos foram desenvolvidos com o propósito de proporcionar compreensão facilitada do paciente sobre o que se passa no hospital, maior cooperação aos procedimentos médicos e preparação psicológica, por exemplo, para cirurgias. Momentos de recreação contribuem para o desenvolvimento integral da criança e podem fortalecer o vínculo afetivo com os acompanhantes e familiares quando estes têm participação nos jogos terapêuticos durante as visitas³⁵.

Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos (CP) são um conjunto de medidas assistenciais com o objetivo de atenuar as questões da saúde física e emocional dos pacientes, bem como de suas famílias, auxiliando e fornecendo as condições necessárias para melhoria da qualidade de vida. Esses cuidados podem e devem ser adotados em conjunto com os tratamentos curativos para todos os pacientes, sobretudo, aqueles em condição limitante ou potencialmente fatal que leve à morte prematura^{36,37}.

Estruturar o processo do cuidado considerando os aspectos físicos, psicológicos e psiquiátricos, sociais, espirituais, religiosos e existenciais, culturais, éticos e legais dos pacientes é o princípio que norteia os CP em convergência com conceitos definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A aplicação bem-sucedida aumenta os benefícios aos três grupos envolvidos no processo: o paciente, a família e a equipe^{36,38}.

É regular o equívoco de que os CP são sinônimos de desistência, ou ainda, de que se trata apenas de um serviço de “fim de vida” ao paciente. Esta é apenas uma das aplicações dos CP nas UTIN e UTI pediátrica. Afinal, como normalmente não se integra a equipe de cuidados paliativos nas fases iniciais do tratamento, sua aceitação e abordagens ficam prejudicadas. No entanto, quando condutas paliativas são aplicadas com antecedência, a aceitação é muito maior³⁶.

No ambiente das UTIN, os CP irão coordenar e intermediar, segundo a preocupação chave da ocasião, o apoio espiritual, social e psicológico aos pais e cuidadores. O controle dos sintomas por terapias de suporte à vida também podem ser apoiados pela equipe de CP, visando melhorias na qualidade de vida. O aspecto de suporte aos familiares é muito importante, pois solidifica as bases de confiança e a boa relação entre estes e os profissionais de saúde para as tomadas de decisões difíceis^{36,39}.

As situações diagnósticas mais frequentes em que os CP são requisitados incluem condições neurológicas, doenças genéticas e cromossômicas, complicações associadas com baixo peso ao nascer, prematuridade, cardiopatias, intestino curto e câncer. Nesses quadros, o corpo clínico dos CP atua no ajuste de analgesia, sedação e gerenciamento ou retirada de medidas de suporte de vida, como ventilação assistida ou diálise. Além disso, auxiliam familiares nas tomadas de decisões sobre intervenções cirúrgicas paliativas, nas necessidades de cuidados domiciliares e no apoio aos irmãos. Realizam ainda o aconselhamento sobre morte e luto e apoio à família e as próprias equipes nas UTIs e enfermarias após a morte de crianças em hospitalização prolongada³⁶.

A inclusão dos CP pode ocorrer de duas formas: como continuação de um serviço já realizado antes da admissão de um determinado paciente ou como um novo suporte à família que enfrenta um declínio na saúde de seu filho. Ainda assim, em ambos os contextos as equipes de CP também operam como os intermediadores de informações da família à equipe de

saúde para que o desejo da família e do paciente sejam ouvidas por toda a equipe envolvida³⁶.

Não há uma estrutura fixa de profissionais, mas os modelos estadunidenses tem uma interface de equipe multiprofissional de trabalho coordenada por assistentes sociais, especialistas em medicina comportamental, médicos especializados (medicina intensiva, oncologia, medicina paliativa, pediatria, psiquiatria), enfermeira de CP, coordenador de cuidados com treinamento em trabalho social, psicólogo pediatra e clérigos da comunidade³⁶.

Pacientes admitidos em UTIN e UTI pediátrica devem ter acesso aos CP fundamentais já durante medidas curativas, e também no fim de vida, facilitando a abordagem dos aspectos psicossociais, espirituais, culturais e éticos do cuidado em meio a uma trajetória permeada por decisões difíceis. Embora existam barreiras para a implementação, seus conceitos e modelos de conduta já estão suficientemente bem estabelecidos para uma integração bem-sucedida das práticas nesse meio³⁶.

Vale destacar ainda que, devido a variedade de programas de CP disponíveis atualmente, faz-se necessário estabelecer métricas de acompanhamento que consigam avaliar a qualidade do atendimento oferecido às crianças e seus familiares⁴⁰.

Morte

Conceitualmente, a mortalidade infantil é constituída pela somatória dos óbitos dos períodos: neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias de vida) e pós-natal (28 ou mais dias de vida)⁴¹, acometendo grupos que dependem de suporte em UTIN e de UTI pediátrica. Ainda que as altas não sejam raras, tratamentos de prematuridade, anomalias congênitas ou infecções, levam a frequente necessidade, ainda no primeiro ano de vida, de hospitalização em UTI por complicações de doenças cardíacas ou pulmonares, infecções, procedimentos cirúrgicos, entre outros³⁶.

A mortalidade infantil é um assunto delicado devido à dificuldade de lidar com a terminalidade da vida e com a expectativa não atendida de um ciclo vital onde os pais morrem antes dos filhos. Nesse contexto, os cuidados humanizados relacionados à mortalidade infantil devem, primeiramente, aliviar o sofrimento do paciente e apoiar a família com uma comunicação empática e sensível^{42,43}. Além disso, é necessário realizar uma preparação, dis-

cutindo, com antecedência, o uso de tecnologias de suporte à vida e o manejo do estágio final³⁶.

Após a morte, é preciso atenção a alguns pontos a serem verificados com a família. Ademais, é necessário identificar a necessidade de um exame pós-morte, como o relativo a causa do óbito, com a autoridade competente. É importante esclarecer com os pais se desejam realizar a doação de órgãos, em situações em que esta é possível. Ademais, deve-se informar aos pais a respeito da possibilidade de verem o corpo, após este ter sido levado ao necrotério e autópsia. A equipe pode ainda contribuir às questões espirituais facilitando o encaminhamento à comunidade religiosa da família para a realização de rituais de despedida, por exemplo⁴².

O apoio que cada família precisa deve ser individualizado, algumas podem desejar consultas frequentes imediatamente após a morte do filho, já outras podem querer um apoio mais pontual e específico. De todo modo, é importante que ele seja oferecido continuamente, e pode ser realizada a recomendação de grupos de apoio por contatos fornecidos pelos próprios serviços de cuidados⁴².

Luto

O suporte ao luto dos parentes deve ser iniciado anteriormente à morte da criança. Os cuidados ao paciente são o palco de atenção da equipe e todo o suporte fornecido à criança, durante a internação, pode ter um papel considerável na resposta ao luto dos pais. Por isso, é indicado que as UTIN e UTI pediátrica tenham estrutura para a família passar mais tempo com a criança, durante as fases terminais da doença⁴³.

Dentro de dois meses após o falecimento, a literatura estadunidense indica que seja realizada uma consulta de luto de acompanhamento, junto com um médico conhecido pela família e uma enfermeira que participou dos cuidados e tem um vínculo pré-estabelecido. Destaca-se o encaminhamento a grupos de apoio vinculados aos serviços de cuidados para auxiliar na compreensão do luto e a lidar com a perda⁴².

Estudos de Kubler-Ross acerca do luto apontam que o processo pode abranger os seguintes estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação da perda⁴⁴. Há indícios de que os pais de bebês que morrem em uma UTIN passam por um luto de circunstâncias súbitas, traumáticas ou

estressantes, e que, por isso, possuem maior dificuldade de reengajamento com a vida⁴².

Humanização diante da Pandemia da COVID-19

Nesse momento, o mundo inteiro está enfrentando uma situação atípica: a pandemia ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2. Essa mudança no cenário mundial fez com que os profissionais e familiares de crianças hospitalizadas se adaptassem a novos obstáculos e dificuldades⁴⁵. As normas e orientações no contexto das UTIN e pediátrica variam de acordo com a região e hospital, uma vez que a literatura científica sobre o tema ainda é incipiente.

Uma das grandes mudanças nesta circunstância é a necessidade de suspensão das visitas, para diminuição de circulação dentro de hospitais. Entretanto, considerando a importância do acompanhante familiar às crianças internadas no ambiente hospitalar, sugere-se que esse acompanhamento seja mantido, estando a criança e o acompanhante munidos de equipamentos de proteção individual (EPIs)⁴⁵.

Além dessa nova organização, é necessário que a equipe mantenha contato direto com a família para que esses não se sintam excluídos no processo de tratamento da criança, ainda que, em algumas situações, não possam vir até o ambiente hospitalar. A pandemia tem desafiado os serviços de saúde a efetuar uma rápida mudança, sem que se perca a presença necessária da família nesse processo terapêutico para a criança⁴⁵.

No caso da necessidade de aleitamento materno de mães que testaram positivo para COVID-19, a amamentação pode acontecer caso esta apresente sintomas leves. Não existe comprovação científica de transmissão do vírus através do leite materno. Se a mãe optar por realizar o aleitamento e se responsabilizar por realizar os procedimentos de higiene, será permitido. Entretanto, caso a mãe tenha sido infectada com sintomas graves a moderados, poderá retomar o contato com a criança 14 dias após a apresentação de sintomas⁴⁶.

Uma das técnicas muito utilizadas na humanização da UTIN e Pediátrica é o contato de pele com pele, um exemplo é o Método Canguru. No estudo referente ao HCFMRP-USP, no caso de mães com resultado COVID-19 negativo é permitido que a mãe segure a criança no colo pelo período de no máximo uma hora, fazendo a utilização dos EPIs no momento. Isso porque

pesquisas indicam que, além dos benefícios desse método de humanização ao bebê, a técnica auxilia a mãe no controle da ansiedade⁴⁶.

A participação da família é indispensável, e tendo em vista essa necessidade, alguns hospitais estão utilizando meios eletrônicos como aliados nesse momento delicado, por exemplo por meio de visitas virtuais. As informações de saúde e o contato entre familiares e paciente podem ocorrer por tecnologia eletrônica, duram de cinco a dez minutos, proporcionando contato visual e estímulo auditivo no momento da chamada. As ligações podem ocorrer tanto com a família (irmãos, avós, dentre outros), ou também com pais infectados pelo vírus, proporcionando diminuição da ansiedade dos pais na separação do filho⁴⁶.

Quando necessário, os hospitais têm disponibilizado atendimento psicológico virtual à família para auxiliar na ansiedade e dificuldades emocionais nesse momento de afastamento. Nos casos mais excepcionais como complicações no internamento do paciente ou óbito os atendimentos podem ocorrer presencialmente⁴⁶.

Limitações e obstáculos à promoção do cuidado humanizado

A terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil experimentou um grande desenvolvimento nos últimos 20 anos, de certa forma acompanhando a tendência mundial. No entanto, o que se observa hoje é que esse crescimento se fez e ainda continua ocorrendo sem um planejamento estratégico adequado. A resultante disso inclui um acesso limitado a este serviço, decorrente da falta de equidade na distribuição dos leitos e nas desigualdades estruturais e de disposição das unidades de terapia⁴.

Sendo assim, o primeiro passo na democratização do acesso a este serviço seria a construção de unidades com estrutura adequada, o que demanda recursos materiais, humanos e financeiros. Além disso, o aprimoramento do processo de assistência é de extrema importância, sendo feito a partir de investimentos na formação dos profissionais envolvidos no serviço intensivista⁴.

No que diz respeito às instituições hospitalares, estas também são responsáveis pela humanização dos cuidados através de uma gestão adequada dos ambientes físicos e da equipe de saúde. A organização estrutural das uni-

dades pediátricas e neonatais deve ser realizada visando o bem-estar daqueles que diariamente frequentam esse ambiente¹⁰.

Quanto aos trabalhadores da saúde, os recursos materiais foram citados como obstáculos e fonte de desgaste na produção da assistência humanizada. Os profissionais lidam com falta de equipamentos, e algumas vezes precisam recorrer a outros serviços para empréstimos. A compra, distribuição e manutenção de recursos materiais estão vinculadas à administração hospitalar que deve suprir todas as áreas da organização a fim de garantir a produção de cuidados com qualidade e continuidade para o paciente¹³.

Considerando que gestão de recursos e espaço físico representam empecilhos na busca pela assistência humanizada, as instituições necessitam de reorganizações estruturais e aprimoramento de recursos humanos. Para, assim, evitar situações adversas das condições e relações de trabalho para os profissionais, facilitando o processo do cuidado humanizado¹³.

Resultados e efeitos da humanização

O atendimento humanizado na UTIN e pediátrica resulta em assistência contínua e integral ao paciente e sua família. Na humanização é imprescindível não somente a cura da enfermidade, mas também o acompanhamento dos aspectos sociais, emocionais e espirituais⁴⁷. O olhar holístico e empático propicia melhor acolhimento da criança ou bebê e seus responsáveis e, conseqüentemente, melhorias no cuidado do paciente, comunicação mais efetiva e maior proximidade entre família e equipe multiprofissional⁴⁸.

Os meios de humanização proporcionam recuperação mais precoce do que atendimentos não humanizados, à exemplo do Método Canguru. Nesse contexto, o vínculo mãe-filho oportunizado pelo Método Canguru reduz longos períodos sem estimulação sensorial, proporciona melhor controle térmico, ritmo cardíaco e respiratório, melhora o relacionamento da família com a equipe de saúde, estimula o aleitamento materno e, assim, diminui a incidência de infecções e reduz a permanência hospitalar^{13,23}. Diante da comprovação da eficácia, o Método Canguru tornou-se uma prática incentivada pelo Ministério da Saúde e incorporada às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal⁴⁹.

O processo de humanização também depende da valorização da ambiência, ou seja, o incentivo da criação de locais acolhedores e confortáveis

que respeitem a privacidade e atendam às necessidades dos trabalhadores da área da saúde e dos usuários dos serviços de cuidado intensivo e suas famílias^{26,50}.

Considerações Finais

Tendo em vista todos os tópicos antes abordados no capítulo, conclui-se que há imensos desafios, desde recursos humanos a recursos físicos, para a humanização do atendimento em UTINs e Pediátricas. Além de dificuldades prévias, há necessidades e cuidados extras devido ao momento atípico da atual pandemia do COVID-19.

É imprescindível a reestruturação dos serviços ofertados e, principalmente nas instituições públicas, é colocada em pauta a melhoria das condições de atuação dos profissionais de saúde. Ressalta-se, ainda, a relevância da humanização do atendimento intensivo no âmbito da saúde pública e privada, não somente na redução da mortalidade infantil, mas no enfrentamento do processo biopsicossocial do adoecimento.

A promoção integral de saúde ao paciente neonatal ou pediátrico e sua família depende da abordagem completa das demandas físicas, mentais e sociais. Por isso, o cuidado humanizado vai muito além da atenção à condição patológica. Ele envolve percepção holística da pessoa, análise individualizada de risco, respeito às diferenças e necessidades de cada usuário, e, para isso, abrange constante colaboração e contato entre equipe multidisciplinar, gestores, pacientes e seus responsáveis. Indubitavelmente, a humanização da UTIN e pediátrica traz benefícios para o cuidado, acolhimento e evolução positiva dos pacientes, o que justifica a importância de investimentos em humanização dos serviços de terapia intensiva.

Sugestões Complementares

- Livro Infantil: “Meu irmão nasceu...mas cadê ele?”, das autoras Juliane Gequelin Rosa, Daniela Schmidt da Nova Alves Garcia de Sá e Camilla Volpato Broering;
- Série Grey’s Anatomy, episódio 6x08 “Invest in Love”;
- Livro infantil: “O que tem no hospital?”, da autora Marina Menezes;
- Jogo infantil: “De avental no hospital: jogo terapêutico para preparação cirúrgica de crianças”, da autora Cynthia Borges de Moura;

- Jogo terapêutico para crianças: “Conversinha no Hospital”;
- Livro infantil: “Operar, Eu? - preparação psicológica para procedimentos cirúrgicos”; da autora Camilla Volpato Broering;
- Jogo infantil: “Baralho Infantil da Hospitalização - pensamentos diferentes para situações difíceis”, das autoras Camilla Volpato Broering e Olívia Kruger.

Referências:

1. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2017 Feb;37:270-6. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.07.015, PMID 27612678.
2. Caetano JÁ, Soares E, Andrade LMd, Ponte RMD. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery*. 2007;11(2):325-30. doi: 10.1590/S1414-81452007000200022.
3. Orlando JM. Muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo. 6ª edição. São Paulo: Atheneu; 2001. 612 p.
4. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J Pediatr (Rio J)*. 2004 Nov-Dez;80(6):437-8, PMID 15622417.
5. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):630-8. doi: 10.1590/S0080-62342009000300019.
6. Duarte Senna MC, Moreira MCN. Autonomia e cuidado em terapia intensiva pediátrica: os paradoxos da prática. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(38):687-700.
7. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de. Vol. 2010; 2010.
8. Hospital Vila da Serra – Instituto Materno-infantil. UTI neonatal – principais dúvidas. 2011. Disponível em: <https://www.hospitalviladaserra.com.br/uti-neonatal-principais-duvidas-3/>
9. Sabará HI. Cuidados intensivos pediátricos – especialista [internet] [cited Dec 1 2020]. Disponível em: <https://www.hospitalinfantilsabara.org.br/sintomas-doencas-tratamentos/cuidados-intensivos-pediaticos-especialista/>.
10. Torquato IM, Collet NC, Dantas MS, Jonas MF, Trigueiro Jvon S, Figueiredo Nogueira M. Assistência humanizada À criança hospitalizada: percepção do acompanhante. *Rev Enferm UFPE Line*. 2013;7(9):5541-9.
11. Faquinello P, Collet N. Mother/child affective bond at the unit of the pediatric ward. *Rev Gaucha Enferm*. 2003;24(3):294-304. PMID 15083788.

12. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, Brasil: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1990.
13. Souza de KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Cien Saúde Colet.* 2010;15(2):471-80. doi: 10.1590/S1413-81232010000200024, PMID 20414615.
14. Oliveira JS. Humanização em Saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2012.
15. Pauli MC, Bouso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(3):280-6. doi: 10.1590/S0104-11692003000300003, PMID 12958630.
16. Oliveira de BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. *Texto Context – Enferm.* 2006;15(spe):105-13.
17. Reis dos LS, Silva da EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and paediatric intensive care unit. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):118-24. doi: 10.1590/s1983-14472013000200015, PMID 24015470.
18. Souza de KOJ, Pegoraro RF. Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. *Alethéia.* 2009;29:73-87.
19. Tate P. Guia prático da comunicação médico-doente. Lisboa: Climepsi; 2004.
20. Ministério da Saúde. PNH – Clínica Ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.
21. Cristo LMde O, Araújo TCC. Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. *Rev Psicol Saúde.* 2013;5(1):59-68.
22. Cruvinel FG, Pauletti CM. Formas de atendimento humanizado ao recém nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva a neonatal: uma revisão. *Cad Pós-Graduação Distúrbios Desenvol.* 2018;9(1):102-25.
23. Herrera L, Patricia L, Coelho G, Luiz F, Fonseca A, Filipini R. Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal: uma estratégia de humanização. *Enferm Rev.* 2015;18(1):88-100.
24. Almeida JM, Luz SDAB, Ued FDV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33(3):356-63. doi: 10.1016/j.rpped.2014.10.002.
25. Rosa HR, Sant’Ana CF, Abrão JF, Valente MLLde C. Mães Alojadas: alojamento conjuntos no hospital geral como forma de humanização. *Bol Acad Paul Psicol.* 2000;36(90):141-56.
26. Caldeira V, Manfridini L, Ponce P, Milani F, Cabrini D, Firmino HH, et al. Implantação do alojamento conjunto e do programa de apoio à lactação (PROLAC) em instituição hospitalar de Viçosa, MG. *Anais do 2º Congr Bras Extensão Uni.* 2004; 6.

27. Brasil: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasil; 2016.
28. Palazzi A, Meschini R, Piccinini CA. Music therapy intervention for the mother-preterm infant dyad: proposal of intervention in the Neonatal Intensive Care Unit. *Psicol Estud.* 2019;24:(e41123):1–14.
29. Allen KA. Music Therapy in the NICU: is there Evidence to support. *Adv Neonatal Care.* 2014;13(5):1-7.
30. Maitre NL, Arnon S. Music therapy for neonatal stress and pain—music to our ears. *J Perinatol.* 2020;40(12):1734-5. doi: 10.1038/s41372-020-00838-1, PMID 32999447.
31. Cranmer K, Davenport L. Quiet time in a pediatric medical/surgical setting. *J Pediatr Nurs.* 2013;28(4):400-5. doi: 10.1016/j.pedn.2013.02.028, PMID 23531464.
32. Santos dos BRd, Orsi KCSC, Balieiro MMFG, Sato MH, Kakehashi TY, Pinheiro EM. Effect of "quiet time" to reduce noise at the Neonatal Intensive Care Unit. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015;19(1):102-6. doi: 10.5935/1414-8145.20150014.
33. Liao JH, Hu RF, Su LJ, Wang S, Xu Q, Qian XF, et al. Nonpharmacological interventions for sleep promotion on preterm infants in Neonatal Intensive Care Unit: A systematic review. *Worldviews Evid-Based Nurs.* 2018;15(5):386-93. doi: 10.1111/wvn.12315, PMID 30098111.
34. Costa KSF, Fernandes DDS, Paula RAP, Guarda LEDA, Daré MF, Castral TC, et al. Hammock and nesting in preterm infants: randomized controlled trial. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 3);Suppl 3:96-102. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0099, PMID 31851240.
35. Soares MRZ, Zamberlan MAT. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estud Psicol (Campinas).* 2001;18(2):64-9. doi: 10.1590/S0103-166X2001000200006.
36. Carter BS, Hubble C, Weise KL. Palliative medicine in neonatal and pediatric intensive care. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2006;15(3):759-77. doi: 10.1016/j.chc.2006.02.008, PMID 16797448.
37. Pierucci RL, Kirby RS, Leuthner SR. End-of-life care for neonates and infants: the experience and effects of a palliative care consultation service. *Pediatrics.* 2001;108(3):653-60. doi: 10.1542/peds.108.3.653, PMID 11533332.
38. Santos JP, Pedrosa MD, Carvalho ACM, Farias CB, Freitas EAC, Cordeiro JMG, et al. Cuidados Paliativos em Neonatologia: uma revisão narrativa. *Braz J Heal Rev.* 2020;3(5):14589-601.
39. Gilmer MJ. Pediatric palliative care: a family-centered model for critical care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2002;14(2):207-14. doi: 10.1016/s0899-5885(01)00013-2, PMID 12038509.
40. Parravicini E. Neonatal palliative care. *Curr Opin Pediatr.* 2017;29(2):135-40. doi: 10.1097/MOP.0000000000000464, PMID 28092282.
41. Rede interagencial de informações para a Saúde. [Indicadores de mortalidade] [internet]; 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>.

42. Mancini A, Uthaya S, Beardsley C, Wood D, Modi N. Practical guidance for the management of palliative care on neonatal units. 1st ed. London: Chelsea and Westminster Hospital NHS; 2014.
43. Ghoshal A, Damani A, Muckaden MA. Palliative care in the Neonatal Intensive Care Unit: an Indian experience. *J Neonatal Nurs.* 2017;23(2):75-81. doi: 10.1016/j.jnn.2016.09.002.
44. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
45. Mandetta MA, Baileiro MMFG. A pandemia da COVID-19 e suas implicações para o cuidado centrado no paciente e família em unidade pediátrica hospitalar. *Rev Soc Bras Enferm Pediatr.* 2020;20(Especial COVID-19):77-84.
46. Castro ACM, Durão AC, Nicolucci CBSM, Souza FDA de, Silva SMM, Gonçalves-Ferri WA. Protoc Atenção Humanizada Neonatal Período Pandemia Sars-CoV. 2020;2 (COVID-19) – Unidade de Cuidado Intermediário e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Hc Fmrp-Usp.*:2(Maio):1-22.
47. Dragalzew DCde C, Braga ÉB, Carrijo LF, Almeida De LN. Assistência humanizada aos Pais de crianças internadas em uti pediátrica: o estado da arte. *Rev Cient FACmais.* 2017;XI(4).
48. Mota RA, Martins CGdM, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol Estud.* 2006;11(2):323-30. doi: 10.1590/S1413-73722006000200011.
49. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Estratégicas D de AP. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: metodo Canguru. Brasília: editora do Ministério da Saúde; 2011. 204 p.
50. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria-executiva, núcleo técnico da política nacional de humanização. HumanizaSUS: política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20 p.

3

Abordagem Humanizada no Atendimento do Público LGBTQIA+

Ana Carolina Turola Kojima¹; Ana Paola Carniel²;
Ana Paula Friesen Hartmann³; Beatriz Fernandes Baruffi⁴;
Erick Guerra⁵; Joice Antunes Lima⁶;
Klecia Nogueira Máximo⁷; Thais Cristina Marques Simão⁸.

Revisoras:

Luiza da Conceição Amorim Martins⁹;
Patricia Muller¹⁰.

-
1. Psicologia - 9 período - PUCPR.
 2. Fisioterapia - 10º período - PUCPR.
 3. Psicologia - 7º período - PUCPR.
 4. Medicina - 8º período - PUCPR.
 5. Medicina - 8º período - PUCPR.
 6. Medicina - 6º período - UESC.
 7. Enfermagem - 10º período - UNINASSAU.
 8. Psicologia - 7º período - PUCPR.
 9. Possui graduação em Biomedicina pela Universidade FUMEC (2008). Mestre em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais (2011). Doutora em Medicina Molecular pela Universidade Federal de Minas Gerais (2015). Professora adjunta na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais a qual leciona no curso de Biomedicina.
 10. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (2002), especialização em Saúde Mental pela Faculdades Itecne de Cascavel(2013) e aperfeiçoamento em Impactos da Violência na Saúde pelo Fundação Oswaldo Cruz(2008). Atualmente é Psicóloga da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Introdução

A compreensão holística do indivíduo, levando em conta as diversas esferas de sua vida como partes integrantes, e não reducionistas, proporcionam ao profissional de saúde a visão de seu paciente como um ser efetivamente biopsicossocial. Nesse contexto, faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento básico acerca dos fenômenos inerentes à sexualidade humana, a fim de proporcionar cuidado adequado, tanto técnico, quanto ético. No intuito de auxiliar na descrição de seus componentes, elenca-se a seguir uma representação gráfica de alguns aspectos da sexualidade humana¹.



Fonte: Ana Paula Andreotti Amorim Arte: Paulo Eduardo A. Amorim. In: Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. 2020.

A começar estritamente pela esfera biológica, define-se Sexo Designado ao Nascer como do gênero socialmente atrelado a uma genitália, ou seja, à concepção de que indivíduos que nascem com pênis são meninos (machos), e que indivíduos que nascem com vaginas são meninas (fêmeas). Pessoas que nascem com as características genitais, gonodais, hormonais e genéticas que não podem ser classificadas tipicamente como femininas ou masculinas são chamadas de Intersexuais. Ainda nesta vertente, entende-se que a Identidade de Gênero não se constitui exclusivamente em decorrência da biologia – há pessoas que se identificam com o sexo que lhes foi designado ao nascer, chamadas Cisgênero, e aquelas que não se identificam com o seu sexo biológico.

gico, chamadas Transgênero. Há ainda o Gênero Não Binário, que designa pessoas que não se identificam nem como um indivíduo masculino, e nem feminino, podendo-se destacar dentro dessa esfera o Gênero Fluido, quando o sujeito se identifica de modo fluido e alternante com o sexo masculino e com o feminino^{2,3}.

Uma vez delimitada a autoidentificação do indivíduo com um gênero, podemos iniciar a discussão sobre relações interpessoais – nesse contexto surge o conceito de Orientação Afetivo-Sexual, que designa a escolha da pessoa com quem o indivíduo vai se relacionar, amar ou envolver-se sexual e/ou afetivamente. Os componentes da orientação afetivo-sexual são inúmeros e próprios de cada pessoa, compreendendo a dimensão biológica, psicológica e social; estar em sintonia com todas essas dimensões é de extrema importância para a expressão honesta da sexualidade².

E é visando dar visibilidade à diversidade sexual para além da cisheteronormatividade que surge a sigla LGBTQIA+. Lésbicas e Gays são mulheres e homens homossexuais, respectivamente; isto é, relacionam-se estritamente com indivíduos do mesmo gênero. Bissexuais são indivíduos que sentem atração por pessoas do gênero masculino e feminino. A letra T abrange Transexuais, indivíduos que não se identificam com o gênero atribuído ao nascimento, e, no Brasil, também designa Travestis. Travesti é um gênero feminino cujo conceito ainda causa divergências dentro da comunidade LGBTQIA+, haja vista que o termo possui importância enquanto resistência para essa população.

Assexuais são indivíduos que, geralmente, não sentem atração sexual por qualquer gênero, mas que podem sentir-se romanticamente atraídos por outrem – ou ainda, dentro do leque da Assexualidade, considerar ainda que o vínculo emocional antecede a atração sexual, como é o caso de demissexuais. Já os chamados Pansexuais são os que podem desenvolver atração física, de amor ou de desejo sexual independentemente do sexo biológico da identidade de gênero da outra pessoa. A sigla também aborda os Intersexuais, citados anteriormente, e as pessoas Queer, que são todos aqueles que não se encaixam na heterocisnormatividade. A presença do sinal de “+” visa representar todas as sexualidades não inclusas na sigla sob uma letra própria³.

Entende-se, hoje, a grande dimensão da diversidade sexual humana. Nesse sentido, a sigla LGBT se tornou um sinônimo de militância e união, por representar de forma conjunta o grupo de pessoas que não são heteros-

sexuais e/ou cisgêneros. Nesse contexto, abrange tanto um homem cisgênero homossexual, quanto um homem transgênero heterossexual. Contudo, apesar de sua complexidade e importância, vale lembrar que o indivíduo não pode ser estritamente avaliado, julgado ou condenado com base na sua sexualidade ou identidade de gênero.

Tendo-se discorrido a respeito da identidade de gênero e da orientação sexual, cabe agora abranger o Papel de Gênero e a Expressão de Gênero. O Papel de Gênero compreende as normas impostas pela sociedade a um gênero específico, ou seja, refere a estigmatização de que homens são fortes, provedores e competentes, e que mulheres são frágeis, passivas e maternais; abrange também a associação de cores e atividades laborais e domésticas a um gênero. A Expressão de Gênero é a maneira como o indivíduo se apresenta socialmente, incorporando roupas, trejeitos ou comportamentos socialmente atribuídos a um gênero específico para si, haja vista que o binarismo não deve ser fator limitante na expressão do indivíduo^{2,3}.

Ao não se encaixar no padrão cisgênero e heteronormativo, a comunidade LGBTQ+ é marginalizada, tornando-se vulnerável à negação de Direitos Humanos, a saber o Direito Universal ao Acesso à Saúde, o que reverbera socialmente na alta incidência de ISTs, uso de drogas, prostituição, depressão e crises de ansiedade nessa população⁴. Portanto, cabe à equipe multidisciplinar de saúde ter a capacidade de se conectar às realidades culturais, identitárias e sociais de seus pacientes, a fim de abandonar estereótipos, compreender a distinção entre Orientação Afetivo-Sexual e Identidade de Gênero e reconhecer as múltiplas necessidades humanas para além da orientação sexual e de gênero. Dessa forma, é de extrema importância o reconhecimento de que há marcadores sociais que podem prejudicar o acesso ao serviço de saúde, como orientação sexual, identidade de gênero, classe social, etnia, gênero, localização geográfica, dentre outras determinantes. Este conhecimento garante que o SUS seja regido por equidade, pluralidade e laicidade, como deve ser por direito.

Inclusão da população LGBTQIA+ na sociedade e na saúde pública: um panorama histórico

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, em seu art. 196 da seção II, o acesso à saúde é um direito de todo cidadão, sendo este assegurado pelo Estado, visando reduzir o risco de doenças e outros agravos, garantindo um

acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Apesar do aparente vigor desta lei, grande parte da população brasileira ainda não possui este atendimento “universal e igualitário nos serviços de saúde” previsto por ela, principalmente por conta das grandes desigualdades sociais existentes no país. Um grupo que se enquadra neste cenário é a população LGBTQIA+, que sofre continuamente com a violência e o preconceito cultural e institucional, além da aparente ignorância de muitos profissionais da saúde quanto ao atendimento desta parcela da população, gerando constrangimento nos pacientes⁵.

Historicamente, toda a diversidade sexual que não estivesse contemplada dentro da cisheteronormatividade era compreendida como doença ou desvio tanto para a medicina quanto em outras categorias profissionais de saúde. A partir dessa compreensão que surgiram, por exemplo, diversos tratamentos para reversão da homossexualidade. Esses tratamentos não só se mostraram ineficientes como também causaram graves prejuízos psíquicos. Ainda hoje há pressão para se retomar “tratamentos” denominados de “cura gay”, apesar de já ser consenso entre a comunidade científica que a homossexualidade não é doença.

Outra circunstância que afastou pessoas LGBTQIA+ do acesso à saúde foi quando a AIDS (o HIV), doença viral que teve seu surto no início dos anos 80, assombrou a comunidade LGBT, mais especificamente os gays, devido a união do preconceito com a desinformação sobre a doença, que chegou a ser chamada de GRID (Gay Related Immunodeficiency) no meio científico, ou até de câncer gay, peste gay ou peste rosa pela população⁶.

Em 1999, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) aprovou a resolução nº 01/99 que proíbe a patologização da homossexualidade, sendo este considerado como “um marco zero das ações e políticas implementadas no âmbito do Sistema de Conselhos no campo da diversidade sexual e de gênero”. Esta resolução foi, na verdade uma decorrência dos estudos da psicologia sobre a diversidade sexual, que iniciou a partir dos anos 80, e, além disso, no exterior ações parecidas já ocorriam desde os anos 70, com a despatologização da homossexualidade pela American Psychiatric Association, em 1973, sendo esta referendada pela Organização Mundial de Saúde em 1990, com a publicação da décima edição do Código Internacional de Doenças (CID-10)⁷.

Em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos lançou o Programa Brasil Sem Homofobia, sendo este voltado ao combate à violência e à discriminação contra pessoas LGBT's e de promoção da cidadania, respeitando

a especificidade de cada um destes grupos populacionais. Alguns princípios deste programa são: inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de LGBT's; conscientizar a população garantindo o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, garantindo também que o Governo Brasileiro inclua o recorte de orientação sexual e o segmento LGBT em pesquisas nacionais a serem realizadas por instâncias governamentais da administração pública; reafirmar que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos a população LGBT, incluindo todas as formas de discriminação e violência, destacando-se o combate a homofobia seja um compromisso do Estado e de toda sociedade brasileira⁸. Ainda em 2004, o Conselho Nacional de Saúde apresentou representantes da população LGBT+, com a finalidade de construção de políticas públicas específicas para o SUS⁵.

Em 2008, foi instituído e regulamentado “o processo transexualizador no âmbito do SUS, visando garantir às mulheres transexuais, no sistema público de saúde para o processo transexualizador, e credenciando os hospitais com expertise ambulatorial e cirúrgica habilitados para este procedimento” (p.37). No Caderno de Atenção Básica nº 26, com o tema saúde sexual e reprodutiva, a orientação sexual, bem como a identidade de gênero foram assuntos abordados, a fim de fornecer subsídios para os profissionais da saúde no atendimento a esta população⁵.

Organizada pelo Ministério da Saúde, a primeira edição da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) introduziu as políticas públicas disponíveis à essa população, além de tratar a respeito da orientação sexual e da identidade de gênero. De acordo com a PNSI LGBT, a homofobia deve ser considerada como uma determinação social na relação de sofrimento e saúde-doença⁴.

De acordo com a lei Federal Nº 8080/90, instituiu princípios como a universalidade, integralidade e equidade. Esses conceitos que deveriam ser levados para toda a população, não chegam de forma direta, principalmente, ao público LGBTQIA+. É preciso reconhecer que, em decorrência dos preconceitos e outras formas de exclusão social e de violência que sofrem as pessoas LGBTIs+, há maior vulnerabilidade dessa população para Transtornos Mentais e para as vicissitudes associadas à prostituição e ao tráfico de drogas, visto que há dificuldade de inserção no mercado de trabalho, além de ser comum a expulsão de casa muito jovens. Porém, esse público se torna mais resistente

a utilizar os serviços básicos de saúde, tirando seus direitos de ter uma vida com algo essencial para todos que é o bem-estar. Diante de todas as políticas públicas criadas, que visam um melhor acolhimento ao público LGBTQIA+, ainda sim, existem falhas que precisam ser modificadas.

Desde o início do séc. XXI muita coisa mudou, várias políticas foram implementadas para o melhor atendimento desta população, visando diminuir ao máximo a desigualdade de gênero. Porém, o preconceito que está enraizado na sociedade é algo que vai realmente mudar quando este for “cortado pela raiz”, ou seja, mesmo o Governo realizando programas e leis para a maior inclusão desta população, garantindo-lhes a saúde e a vida, uma verdadeira mudança só será vista a partir do fim do preconceito e da ignorância da população.

A importância da equipe multiprofissional para a integridade física e mental

A hierarquização das áreas e a dominância de um discurso particular em diversas equipes, constitui um ponto negativo na dinâmica do grupo, já que, por conseguinte, pode ocorrer exclusão, omissão e relações não-saudáveis de poder entre os constituintes. A necessidade da equipe inter e multidisciplinar ocorre não pela junção do saber técnico, mas pela interação efetiva com a finalidade de proporcionar o atendimento humanizado, contrário ao modelo assistencial e fragmentado, a partir da união de conhecimentos que compreendem a totalidade do ser humano na perspectiva biopsicossocial.

Essa equipe precisa estar integrada, de modo a articular as ações para o atendimento efetivo. Sendo assim, a liderança constitui parte importante, para que os objetivos dos profissionais continuem alinhados, promovendo um ambiente que proporcione a associação dos conhecimentos técnicos, atendimento humanizado e acolhimento, desenvolvendo vínculo entre o profissional e o paciente, priorizando a comunicação^{10,11}.

Contribuindo para a integralidade no interior das instituições a equipe multidisciplinar de saúde deve ser percebida como elemento facilitador desse processo através da prática de um trabalho interprofissional e interdisciplinar proporcionado pelo conjunto de saberes, de conhecimentos e de experiências trazidos por cada um. [...] Deve-se considerar como acontece o processo de trabalho e qual a compreensão da equipe acerca

de seus componentes (finalidade, objetos, instrumentos, força de trabalho) com objetivo de obtenção de resultados (SILVA, SANTOS, 2012, p.158)

No atual cenário brasileiro, com a evolução das políticas públicas de saúde, observa-se que o acolhimento da população LGBTQIA+ nos serviços públicos está sendo aperfeiçoado, trazendo benefícios sociais como a construção de um atendimento não-discriminatório. Tal melhoria é fator propulsor para amenização da dor e redução de danos, pois, segundo o Ministério da Saúde, todas as formas de discriminação são fatores propulsores para doença e sofrimento. Assim, uma reflexão acerca da melhor postura frente a essa população vulnerável é necessária para que estereótipos não influenciem na assistência médica.

Os desafios da saúde sexual, sobretudo da população LGBT, são marcados pela baixa procura dos serviços de atendimento médico e pelo desconhecimento acerca do risco de infecções sexualmente transmissíveis mesmo nesse tipo de relacionamento. De acordo com Barbosa e Koyama (2006), no Brasil há escassez de estudos sobre a saúde da mulher lésbica, sendo que a baixa procura dessas pacientes nos consultórios reflete em altos índices de câncer de colo de útero e de mama. Dessa forma, a equipe multiprofissional é necessária no processo de educação em saúde, levando informações corretas e desmistificando preconceitos e estereótipos, além de monitorar de maneira mais próxima o prognóstico dos pacientes com visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde¹².

Além disso, a saúde mental, dentre os vários assuntos envolvendo o ser humano, é uma temática que se tornou pauta em vários meios de comunicação, porém, ainda é um tabu para a sociedade. Sendo mais complexo para um público que diariamente sofre contra estigmas e preconceitos de diversos meios sociais consequentemente afetando o seu psicológico, desenvolvendo, por exemplo, ansiedade ou depressão e, em quadros mais graves, a autoagressão ou o suicídio. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida da população geral é de até 75 anos, diferente para uma pessoa trans cuja expectativa é de 35 anos. Além de sofrerem por diferentes formas de violência, enfrentam também o preconceito no próprio acesso à saúde, em que muitos não conseguem uma simples consulta ou não são chamados pelo seu nome social, causando bastante constrangimento. Para mudar essa realidade é preciso ter uma equipe humanizada que

garanta efetivamente o acesso, a universalidade e a equidade de atendimento, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Anamnese - A importância da imparcialidade de um profissional ao ouvir seu paciente

A anamnese é presente em diversas áreas da saúde e tem como principal objetivo a organização das informações oferecidas pelo paciente ao profissional, o que proporciona um melhor raciocínio clínico e um projeto para a clínica do paciente. Por isso, quando é centrada nas informações que o paciente dá, as chances de o profissional encontrar uma hipótese diagnóstica e um plano terapêutico adequado é maior. Dessa forma, ouvir e garantir um ambiente harmônico para que ele se sinta confortável em compartilhar sua história é importante¹⁴.

Entre as informações que devem ser coletadas, estão a identificação do paciente, a queixa principal e outros. Assim, em uma consulta com um paciente LGBTQIA+, gênero, sexo e/ou sexualidade poderão não ser de acordo com o que o profissional imaginava ser, porém continuam tendo importância para o desenvolvimento clínico. Existe uma tendência em se presumir que todo paciente é cisheterossexual e em estabelecer condutas baseadas em uma hipótese não confirmada, o que pode prejudicar ou inviabilizar todo o atendimento, repercutindo em barreira de acesso à essa população.

O profissional não pode deixar que seus estereótipos e preconceitos guiem a consulta, é fundamental que o paciente sinta-se confortável para expressar sua singularidade. Desse modo, é importante que o profissional saiba se comunicar de forma respeitosa com cada um de seus pacientes¹⁴.

Assim sendo, para garantir o respeito ao paciente, o profissional deve tomar três atitudes que vão auxiliá-lo nesse processo: empregar as nomenclaturas mais adequadas, abandonando termos que relacionam a sexualidade com doenças e distúrbios mentais; utilizar o nome social ao atender transsexuais e travestis, direito garantido pela portaria MS nº 1.820 de 13 de agosto de 2009; e por fim, evitar que a crença ou a opinião pessoal interfiram negativamente nesse processo. A partir desses passos, o profissional pode tratar do assunto com naturalidade, sem ter vergonha de fazer perguntas, tornando a conversa mais natural e confortável para ambos.

Por fim, é necessário que os profissionais da saúde - principalmente os que trabalham no meio acadêmico - questionem a não inclusão das necessidades da comunidade LGBTQIA+ em seus respectivos cursos. Afinal, é essencial que todo profissional saiba se portar de forma respeitosa diante de seus pacientes independentemente de suas diferenças.

Considerações Finais

Através do conhecimento, do processo de redemocratização da saúde e do respeito, há a abertura necessária para levantamento de pautas cidadãs e de direitos sociais voltados à assistência em saúde à população LGBTQIA+ com maior efetividade e equidade, a fim de proporcionar maior qualidade de vida e diminuir vulnerabilidades. Tal desafio à saúde coletiva é de responsabilidade, também, de equipes multidisciplinares humanizadas, para construção novos paradigmas, saberes e práticas capazes de respeitar e debater a diversidade de gênero, orientações afetivas-sexuais e identitárias, vistas como fundamentais na sexualidade humana e, conseqüentemente, no processo de cuidado em Saúde.

Portanto, a atenção integral vai para além do tecnicismo; diz respeito também ao acolhimento, à empatia, à humanidade, à visibilidade e ao preparo profissional diante das demandas de cada paciente, sujeito único e integrado.

Referências

1. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. São Paulo, SP. 2020.
2. Costa, R. P. Os 11 sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana. São Paulo: Gente; 1994. 207 p.
3. Reis T et al., org. Manual de comunicação LGBTI+: substitua preconceito por informação correta. Curitiba: Aliança Nacional Lgbti / Gaylatino; 2018. 102 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF. 2013.
5. Laurentio, A. C. N. Políticas públicas de saúde para a população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. 94f. Dissertação. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

6. Júnior, V. T. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Revistas Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre: v. 8, n. 17, p. 147-158, jun, 2002.
7. Aragusuku, H. A.; Lara, M. F. A. Uma análise histórica da resolução nº 01/1999 do Conselho Federal de Psicologia: 20 anos de resistência à patologização da homossexualidade. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília: v. 39, n. 3, 2019.
8. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.
9. Gomas, S. M.; Souza, L. P.; Vascelos, T. M.; Nagashima, A. M. S.. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Revista Saúde Social*. São Paulo: v. 27, n. 4, p. 1120-113, 2018.
10. Caldas et al. A importância da equipe multidisciplinar nas oficinas terapêuticas em saúde mental. *Revista científica de FAMINAS*, vol. 14, nº 1, p. 53-60. 2019.
11. Silva, L. A.; Santos, J. N. Concepções e práticas do trabalho e da gestão de equipes multidisciplinares na saúde. *Revista de Ciências da Administração*, vol. 14, nº 34, p. 155-168, dez. 2012.
12. Barbosa, M. R., & Koyama, M. A. H. (2006). Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(7), 1511-1514.
13. Brasil. Ministério da Saúde. (2008a). Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev. Saúde Pública*, 42(3), 570-573.
14. Bricley, Lynn S. Bates. (2015). *Propedêutica Médica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO NEGRA

Bruna Cristina Cavalheiro¹; Daniel Muzyka Oyarzabal Nunes²;
Fabiana Luiza Hornung³; Gabriela Bayerl⁴;
João Batista Rodrigues da Luz⁵; Julianna Rodrigues Beltrão⁶;
Maria Luiza de Souza Rodrigues⁷; Thais Cristina Marques Simão⁸;
Vinícius Augusto da Cunha Rodrigues⁹.

Revisores:

Vanessa Cristine Ribeiro Fredrich¹⁰;
Carlos Alberto Meneses Monteiro Filho¹¹;
Isabella Fernanda Rodrigues da Silva¹².

-
1. Psicologia - 5º período - FPP.
 2. Medicina - 7º período - PUCPR.
 3. Medicina - 6º período - PUCPR.
 4. Psicologia - 7º período - PUCPR.
 5. Medicina - 5º período - PUCPR.
 6. Psicóloga graduada pela PUCPR; medicina - 3º período - PUCPR.
 7. Medicina - 4º período - PUCPR.
 8. Psicologia - 7º período - PUCPR.
 9. Medicina - 5º período - PUCPR.
 10. Médica graduada pela UFPR e especialista em clínica médica pelo Hospital de Clínicas da UFPR. Professora do curso de Medicina da FPP.
 11. Médico graduado pelo UNINOVAFAPI, pós-graduando em atenção básica pela UFPR e residente de medicina de família e comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
 12. Psicóloga graduada pela PUCPR e pós-graduanda em Terapia Cognitivo Comportamental.

Nos últimos anos, o número de pessoas autodeclaradas negras (pretas ou pardas) é crescente. De acordo com o Censo demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população negra constitui mais da metade da população brasileira (50,7%)¹. Dados mais recentes, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2019, revelam que 56,2% da população se declara de cor ou raça preta ou parda². Sendo assim, é preciso reconhecer a importância da discussão sobre a saúde da população negra, principalmente por sua presença majoritária entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde e pela necessidade de consolidação do compromisso com a universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios aparecem amplamente negligenciados, pois são evidentes as falhas coletivas na promoção de um serviço apropriado a essa população. É fato que uma das medidas fundamentais para a superação das desigualdades raciais em saúde consiste na eliminação do racismo institucional, que se mostra tão presente em todos os níveis e esferas do SUS^{3,4,5}. Reconhecendo que as desigualdades étnico-raciais são determinantes sociais e de condições de saúde, e que as circunstâncias de vida da população negra impactam no processo de vida, doença e morte, em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), buscando promover os princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, a fim de mitigar as desigualdades de saúde ocasionadas pelo racismo^{4,5}.

Além disso, a PNSIPN reafirma as responsabilidades de cada esfera da gestão do SUS em garantir o acesso da população negra às ações e serviços de saúde, de forma adequada e humanizada, contemplando a promoção do cuidado integral nos ciclos de vida com abrangência nacional⁴.

Para compreender as necessidades dessa população, é preciso entender os conceitos de raça e as concepções de racismo, uma vez que são conceitos que permeiam todas as discussões acerca do tema.

A raça é um conceito dinâmico, de caráter político e social, e para entendê-la é preciso analisar o contexto histórico no qual está inserida. Para conceituar a raça são consideradas as características biológicas, em que a identidade é atribuída a partir de traços físicos (como a cor da pele), e/ou características étnico-culturais, nas quais a identidade é atribuída pela origem geográfica, religião, língua ou outros costumes⁶.

O Ministério da Saúde utiliza como critério para a classificação das raças a autodeclaração (o próprio usuário do sistema de saúde define a sua raça/cor), levando em conta critérios biológicos e étnico-raciais, além de aspectos socioculturais e da construção subjetiva do indivíduo, por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017⁴.

Por sua vez, o racismo é definido, segundo Sílvia Almeida, como:

“[...] Forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2020, p.32)”⁶.

É preciso entender e diferenciar diversos conceitos e palavras que são utilizadas para definir racismo. O preconceito racial é o juízo baseado em estereótipos, podendo ou não resultar em práticas discriminatórias. Assim, discriminação racial é a materialização do racismo, e pode ser identificada como a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados. A discriminação racial, ao longo do tempo, leva à estratificação social, afetando a vida de todos os membros do grupo social⁶.

A discriminação direta é quando o repúdio é ostensivo, evidente, gritante, o racismo que passa na televisão. Enquanto, a discriminação indireta pode ser identificada quando as necessidades ou direitos de um grupo específico são ignorados, ou quando diferenças sociais são deixadas de lado, e é imposta uma ‘neutralidade racial’ (“colorblindness”)⁶. Pode ser identificada, também, a discriminação positiva, que, ao contrário das anteriores, almeja corrigir as desvantagens causadas a grupos historicamente discriminados, como por exemplo, as políticas de ação afirmativa, como cotas raciais nas universidades^{6,7}.

Por fim, resta conceituar o racismo como um processo institucional e, principalmente, estrutural. É possível entender o racismo institucional como aquele que não está restrito a comportamentos individuais e está evidenciado na omissão das instituições públicas em atender e adaptar seus serviços às necessidades dessa população – além de atuar como reprodutoras e mantenedoras do racismo – essas instituições são a materialização da estrutura social racista da nossa sociedade^{5,6}. Na área da saúde, temos como exemplo a falta de democratização do acesso à saúde aqui no Brasil, mesmo com a existência do SUS^{4,5,8}. Já o racismo estrutural é o conceito de que a sociedade é racista, e

como as instituições são a manifestação da estrutura social, refletem e reproduzem a discriminação racial que foi ‘normalizada’ dentro da vida cotidiana^{6,9}.

A anatomia e a histologia da pele negra, suas individualidades fisiológicas e especificidades no tratamento clínico

- Noções histológicas da pele

A pele é o maior órgão do corpo humano. Sua função está relacionada com a defesa do organismo contra agentes químicos, mecânicos e biológicos, termorregulação, sensibilidade e proteção contra desidratação.

Pode ser dividida em três camadas: a **epiderme**, mais superficial – contém os queratinócitos (células produtoras de queratina) e melanócitos (produzem melanina - pigmento responsável pela coloração da pele e por absorver a radiação ultravioleta). Essa camada é dividida em 5 níveis: camada basal, espinhosa (malpighiana), granulosa, lúcida e córnea. A **derme**, segunda camada da pele, abaixo da epiderme contém fibras elásticas e colágeno (dão resistência e elasticidade à pele); e a **hipoderme**, rica em células adiposas, mais profundamente^{10,11}.

- Particularidades estruturais, funcionais e biológicas da pele negra

A clínica e a fisiopatologia da maioria das doenças são descritas em pacientes de pele clara, sendo a população negra menos contemplada tanto no ensino como nas orientações no que tange às especificidades de apresentações clínicas nesse grupo populacional. É de suma importância o conhecimento técnico específico sobre a pele negra, visto que o grau de pigmentação pode mudar sensivelmente parâmetros da semiologia^{12,13,14}. Logo, é necessário que o profissional da saúde se familiarize com as diferentes nuances que podem ser apresentadas.

Dentre as características da pele negra, destaca-se a maior quantidade de melanina na epiderme, sem haver diferença numérica de melanócitos. Essa maior quantidade de pigmento está relacionada a variações no número, tamanho e agregação de melanossomas (organelas que produzem melanina) nos melanócitos e nos queratinócitos. O tegumento negro possui melanossomas grandes, não-agregados e tem um maior número de camadas basais em sua epiderme^{12,13,14}.

A maior ocorrência de queloides em peles pretas é uma característica importante, já que a ocorrência é de 3 a 18 vezes mais comuns em pessoas negras. Os queloides são lesões de origem na derme, elevadas, brilhantes (ocorrem em cicatrizes, pelo depósito excessivo de colágeno), e ultrapassam os limites da ferida original, invadindo a pele adjacente e crescendo ao longo do tempo, não regredindo espontaneamente¹⁵. Ao analisar a derme, nota-se que não há diferença de sua espessura entre pretos e brancos, mas sim individualidades celulares¹². Os fibroblastos, por exemplo, são maiores e presentes em maior número em pessoas pretas, produzindo, assim, mais colágeno; aliado a isso, há uma diminuição da atividade da enzima colagenase, podendo ser esses os motivos da formação dos queloides^{12,13,14}.

Os folículos pilosos podem ser curvados e espiralados em indivíduos negros, gerando enfermidades comuns nesse tipo de cabelo, como foliculites e acnes^{12,13}. A alopecia é um evento que gera a queda ou perda prematura do pelo, sem que ele seja renovado¹⁶, e é mais comum em mulheres negras. O fato dos folículos possuírem poucas fibras elásticas ancorantes para a derme pode ter associação com a origem desse problema, sobretudo quando o couro cabeludo é exposto à agentes mecânicos tracionais, como tranças apertadas ou rabos de cavalos, além de agentes químicos, produtos e equipamentos, como alisantes químicos, secadores, procedimentos térmicos e tinturas^{12,13,14}. É importante acrescentar que os processos químicos e alisamentos foram e ainda são uma forma de tornar a aparência e características negras aceitas em ambientes de estudo e trabalho – por serem associados a padrões estéticos brancos. A estética é instrumento político da mulher negra no que se trata da busca do direito à identidade: tranças, apliques, dreads e turbantes são elementos culturais e estéticos essenciais na luta antirracista¹⁷.



Figura 1 - Mulher negra com queloides na orelha.
Fonte: The University of Texas Southwestern Medical Center¹⁸.



Figura 2 - Mulher africana apresentando alopecia de tração.
Fonte: DermNet New Zealand¹⁹.

Doenças mais prevalentes na População Negra

Ao longo deste capítulo serão descritas diversas doenças e condições relacionadas à população negra no Brasil. Além da dermatologia abordada acima e saúde mental, da mulher e do homem que serão abordadas mais adiante, existem doenças destacadas pela PNSIPN que são mais comuns em pessoas negras e merecem destaque nesse trabalho – hipertensão arterial, anemia falciforme, diabetes mellitus (tipo II).

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Fisiopatologia	O excesso de sódio no sangue provoca uma expansão osmótica do volume líquido extracelular. Desse modo, ocorre um aumento do volume plasmático, retorno venoso e débito cardíaco ^{20,21} .
Diagnóstico	Níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg ²¹ .
Prevalência	De 21,4 a 32,3% dos adultos no Brasil possuem HAS, sendo mais prevalente entre os homens e aumentando com a idade ²¹ .

Tabela 1: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fonte: os autores, 2021.

Relata-se que os escravagistas ingleses costumavam lamber o suor dos negros escravizados para avaliar se era salgado ou não. Sem conhecer qualquer aspecto fisiopatológico, escolhiam, assim, aqueles que seriam transportados nos porões das naus, sem condições de alimentação e hidratação²². Por conseguinte, indivíduos propensos ao acúmulo de sódio foram, por décadas, selecionados pelo modo de produção escravagista. Sendo assim, as chagas da escravidão são observadas não só no contexto sociocultural brasileiro, mas também na herança genética dos descendentes dos povos escravizados.

Estudos mostram que afrodescendentes americanos possuem a maior prevalência de HAS do mundo. A prevalência ocorreu em 44,9% dos homens negros e em 46,1% das mulheres negras. Outro dado interessante descreve que a população de negros sul-africanos possui a pressão arterial sistólica 9,7 mmHg mais elevada em comparação aos afro-americanos²². De modo análogo, um trabalho realizado na cidade de Salvador, na Bahia, mostra que a hipertensão resistente refratária, definida como a falência ao tratamento para HAS apesar do uso de 3 ou mais classes de medicamentos (incluindo um modulador do sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, diurético tiazídico e um bloqueador de canal de cálcio)^{21,23}, é um achado comum em pacientes negros^{4,22,23}.

No que diz respeito ao tratamento de HAS, é importante para o profissional se atentar que o efeito da restrição de sódio na redução da PA é maior em pessoas negras^{21,23,24}. Estudos evidenciam a maior eficácia de diuréticos e bloqueadores de canal de cálcio quando comparados com moduladores do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona - mas ressaltam a importância desses últimos quando o paciente possui comorbidades como diabetes mellitus, doença renal crônica e insuficiência cardíaca²⁴.

- Anemia Falciforme

Fisiopatologia	É uma doença genética, ocorre por uma mutação no cromossomo 11, resultando na formação da hemoglobina S. Eritrócitos com essa hemoglobina perdem sua função por hipóxia e apresentam uma forma característica de foice, podendo ocasionar sintomas vasoclusivos, crises de sequestro, aplásicas ou de hemólise ^{25,26,27,28} .
Diagnóstico	O diagnóstico precoce da anemia falciforme pode ser obtido em neonatos através do “Teste do Pezinho”. Em adultos, apresentação clínicas e exames laboratoriais como hemograma, teste de falcização, eletroforese podem ser utilizados ^{26,27,28} .
Prevalência	No Brasil, afeta de 6 a 10% da população negra e cerca de 2 a 6% da população brasileira em geral ^{4,26,28} .

Tabela 2: Anemia Falciforme. Fonte: os autores, 2021.

A hipótese mais comum para explicar o surgimento do traço da anemia falciforme é a que se tratou de um evento de seleção natural em seres humanos, apresentando uma proteção parcial à malária e por isso pode ser encontrada nas populações cujos ancestrais são provenientes de regiões endêmicas^{4,25,26,27}.

A anemia falciforme é uma doença classicamente atribuída a indivíduos negros^{4,5,25}. no entanto esse pressuposto levanta uma discussão sobre a racialização no cuidado à saúde. Isso porque os fatores genéticos que levam aos sintomas estão relacionados à ancestralidade e não à ocorrência de traços fenotípicos associados a pessoas negras. A variabilidade clínica apresentada pelos pacientes pode depender de fatores socioeconômicos, de acesso à assistência médica, prevenção de infecções, entre outros²⁵.

Identificar anemia falciforme como uma “doença de negros” contribui para associar a branquidade à noção de invulnerabilidade e saúde – se aproximando de um ideal que resgata o determinismo biológico²⁵. Isso se reflete em como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e os próprios pacientes enxergam a história natural da doença, muitas vezes se surpreendendo com a existência de brancos falcêmicos^{5,25}.

Por tudo que foi exposto, é essencial que os profissionais de saúde entendam o quadro clínico da doença, saibam identificar suas manifestações clínicas agudas, como as crises de dor – que devem ser levadas à sério e tratadas de acordo com escalas de dor, usando analgésicos opioides como a morfina, se necessário. Episódios de priapismo podem levar a sérias consequências – como amputação – se não tratados a tempo e com rigor. As crises anêmicas, como crises de sequestro esplênico, devem ser reconhecidas e tratadas prontamente, pois possuem grande mortalidade em crianças^{27,28}.

É importante o acompanhamento pela atenção primária e secundária desde o diagnóstico, e um esquema de vacinação especial (para evitar infecções que precipitem crises). Mulheres grávidas com doença falcêmica possuem mais risco de abortos espontâneos e por isso devem iniciar o pré-natal precocemente, com equipe especializada. Deve ser realizada a avaliação frequente de diversos sistemas, uma vez que a anemia falciforme pode se apresentar com complicações pulmonares, cardiovasculares, cerebrovasculares, entre outras, que podem ter grande impacto na vida do paciente^{27,28}.

- Diabetes Mellitus (DM) tipo II

Fisiopatologia	A DM tipo II é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia persistente, resistência insulínica e diversas outras alterações metabólicas. Possui repercussões macro e microvasculares, podendo resultar em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica ²⁹ .
-----------------------	--

Diagnóstico	O diagnóstico pode ser realizado dentro da prevenção primária, por ser uma doença assintomática por muitos anos. Exames como glicemia de jejum e hemoglobina glicada podem ser utilizados ²⁹ .
Prevalência	Estima-se que 6,2% da população brasileira com mais de 18 anos possui diagnóstico de diabetes – com maior incidência em indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto ²⁹ .

Tabela 3: Diabetes Mellitus tipo II. Fonte: os autores, 2021.

Essa doença apresenta uma prevalência maior em pessoas negras, assim como a obesidade^{29,30,31,32}. Apesar da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 não ter encontrado diferenças significativas na prevalência²⁹, alguns estudos no Brasil³² e diversos estudos em outros países evidenciam não só a maior incidência dessa doença em pessoas negras, como também uma maior gravidade e mortalidade nessa população - complicações como retinopatia diabética e nefropatia diabética são mais comuns em pacientes não-brancos^{30,31,32}.

Fatores genéticos podem estar relacionados com essa maior prevalência e teoriza-se que estejam relacionados com uma maior hiperinsulinemia e resistência insulínica em indivíduos não brancos³². É importante destacar que aspectos socioeconômicos e ambientais também estão intimamente ligados com mau prognóstico e maior mortalidade^{29,30,31,32}.

Humanização no manejo de saúde mental da população negra

Uma pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde revelou que, em 2016, o risco de suicídio foi 45% maior em adolescentes e jovens negros quando comparados aos brancos³³. Esses dados provocam inúmeros questionamentos: Quais são os investimentos de cuidado em saúde mental para essa população? Qual é o espaço que esse público tem dentro da Psicologia? Qual leitura social é feita da população negra?

Ainda conforme o Ministério da Saúde, entre as principais causas associadas ao suicídio em pessoas negras destacam-se a ausência de sentimento de pertença, sentimento de inferioridade, rejeição, negligência, violência, maus tratos, abusos, inadequação, sentimento de incapacidade, solidão e isolamento social³³. Diante disso, é preciso considerar que os resultados da pesquisa podem apontar para um intenso sofrimento psíquico causado pelo racismo, uma vez que nossa sociedade valoriza a cultura e os traços da população branca, enquanto coloca o corpo negro como não digno de cuidados, levan-

do a impactos danosos que afetam significativamente os níveis psicológicos e psicossociais^{5,33}.

Ademais, a falta de investimento em cuidados para a população negra também pode ser observada a partir de estudos de base populacional sobre desigualdades raciais no estado de saúde e prevalência de doenças. Os indivíduos de cor preta ou parda apresentam maiores prevalências de transtornos mentais, de doenças crônicas, de menor sobrevida pelas doenças crônicas, de pior estado de saúde autorreferido e de pior estado nutricional³⁴.

É importante destacar também que o preconceito e o desmerecimento das identidades culturais afetam as subjetividades, o que pode levar a desmotivação, baixa autoestima e desenvolvimento de quadros depressivos³⁵. Portanto, percebe-se que a subjetividade deve ser pensada também em termos históricos, sociais e políticos, já que se constitui em uma relação com o mundo material e social. Dessa maneira, Neusa Santos Souza, importante psiquiatra, psicanalista e escritora, que se dedicou a compreender os aspectos sociológicos e psicanalíticos da negritude, explica os efeitos do racismo na relação de pessoas negras com o seu próprio corpo. Nas palavras da autora:

“A partir do momento em que o negro toma consciência do racismo, seu psiquismo é marcado com o selo da perseguição pelo corpo-próprio. Daí por diante, o sujeito vai controlar, observar, vigiar este corpo que se opõe à construção da identidade branca que ele foi coagido a desejar. A amargura, desespero ou revolta resultantes da diferença em relação ao branco vão traduzir-se em ódio ao corpo negro”³⁶.

Igualmente, a discriminação sofrida pela população negra, somada a aspectos socioeconômicos, podem influenciar no acesso à informação, na percepção do quadro emocional e no acesso aos serviços e tratamento de saúde, todos fatores de grande impacto na saúde mental. Isso porque, em relação à busca por serviços de saúde em decorrência de sofrimento psíquico, pessoas autodeclaradas brancas procuram auxílio profissional 30% mais do que pretos e pardos³⁷.

Desse modo, para que os profissionais de saúde possam de fato acolher as demandas dessa população de maneira humanizada, é necessário que reconheçam as especificidades e considerem os efeitos devastadores do racismo. A importância da preparação dos profissionais da saúde, especificamente dos psicólogos, no que diz respeito às temáticas raciais, é demonstrada em pesqui-

sa qualitativa realizada por GOUVEIA e ZANELLA em 2019, na qual foram coletados relatos de mulheres negras acerca de suas vivências na psicoterapia. Constatou-se que as experiências tidas com psicoterapeutas brancos foram negativas à medida que os profissionais em questão demonstravam incompreensão e estranhamento quanto às vivências negras. Isso foi manifestado em situações como, por exemplo, em uma demanda relacionada ao racismo, em que a psicóloga tentava convencer a paciente de que “somos todos iguais”, negando a incidência do racismo e seus efeitos sobre a paciente³⁸.

Além disso, um estudo empírico realizado em 2013 por Tavares, Oliveira e Lages se ocupou da investigação acerca da percepção dos psicólogos quanto ao racismo, perpassando por temas como iniquidades em saúde, ciência de políticas públicas que visam a promoção de igualdade racial, incidência de preconceitos e discriminações nos centros de saúde, interpretações dos psicólogos sobre o racismo, dentre outros. O que se constatou da pesquisa foi que, dos sete profissionais entrevistados, apenas um reconheceu as iniquidades no atendimento a usuários de saúde negros, sendo que quase a unanimidade dos participantes demonstrou grande ignorância acerca da realidade com a qual pessoas negras convivem, evidenciando a carência na formação dos psicólogos no que diz respeito às questões raciais³⁷.

Diante disso, o caminho a ser percorrido por um(a) psicoterapeuta, para que supere sua alienação quanto às questões raciais, tem início no próprio entendimento de si como um ser racial, somado a uma formação profissional permeada pela temática³⁷.

Saúde da mulher negra

Questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde. Por isso, é fundamental olhar com atenção para a saúde das mulheres negras, que, além das condições desfavoráveis de vida, ainda sofrem com as intersecções entre sexismo e racismo⁸.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reitera a relação entre racismo e vulnerabilidade em saúde, e dentre tantos outros objetivos busca incluir o tema “Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual”, com destaque para as intersecções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social. Esse objetivo aponta para

um campo específico na área da saúde da mulher e possibilita a observação de diferenças intragrupo, a fim de promover os princípios de universalidade, integralidade e equidade^{3,4}.

Sendo assim, torna-se relevante abordar alguns tópicos:

- Mamografia

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 estimou que apenas 60% das mulheres, de 50 a 69 anos de idade, no Brasil, realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa. A realização desse exame foi mais observada entre as mulheres brancas (66,2%) e com ensino superior completo (80,9%). Já as menores proporções foram observadas entre as mulheres pretas (54,2%), pardas (52,9%) e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (50,9%)³⁹.

Diante desse cenário, observa-se uma carência frente à população negra, e, principalmente, naquelas que também não possuem o ensino fundamental completo. Portanto, é necessário que medidas sejam tomadas pelo Plano Nacional de Saúde, visando uma maior participação desse grupo populacional na realização do exame, visto que a mamografia tem grande importância para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas e, assim, promover um tratamento precoce, visando um melhor prognóstico⁴⁰.

Além disso, é importante ressaltar tais números são decorrentes do racismo institucional fazendo com que mulheres negras tenham dificuldade de acesso a unidades de saúde, demora para realização de exames, queixas desvalorizadas. Com isso, é essencial que tais desigualdades sejam enfrentadas por meio da formulação e monitorização de políticas públicas e institucionais, também é primordial que cada instituição elabore planos de enfrentamento juntamente da construção de indicadores para o monitoramento do plano de ação^{4,5,8,40}.

- Idade materna

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), de 2015, revelam que as mães indígenas, pardas e pretas são as mais jovens. A faixa etária de 20 a 24 anos concentra o maior percentual de mães nas populações de raça/cor preta (26,0%), parda (27,5%) e indígena (26,8%)⁴¹.

A gravidez precoce possui uma enorme complexidade, visto que constitui uma experiência emocionalmente difícil, que se relacionada com as res-

ponsabilidades psicológicas, sociais e econômicas, além da instabilidade das relações conjugais na juventude⁴². Além disso, muitas vezes ela é uma gravidez indesejada, que pode afetar, em vários aspectos, a vida e o bem-estar das mulheres jovens, de seus filhos e sua família⁴³. Diante desse cenário, várias estratégias foram criadas visando a prevenção da gravidez na adolescência, entretanto tal fenômeno é decorrente de inúmeros fatores como baixas condições socioeconômicas, início precoce da atividade sexual, baixa adesão aos métodos contraceptivos, viver em união estável ou ser casada e abandono dos estudos. Além disso, há outros vários fatores associados: morar no interior, encontrar-se sob total dependência financeira, aborto prévio e renda familiar até um salário-mínimo⁴⁴.

- Gestação

Ao observar dados sobre violência obstétrica, percebe-se que mulheres negras constituem a maior parte das pacientes que alegam ter sofrido alguma violência durante a gestação⁴⁵.

A violência obstétrica acontece pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física ou sexual. Pode, também, envolver o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas⁴⁶. Na mulher negra, a violência obstétrica é acentuada em decorrência da construção histórica do estereótipo da hipersexualização e exploração de corpos negros, o que faz com que muitas sofram abusos; além da crença de que mulheres negras são mais fortes e não necessitam tanta analgesia intraparto⁴⁷. Tal cenário promove riscos potenciais e sequelas à mãe e ao bebê⁴⁶.

- Pré-natal

Segundo dados do Sinasc, de 2015, o acesso ao pré-natal cresce de acordo com o aumento da idade e escolaridade das mulheres, e é maior para as raças branca/amarela, e para nulíparas. Dessa forma, é revelado possíveis vulnerabilidades dos grupos populacionais mais jovens, com menos escolaridade e de cor preta e parda⁴⁸.

Além disso, na assistência ao pré-natal, as mulheres negras tiveram maior proporção de gravidez não planejada e de utilização da rede pública, e menores proporções no número de consultas preconizadas pela Rede Cegonha (estratégia do Ministério da Saúde que busca assegurar planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério)⁴⁹.

- Mortalidade materna

De acordo com o Ministério da Saúde, as quatro principais causas específicas de morte materna no Brasil são: a hipertensão, a hemorragia, a infecção puerperal e o aborto. Essas são causas obstétricas diretas, já que resultam de complicações que surgem durante a gravidez, o parto ou o puerpério. São resultantes de intervenções ou da falta delas, omissões, tratamento incorreto, doenças preexistentes ou desenvolvidas durante a gestação, e que foram agravadas pelos eventos fisiológicos da gestação. Em outras palavras, a mortalidade materna é um fator evitável quando o acompanhamento adequado é realizado durante a gestação e o parto⁵⁰.

Nas últimas duas décadas, a taxa de mortalidade materna (TMM) de mulheres negras (de cor preta e parda) revelou-se duas vezes maior do que a de mulheres brancas⁵¹.

Diante desse cenário, é necessário compreender o motivo pelo qual há maior vulnerabilidade nesse grupo, e investigar se a mortalidade materna está relacionada a um acompanhamento inadequado ou uma má qualidade na assistência da saúde da mulher durante a gravidez e no momento do parto, além de avaliar a relação da mortalidade materna e o racismo estrutural por meio de indicadores para o monitoramento.

- HIV/AIDS

Ao analisar a ocorrência de HIV/AIDS na população, observa-se que a população negra corresponde a mais da metade (50,7%) dos casos. Entre as mulheres, as de raça negra correspondem a 54,3% dos registros. Das gestantes infectadas pelo HIV, o predomínio é novamente entre as pretas e pardas⁵².

Em relação à prevalência da AIDS, observa-se uma queda de 51% na proporção de casos entre brancos, contra 36,4% entre pretos, e 17,6% entre pardos. Já as taxas de mortalidade pela doença demonstram que 61,7% das ocorrências se dão entre negros, enquanto apenas 37,7% ocorrem entre brancos. Em um intervalo de 10 anos (2009-2019), verifica-se queda de mais de 20% nas mortes entre a população branca, contra um crescimento de 19,3% na população negra⁵².

- Estupro

Após análise de dados do SINASC e do SINAM - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - identifica-se um predomínio de negras

entre as notificações de estupro de adolescentes, tendo a maior parte ocorrido na residência, além de importante proporção de registros de violência de repetição⁴⁸.

- Homicídio

Em 2018, uma mulher foi assassinada a cada duas horas no Brasil. Dessas vítimas, 68% eram mulheres negras. Entre os anos de 2017 e 2018, o número de homicídios entre mulheres não negras caiu 11,7%, enquanto a mesma taxa entre mulheres negras aumentou 12,4%⁵³.

- Taxa de mortalidade por transtornos mentais

Em uma revisão bibliográfica realizada por Cruz, em 2004, foram abordados dois diagnósticos importantes: distúrbio da autoestima e distúrbio do autoconceito. A partir disso, foi discutido que o sofrimento psíquico decorrente da opressão pode ser evidenciado na taxa de mortalidade por transtornos mentais, cuja diferença numérica nos óbitos entre os grupos étnicos pode ser resultante de um tratamento racializado, uma vez que nas mulheres pretas a taxa de mortalidade por transtornos mentais foi de 3,29, enquanto que nas mulheres brancas foi de 1,92⁵⁴.

Com isso, é possível perceber que essas informações revelam especificidades que devem ser consideradas durante o planejamento das políticas públicas, de maneira a ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da população negra. Quanto a isso, merece destaque a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em que consta que a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher⁵⁵.

Saúde do homem negro

A população masculina como um todo apresenta diversas dificuldades para com a sua saúde, uma vez que há modelos culturais de gênero cristalizados na sociedade patriarcal que ainda são repassados de geração em geração, promovendo a construção de modelos de masculinidade hegemônica. Diante desse cenário, muitos indivíduos possuem uma ideia errônea do homem

como aquele que não estimula aspectos do afeto e do cuidar, muito menos do autocuidado⁵⁶.

Com isso, a expectativa de vida dos homens acaba sendo inferior em comparação à das mulheres. No Brasil, os homens vivem, em média, 7,1 anos a menos que as mulheres, com expectativa de vida de 72,7 anos. Na vida adulta, morrem duas vezes mais do que as mulheres⁵⁷.

Além disso, quando se analisa os dados sobre o recorte racial observa-se que, no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, somente 69,4% dos homens se consultaram com um médico nos 12 meses anteriores à entrevista, em oposição a 82,3% das mulheres. Do número total de pessoas que foram a uma consulta no último ano, a maioria são brancas (79,4%). Quanto à proporção de pessoas que fizeram uma consulta com um dentista, apenas 43,8% são negras⁵⁸.

Diante desse cenário, esse tópico abordará algumas temáticas relacionadas ao adoecimento da população negra masculina, que explicam e refletem os dados apresentados.

De acordo com Nelson Flávio Moraes de Oliveira (2018), o homem negro é subalternizado socialmente de tal maneira que lhe é negado qualquer lugar humano dentro da sociedade, a exemplo do seu aspecto corporal que, quando não passa pela sexualização, sofre com a brutal violência. No tocante à questão da sexualização ou objetificação do homem negro, um estereótipo responsável por afetar a sua saúde, assim como desumanizá-lo, é o da virilidade como característica substancial e generalizada desse grupo⁵⁹. A masculinidade dos homens negros é comumente resumida a um corpo viril, forte e insaciável, apontando sua serventia como exclusivamente carnal e tolhendo-lhes aspectos, valores e direitos que fazem parte da essência humana, como inteligência, cultura e sentimento⁶⁰. Ou seja, o homem negro é comumente representado simplesmente como um corpo negro, destacado de sua autoconsciência e resumido a uma serventia de trabalho e sexual⁵⁹.

Outro fator social responsável por afetar a qualidade de vida do homem negro, e de importante destaque, é a postura discriminatória e violenta, comum entre algumas autoridades no Brasil, a exemplo da polícia, direcionada a esse grupo. Sobre tal, Rubens Adorno realizou pesquisas acerca da população carcerária de São Paulo que demonstram como o manejo com cidadãos negros do sexo masculino possui uma observância aos direitos humanos muito

limitada, tendo eles maiores chances de serem vítimas de violência policial de todos os tipos, desde psicológica até física⁶¹.

Além disso, os estereótipos de raça e gênero são responsáveis por tornar homens negros o principal alvo de revistas policiais e até mesmo prisões, à medida que estereótipos racistas incluem a masculinidade negra associada à criminalidade. Muitos homens negros são considerados suspeitos simplesmente por suas características fenotípicas, e comumente sofrem violência física pela força policial⁶¹.

Tais abordagens policiais violentas respaldadas em noções racistas culminam inclusive nas estatísticas de homicídio. Em 2018, os negros representaram 75,7% das vítimas de homicídios, com uma taxa de homicídios por 100 mil habitantes de 37,8. Em contrapartida, entre não negros, essa taxa foi de 13,9⁵³.

Esse alto índice de violência letal na população negra revela uma das principais desigualdades raciais no Brasil. Em relação à violência nos jovens negros, evidencia-se tendência de aumento no número de homicídios nessa população, enquanto que, por outro lado, os índices de mortalidade são muito menores quando comparados a jovens brancos e, em algumas regiões, esse último até se apresenta em redução⁵³.

O Atlas da violência de 2020 ainda indica um padrão de vítimas por raça/cor: os homens negros apresentaram taxas de vitimização 74% maiores quando comparados com homens brancos; as mulheres apresentaram taxas de vitimização 64,4% maiores quando comparadas com mulheres brancas. Esses dados foram superiores aos colhidos de 2007 a 2017, indicando uma curva ascendente⁵³.

Com base em todo o exposto, observa-se que a saúde do homem negro está sujeita a diversas vulnerabilidades. Essas estão relacionadas desde noções sociais estruturalmente machistas, passando por aspectos de representação masculina negra estereotipada em relação à força, serventia e desumanização, até violências físicas e psicológicas, simbólicas e literais. Assim, tais vulnerabilidades os afetam nocivamente, demonstrando a necessidade de atuações profissionais em saúde transversais às temáticas raciais.

Profissionais e estudantes da área da saúde

A comunidade de estudantes e profissionais da saúde, no Brasil, atualmente, é composta em sua maioria por integrantes brancos e de renda familiar elevada, sendo a população negra, mais uma vez, a minoria^{62,63}. No curso de medicina, por exemplo, o percentual de estudantes autodeclarados negros corresponde a 25% do total⁶³. Essa desigualdade permanece, também, entre os docentes do ensino superior no país, dos quais apenas 30,5% são negros⁶⁴. Porém é válido ressaltar que não há exposição de dados atualizados a respeito da relação entre raça e cor nas instituições de ensino superior e tampouco dos profissionais inscritos no Conselho Regional de Medicina (CRM). Essa realidade é fruto da limitação de recursos e programas de incentivo ao ingresso e à permanência de alunos negros em escolas e universidades^{7,63}.

Outro fator preocupante é a falta de incentivo e investimento, e o afastamento do Estado em políticas de permanência/assistência nas universidades brasileiras - discussão que não possui a mesma força que a discussão sobre cotas raciais (as quais buscam inserir a população negra na universidade pública e em cargos públicos, buscando um sistema de equidade social e vem ganhando mais força nos últimos anos). O fato de que muitos estudantes não terminam a graduação pela falta de condições ofertadas pelo governo também é algo que limita a quantidade de profissionais negros no Brasil⁷.

Essas e outras barreiras ocorrem junto às inúmeras formas de violência e racismo aos quais esses indivíduos estão expostos. Muito além do racismo individual ou internalizado, existe o racismo estrutural, em que é normalizada a ausência de alunos e professores negros dentro do meio acadêmico, refletindo diretamente na falta de profissionais negros atuando na saúde do país^{9,63,65}.

Existe um sentimento de não pertencimento dos negros em ambientes universitários, que se deve a séculos de exclusão. Nas escolas, estuda-se os africanos e seus descendentes apenas como escravos, sem abordar a sua cultura e sabedoria, o que contribui para tal sentimento, que é contrário ao sentimento de pertença, necessário para a permanência no âmbito estudantil⁶⁶.

No campo profissional, as barreiras permanecem. A literatura nos traz relatos de discriminação e racismo dentro de programas de residência médica⁶⁷ e também na enfermagem, dificultando a continuidade do trabalho e o crescimento profissional⁶⁵. É importante salientar que o racismo estrutural está presente em todas as áreas da saúde^{3,5}.

Esse racismo estrutural consiste na preservação de ideologias e práticas provenientes da doutrina de supremacia branca, desenvolvidas para justificar a opressão massiva e a exploração política e econômica da população negra, de forma legalizada^{3,6,9}. Esse racismo afeta tanto os profissionais de saúde, quanto os pacientes. Nesse cenário, em se tratando da relação profissional-paciente, alguns fatores apontam para a necessidade de mais profissionais negros - a concordância racial entre paciente e profissional, em especial, pode trazer benefícios ao cuidado à saúde: a relação de confiança estabelecida durante as consultas por pacientes negros é maior com profissionais negros⁶⁸. Outra evidência dessa necessidade está em uma pesquisa norte-americana que demonstrou que recém-nascidos negros tem chance menor de morrerem quando atendidos por médicos de mesma raça⁶⁹.

A escassez de referências negras na área da saúde delinea a importância dessa população assumindo posições nesse cenário. A representatividade é um dos meios com os quais se pode romper a realidade atual (negros como minoria), para então redefini-la, com base na compreensão de fatores históricos e sociais, que influenciam a determinação das oportunidades na vida de cada um^{9,65}.

Considerações finais

Os cuidados com a saúde da população negra vão muito além do diagnóstico médico, eles envolvem principalmente um conceito de diagnóstico histórico, que pondera o reflexo histórico e social nessa população atualmente. Desse modo, faz-se necessária a implementação de um sistema de cuidados à saúde, permeado por: mapeamento estratégico prévio dos indicadores, a fim de traçar um perfil epidemiológico e então instituir políticas públicas mais adequadas; treinamento dos profissionais de saúde em busca de um melhor atendimento, consciente das necessidades do grupo, bem como dos aspectos que os circundam, para então poderem conceber o melhor tratamento; atuação de uma equipe multiprofissional adequada a uma abordagem mais precisa e completa dos aspectos psicossociais e históricos que podem e que irão influir no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

A adequação do tratamento de saúde à população negra é de extrema importância ao compreender que a cor da pele, neste momento, não é apenas uma categoria biológica, **e sim um fator social deliberativo para o adoecimento**. Além disso, é necessário reconhecer a existência do racis-

mo institucional agravando ainda mais as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde. Portanto, uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diferentes áreas, irá evitar o estabelecimento de diagnósticos e tratamentos imprudentes e inadequados com base no pretexto de reconhecimento de todas as vulnerabilidades. Outra medida importante é o fortalecimento de causas sociais movidas por combate à discriminação de raça e cor. O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil evidencia-se um recurso significativo para isso. Então, a promoção da segurança social (conferindo educação, saúde, moradia e saneamento básico) e o benefício da população, através do fortalecimento do SUS e investimento em políticas públicas, é fundamental na busca pela redução das iniquidades.

Com isso, também se faz necessária a conscientização da sociedade para a implementação e propagação de medidas antirracistas no ambiente de trabalho entre os colegas de profissão e com os pacientes. Além disso, o posicionamento de pessoas brancas na luta antirracista, reconhecendo seus privilégios, é certamente edificante através do uso de seu espaço de poder e fala promovendo e propagando ações de combate ao racismo. A partir disso, será possível conceber um ambiente culturalmente competente, em que, desde cidadãos comuns até colegas de profissão, saibam reconhecer a diversidade e, com consciência e respeito, celebrar a multiplicidade, pois serão esses outros profissionais (colegas de profissão) os catalisadores para o processo de desestruturação do racismo estrutural⁷⁰.

Por fim, entende-se que os tópicos levantados e explanados ao longo desse capítulo não têm como pretensão (e nem poderiam) trazer todas as respostas acerca de qual a melhor forma de realizar um atendimento em saúde humanizado para a população negra, mas sim contribuir para o início de reflexões e debates sobre o tema, entendendo que, sim, existem particularidades socioculturais e biológicas relativas a essa população. Assim, cabe ao profissional de saúde adquirir tal entendimento e capacitação, compreendendo os fatores de impacto comuns às pessoas negras, sem deixar de enxergar suas individualidades e, portanto, humanizá-las.

A mensagem de que **a luta antirracista é uma responsabilidade de todos** deve ser a mensagem final desse texto – reconhecer os privilégios das pessoas brancas e sua predominância em espaços de poder e elite, como na saúde, e a problematização desse fato deve andar junto com a luta por ampliação de políticas de ações afirmativas, políticas de saúde, combate à violência

policial e estudo desses fenômenos que estão presentes na estrutura da nossa sociedade, a fim não só de conseguirmos alcançar a equidade que tanto prega o nosso Sistema Único de Saúde, como também dar a essas pessoas a possibilidade de viverem uma vida verdadeiramente digna, com acesso à educação, saúde, liberdade e segurança.

Referências

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios. Resultados do universo [internet]. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
2. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Características gerais dos domicílios e dos moradores: 2019. [internet]. 2019;1–8. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf
3. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Soc.* 2016;25(3):535-49.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 3ª edição. Brasília; 2017. 44 p. doi: 10.1590/s0104-129020162610.
5. Batista LE, Werneck J, Lopes F. Saúde da População Negra [Internet]. ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. 22–62 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf
6. ALMEIDA S. O que é Racismo Estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018. 13-42.
7. Sousa L, Portes É. As propostas de políticas/ações afirmativas das universidades públicas e as políticas/ações de permanência nos ordenamentos legais. *Rev Bras Estud Pedagog.* 2019;92(232):516-41. doi: 10.24109/2176-6681.rbeb.92i232.665.
8. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir. Racismo Como Determinante Social de Saúde. Brasília; 2011.
9. Hardeman RR, Medina EM, Kozhimannil KB. Structural Racism and Supporting Black Lives — The Role of Health Professionals. *N Engl J Med.* 2016 Dez;375(22):2113-5.
10. Ross MH, Pawlina W. Histologia: texto e atlas, em correlação com Biologia celular e molecular. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
11. Junqueira LC, Carneiro J. Histologia Basica: texto e atlas. 12ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
12. Alchorne MMDA, De Abreu MAMM. Dermatologia na pele negra. *An Bras Dermatol.* 2008;83(1):7-20. doi: 10.1590/S0365-05962008000100002.
13. Alchorne MMDA, Rotta O. Dermatoses na pele negra. In: O Guia de dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmética. Editora Ma. Barueri; 2008. p. 593-608.

14. Taylor SC. Skin of color: Biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Fev;46(2):S41-62. doi: 10.1067/mjd.2002.120790, PMID 11807469.
15. Ferreira CM, D'Assumpção EA. Cicatrizes hipertróficas e quelóides. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2006;21(1):40-8.
16. Abraham LS, Torres FN, Azulay-Abulafia L. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata. *An Bras Dermatol*. 2010;85(5):723-6. doi: 10.1590/s0365-05962010000500022, PMID 21152803.
17. Caroline I, Gama DA, Olímpio PR. O PESO DO RACISMO SOB A ESTÉTICA DA MULHER NEGRA : Um paradoxo da isonomia social brasileira. In: X Copene (Re) Existência Intelectual Negra e Ancestral. Uberlândia: Universidade Federal de São Paulo; 2018. 1-36
18. Glass D. Keloid scars: Advanced therapies and research to break the 'overhealing' cycle. [internet]. The University of Texas Southwestern Medical Center. 2019.
19. Kapadia A. Traction Alopecia [internet]. DermNet. 2014. Disponível em: <https://dermnetnz.org/topics/traction-alopecia>.
20. Selvarajah V, Connolly K, McEniery C, Wilkinson I. Skin Sodium and Hypertension: a Paradigm Shift? *Curr Hypertens Rep*. 2018;20(11):94. doi: 10.1007/s11906-018-0892-9, PMID 30215153.
21. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-658. doi: 10.36660/abc.20201238.
22. Póvoa R. Características Clínicas da Hipertensão Arterial Resistente versus Refratária em uma População de Hipertensos Afrodescendentes. *Arq Bras Cardiol*. 2020;115(1):40-1. doi: 10.36660/abc.20200344. PMID 32785496.
23. Yugar-Toledo JC, Moreno Júnior H, Gus M, Rosito GBA, Scala LCN, Muxfeldt ES, et al. Posicionamento brasileiro sobre hipertensão arterial resistente – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020;114(3):576-96. doi: 10.36660/abc.20200198, PMID 32267335.
24. Flack JM, Sica DA, Bakris G, Brown AL, Ferdinand KC, Grimm RH, et al. Management of high blood pressure in blacks: an update of the International Society on Hypertension in Blacks consensus statement. *Hypertension*. 2010;56(5):780-800. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.152892, PMID 20921433.
25. Laguardia J. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. *Rev Estud FEM*. 2006;14(1):243-62. doi: 10.1590/S0104-026X2006000100013.
26. Silva NCH da, Silva JCG da, Melo MGN de, Souza IFAC de. Principais técnicas para o diagnóstico da anemia falciforme: uma revisão de literatura. *Cad Grad Ciencias Biol Saúde*. 2017;3(2):33-46.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Doença Falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado. Vol. 1. Brasília: Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência; 2015. 1-84

28. Brasil, Ministério da Saúde. Doença Falciforme - Condutas Básicas para Tratamento [internet]. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Brasília. 2013.
29. Oliveira JEP, Júnior RMM, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [internet]. São Paulo: Clannad; 2018.
30. Pi-Sunyer FX. Obesity and Diabetes in Blacks. *Diabetes Care*. 1990 Nov;13(11):1144-9. doi: 10.2337/diacare.13.11.1144, PMID 2261835.
31. Canedo JR, Miller ST, Schlundt D, Fadden MK, Sanderson M. Racial/Ethnic Disparities in Diabetes Quality of Care: the role of healthcare access and socioeconomic status. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2018;5(1):7-14. doi: 10.1007/s40615-016-0335-8, PMID 28078660.
32. Brito IC, Lopes AA, Araújo LMB. Associação da cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à glicose em mulheres obesas de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001;45(5):475-80. doi: 10.1590/S0004-27302001000500011.
33. Ministério da Saúde. Óbitos Por Suicídio Entre Adolescentes E Jovens Negros 2012 a 2016. 2018;85.
34. Fernandes CSE, Lima MG, Barros MB. Emotional problems and the use of psychotropic drugs: Investigating racial inequality. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1677-88. doi: 10.1590/1413-81232020255.33362019, PMID 32402020.
35. Lages SRC, Tavares NO, Santos SV, Carvalho MAS, Maciel LFR. Pesquisas em Psicologia Social no Campo da Saúde da População Negra no Brasil. *Rev Psicol da UNESP*. 2014;13(1):1-10.
36. Santos NS. Tornar-se Negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. 2ª edição. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
37. Damasceno MG, Zanello VML. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicol Cien Prof*. 2018;38(3):450-64. doi: 10.1590/1982-37030003262017.
38. Gouveia M, Zanello V. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. *Psicol Estud*. 2019 Dez 12;24:1-15.
39. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde - 2013 - Ciclos de Vida: Brasil e Grandes Regiões [internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2015; 1-92.
40. Gelédes - Insituto da Mulher Negra, Cfemea - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional [internet]. 2013; 1-37.
41. Ministério da Saúde, Secreteria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos - SINASC [internet]. 2022.
42. Sabroza AR, Leal MC, Souza Jr. PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad Saúde Publ*. 2004;20;Suppl 1:130-7.

43. Taborda JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(1):16-24. doi: 10.1590/1414-462X201400010004.
44. Nery IS, Mendonça RCM, Gomes IS, Fernandes ACN, Oliveira DC. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):31-7. doi: 10.1590/S0034-71672011000100005.
45. Lima KD. Raça e Violência Obstétrica no Brasil [internet]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18547>
46. d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet.* 2002 May;359(9318):1681-5. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6, PMID 12020546.
47. Carneiro R. O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. *Mediações - Rev Cien Soc.* 2017 Dez 31;22(2):394. doi: 10.5433/2176-6665.2017v22n2p394.
48. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.* Brasília: Ministério da Saúde. 2018; 105.
49. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. The vulnerability of afro-brazilian women in perinatal care in the unified health system: analysis of the active ombudsman survey. *Cienc Saude Colet.* 2018;23(11):3505-16. doi: 10.1590/1413-812320182311.31552016, PMID 30427424.
50. Coelho S, Porto YF. *Saúde da Mulher.* Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/UFMG; 2013.
51. Carvalho D, Meirinho D. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. *Rev Eletrônica Comun Inf Inov Saúde.* 2020 Set 29;14(3):656–80. doi: 10.29397/reciis.v14i3.1905.
52. Brasil, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV / Aids | 2020* [internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf
53. Cerqueira D, Bueno S, Alves PP, Lima RS De, Silva ERA, Ferreira H, et al. *Atlas da Violência 2020.* Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada - Ipea. 2020;1–96.
54. Cruz ICF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2004 Dec;38(4):448-57. doi: 10.1590/S0080-62342004000400011.
55. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

56. Coelho EBS, Schwarz E, Bolsoni CC, Conceição TB. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. 2018. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_homem.pdf
57. Brasil, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. 2020;1-159. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf
58. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - Atenção Primária à Saúde e Informações Antropométricas [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
59. Oliveira NFM. A construção da masculinidade e do afeto do homem negro na literatura negro-brasileira: questões metodológicas. In: X Copene (Re) Existência Intelectual Negra e Ancestral [Internet]. Uberlândia - MG: Universidade Federal de São Paulo; 2018. Disponível em: https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1538318752_ARQUIVO_NELSONFM.OLIVEIRA-PUBLICACAOCOPENEX.pdf
60. Hugo W, Rodrigues DS. Desmitificando a sensualidade naturalizada do ébano : Um estudo acerca da objetificação do corpo do homem negro. *Cad Gên Tecnol.* 2020;13(41):267-84.
61. Monteiro S, Cecchetto F. Discriminação, cor/raça e masculinidade no âmbito da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011. p. 129-44.
62. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018 [internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina. 2018.
63. Quero Bolsa. Você já foi atendido por um médico negro? [internet]. 2020. Disponível em: <https://querobolsa.com.br/revista/voce-ja-foi-atendido-por-um-medico-negro>
64. Quero Bolsa. As universidades com maior representatividade de professores negros, segundo MEC [internet]. 2019 Disponível em: <https://querobolsa.com.br/revista/professores-negros-universidades-com-maior-representatividade>
65. Iheduru-Anderson K. Barriers to career advancement in the nursing profession: Perceptions of Black nurses in the United States. *Nurs Forum.* 2020;55(4):664-77. doi: 10.1111/nuf.12483, PMID 32643168.
66. Oliveira JAN. Estudantes negros ingressantes na universidade por meio de reserva de vagas : um estudo sobre processos educativos de construção de identidade negra e pertencimento étnico-racial no ensino superior [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos. 2013.
67. Liebschutz JM, Darko GO, Finley EP, Cawse JM, Bharel M, Orlander JD. In the minority: Black physicians in residency and their experiences. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(9):1441-8. PMID 17019911.
68. Alsan M, Garrick O, Graziani G. Does diversity matter for health? Experimental evidence from Oakland. *Am Econ Rev.* 2019;109(12):4071-111. doi: 10.1257/aer.20181446.

69. Greenwood BN, Hardeman RR, Huang L, Sojourner A. Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020;117(35):21194-200. doi: 10.1073/pnas.1913405117, PMID 32817561.
70. Chambers C, Alexis O. Creating an inclusive environment for black and minority ethnic nurses. *Br J Nurs*. 2004;13(22):1355-8. doi:

ATENDIMENTO HUMANIZADO PARA CRIANÇAS ESPECIAIS

Alanis Carolina Guimarães¹; Bruna Canosa²;
Deborah Fernandes Lucas³; Gabriela Brocco⁴;
Isabella Pinheiro⁵; Maria Fernanda Corrêa Vieira⁶;
Marianna Rodrigues Beltrão⁷; Nicolle Faria⁸.

Revisores:

Áurea Spricigo⁹;
Luana Alves de Miranda Hornung¹⁰;
Giovanna Foltram¹¹.

1. Medicina - 4º período - FPP.

2. Medicina - 4º período - FICSAE.

3. Fisioterapia - 6º período - UFPR.

4. Medicina - 3º período - UP.

5. Psicologia - 7º período - PUCPR.

6. Medicina - 4º período - PUCPR.

7. Psicologia - 8º período - PUCPR.

8. Fisioterapia - 3º período - PUCPR.

9. Psicóloga pela PUCPR (2012-2017), Mestra em Educação pela PUCPR (2018-2020). Atua como Psicoterapeuta em consultório particular. Foi bolsista de Iniciação Científica pela Associação Paranaense de Cultura em Psicologia Jurídica (2015 - 2016) e Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação Araucária em Filosofia (2013 -2015). Foi membro do GT “Ética, Técnica e Natureza em Hans Jonas”, desempenhou trabalho voluntário no Hospital Pequeno Príncipe (2013).

10. Médica graduada pela Faculdade Evangélica de Curitiba e Residência Médica em Pediatria realizada no Hospital Pequeno Príncipe.

11. Graduanda em Relações Internacionais pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

O termo crianças especiais é usado como referência a diversas síndromes, sendo, portanto, uma expressão genérica bastante difundida socialmente. É importante analisar o enfoque no qual esse termo está sendo utilizado, para entender sua real definição, visto que pode ser interpretado e representado de diferentes formas, dependendo do contexto¹.

Na perspectiva médica, esta expressão é utilizada para se referir a uma criança que apresente alguma deficiência ou condição genética, o que a coloca em um grupo minoritário, deixando-a em uma posição de necessidade de maior cuidado. A condição de crianças com necessidades especiais revela maior demanda de diferentes modalidades de atendimento, atenção e acompanhamento profissional².

No âmbito jurídico, esse termo se refere ao indivíduo com impedimentos físicos, mentais, sensoriais ou intelectuais que determinam barreiras para alcançar uma participação efetiva na sociedade, mantendo a igualdade em relação a seus direitos e deveres³. Em contrapartida, na visão social e familiar, uma criança com necessidades específicas revela um elemento sentimental, relacionado à quebra de expectativas e também uma maior demanda de atenção².

No final, todas essas definições convergem para um mesmo ponto, o termo se refere àquelas crianças que necessitam de um amparo, de um olhar e de um acompanhamento diferenciado das demais. Este capítulo, portanto, faz referência a essas crianças e objetiva tirá-las da invisibilidade social².

Historicamente, os indivíduos que possuem necessidades especiais enfrentam preconceito, discriminação e invisibilidade, em decorrência da crença de que as diversas limitações prevaleciam sobre as capacidades, em diferentes âmbitos da vida⁴. No Brasil, até meados da década de 1970, a visão biomédica estava centrada em relacionar as deficiências com patologias, estabelecendo padrões de normalidade, que desencadearam a necessidade de diagnóstico preciso, tratamento e, em diversos casos, a cura dessas condições⁴.

O olhar médico é comumente direcionado à sintomatologia e às queixas familiares, dando pouca ou nenhuma voz à criança, restringindo toda a história a um diagnóstico, muitas vezes de ordem neurológica, que justifique a introdução farmacológica⁷. Assim, inúmeros diagnósticos são atribuídos de forma equivocada, criando uma epidemia de hipermedicalização, a qual inclui diversos transtornos, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno

Bipolar, que de forma inadequada tem reduzido toda a complexidade da infância a um molde diagnóstico e social¹⁰.

A medicina, vem sendo utilizada para nomear e classificar um mal-estar percebido na criança, que pode compreender desde leves desvios de uma normalidade imposta socialmente até reais transtornos. Instaura-se, com isso, a psicopatologização da infância e medicalização em demasia, o que leva a diagnósticos excessivos por meio de rótulos de crianças que saiam minimamente do padrão desenhado pela sociedade. A deficiência foi instaurada como uma doença a ser tratada com medicamentos e mudança de comportamento, em busca de um retorno às condições normais esperadas socialmente¹⁰.

No início da década de 70, a partir do desenvolvimento e fortalecimento de movimentos sociais expressivos de luta pelos direitos humanos em prol da diversidade, e também manifestações de grupos engajados especificamente na causa das necessidades especiais, o modelo biomédico passou a ser repensado e desconstruído ao longo do tempo, cedendo espaço para o modelo social⁵. Essa nova estrutura definiu o papel da sociedade como responsável por eliminar os obstáculos físicos, atitudinais ou programáticos no que tange ao acolhimento dos indivíduos com necessidades especiais⁶, prover recursos que contemplem as especificidades de cada indivíduo, minimizar suas dificuldades e oferecer de fato a inclusão e a igualdade de direitos, ambas previstas na Constituição em vigor⁷.

Atualmente, há maior tendência na adoção de um modelo biopsicossocial que reconhece os impactos físicos, sociais, psicológicos, políticos e culturais das deficiências, conciliando os modelos biomédico e social⁸. Todavia, ainda existem diversas barreiras a serem transpostas para a inclusão efetiva dessa parte da população. Pode-se enfatizar, a área da saúde, pois é preciso desenvolver um olhar que ultrapassa a particularidade do paciente, levando em conta o meio em que ele está inserido e o impacto que a deficiência incide no cotidiano da criança, da família e da comunidade⁹.

Há três pilares principais que exercem influência na vida da criança: a família, a escola e os profissionais da saúde que a atendem, de modo que, alterações sutis no comportamento ou dificuldades por parte da criança podem gerar alarde e necessidade de mediação dos adultos supervisores¹⁰.

O primeiro pilar, representa um contexto natural para o crescimento, sendo a teia de laços sanguíneos e afetivos. É a primeira instituição a qual a criança tem acesso ao meio social, constituindo um importante espaço

de socialização^{11,12}. Mesmo antes da gravidez, os pais sonham com o “filho ideal”, porém, com o nascimento de uma criança com necessidades especiais, a família enfrenta, inicialmente, um sentimento de medo e luto pela perda do filho idealizado¹³. Podendo resultar em sobrecarga física e emocional dos membros da família diretamente envolvidos nos cuidados da criança, que muitas vezes precisam modificar o seu estilo de vida¹⁴.

A compreensão dos sentimentos que os pais possuem em relação a si mesmos somado ao entendimento que possuem sobre o filho e a sua deficiência, pode culminar em processos como negação e confusão, simulando as fases do luto¹⁵. Passado esse período de luto simbólico, a forma com que cada família interpreta e enfrenta a situação pode ser determinante para o desenvolvimento do filho, esta influência ocorre desde as primeiras horas de vida, pela comunicação e da assimilação da criança por intermédio da via dos sentidos (auditiva, visual, olfativa, gustativa e tátil)¹³. O progresso da criança é favorecido pela forma como os pais estimulam, carregam, acolhem e escutam-na, principalmente quando ela expressa suas necessidades. Portanto, a falta de orientação dos pais pode acabar refletindo na criança, gerando uma dificuldade inicial na criação de um vínculo¹⁶.

Para que os cuidadores desempenhem bem o seu papel, é imprescindível que busquem por orientações, auxílio e informação de qualidade, visto que a incompreensão ou a negação das necessidades especiais pode levar a uma postergação do início do tratamento, ao aumento das dificuldades vivenciadas nos cuidados à criança, além da perda de um tempo precioso de incentivo físico e cognitivo dela¹⁷. Por isso que se diz que a estimulação precoce, aliada ao reconhecimento das potencialidades da criança, é fundamental para dar oportunidade de desenvolvimento, sem superproteção, excesso de cobranças e comparações¹⁸. Desenvolver esta postura refere-se a não negar a deficiência, mas, sim, aceitar, incentivar e acolher a criança, para que ela sinta que é importante e capaz de realizar grandes feitos, assim como qualquer outra pessoa¹³. Sendo assim, a mudança de paradigma deve ocorrer primeiramente no ambiente familiar, para gradativamente estruturar uma sociedade mais inclusiva como um todo¹⁸.

Sabe-se que a criança necessita de cuidados para atingir seu máximo potencial, porém, a família também precisa ser amparada pela equipe de saúde, pois possui sobrecarga em vários níveis (sociais, psicológicos, financeiros, entre outros). Cabe aos profissionais encorajar e encaminhar a família aos

órgãos competentes e aos grupos de famílias que vivenciam situações semelhantes^{17,9}. É necessário que a equipe de saúde tenha conhecimento sobre os medos dos cuidadores e suas necessidades, responda a seus questionamentos em relação ao desenvolvimento do filho e proporcione apoio, para que a família possa cuidar de sua criança da melhor forma possível. Haja visto que a família tem o direito a explicações completas e adequadas ao seu nível de compreensão a respeito do diagnóstico e dos cuidados com a criança¹⁹.

No primeiro contato da família com os profissionais da saúde, espera-se que seja estabelecido um vínculo de confiança, para que a intervenção ocorra de maneira efetiva. O trabalho em equipe deve incluir a família constantemente, baseando-se na funcionalidade e independência da criança, além de ser acessível aos cuidadores²⁰. É fundamental a parceria entre os profissionais que atuam na equipe, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, psicólogos, entre outros, facilitando o intercâmbio de conhecimentos e práticas, visando a melhora na organização e no fluxo do serviço, a fim de realizar uma intervenção multiprofissional sem divisão hierarquizada²¹.

O acolhimento é considerado um processo interpessoal essencial dentro dos serviços de saúde, e deve ser realizado em todos os setores do atendimento²². É possível dizer, então, que o acolhimento é uma habilidade da equipe, capaz de levar os profissionais a desenvolverem um olhar mais empático às necessidades apresentadas pelo paciente e pela sua família, a fim de contribuir para que a adoção atitudes humanizadas, com vistas a receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, definindo o encaminhamento mais adequado à resolução das demandas identificadas. A equipe assume responsabilidade sobre todas as necessidades de saúde do paciente e a consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem, pois toda a equipe deve participar da assistência ao paciente²³. É inconteste o bom acolhimento com os serviços de apoio, como a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), o Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência (IBDD), entre outros.

No entanto, ainda hoje, inúmeros profissionais apresentam dificuldade em realizar um atendimento humanizado, o que se deve em parte à defasagem em sua formação, tendo em vista as disciplinas de humanidades são vistas

como menos relevantes dentro da graduação, e acabam sendo deixadas em segundo plano na grade curricular. Uma falha no atendimento humanizado poderá ser prejudicial para o tratamento do paciente, que necessita de boa rede de apoio para que tenha a melhor evolução possível²⁴.

O sentimento de amparo é fundamental no momento do diagnóstico e após a sua descoberta. Por isso, é primordial que seja empregada linguagem clara e acessível por parte dos profissionais de saúde, em um ambiente informal e tranquilo, de modo que os pais possam se sentir à vontade para fazer perguntas e se posicionarem de maneira honesta, tendo em vista que se trata de um momento em que os pais precisam de apoio e de atenção, pois surgem muitas dúvidas ao longo do tempo²⁵. A indicação de material de leitura e a entrega de relatórios para os encaminhamentos também pode contribuir na compreensão e aceitação do diagnóstico por parte dos cuidadores.

O profissional de saúde deve ter em mente que antes de ser pai ou mãe de uma criança com necessidades especiais, eles são apenas pessoas que ainda não possuem preparação para as exigências que são colocadas para cuidar dessa criança²⁶. Para que os cuidadores aprendam a lidar com os próprios sentimentos e com o impacto que a deficiência gera neles, é ideal que trabalhem a aceitação e verbalizem sobre o que sentem com a equipe de profissionais da saúde²⁷.

O receio dos familiares diante do diagnóstico, se deve à inúmeros fatores, a possibilidade da criança depender de cuidados além do esperado para a sua idade, desencadeia preocupação nos cuidadores, visto que, há casos em que elas irão necessitar de auxílio para realizar atividades diárias, como se alimentar, se vestir e se locomover sozinhas. Além disso, algumas necessitam de medicamentos e equipamentos diariamente – como cadeiras de rodas, órteses, aspirador, prancha de comunicação alternativa – podendo necessitar também de cuidados constantes de equipe multiprofissional. Em decorrência disso, os cuidadores podem encontrar dificuldades para auxiliar a criança em domicílio, visto que ela precisa de cuidados que extrapolam as habilidades parentais, pois fazem parte do campo de conhecimento dos profissionais da saúde, os quais a família precisa incorporar ao seu cotidiano²⁸.

Os cuidados primários na saúde por definição, se preocupam não somente com a ausência de doença no ser humano, e sim com seu bem-estar e qualidade de vida, levando em conta seus determinantes de saúde, a fim de procurar manter o cuidado do início ao fim da vida das pessoas, de forma

equilibrada e igualitária. Em um nível primário, há o programa médico de família ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nos níveis secundários e terciários de cuidados, há os hospitais públicos e o nível quaternário é composto por serviços filantrópicos e não filantrópicos²⁹.

Trazendo para a nossa área de análise, a rede de apoio para as CRIANES (Crianças com Necessidades Especiais de Saúde) pode ser diversificada, sendo formada pela própria família, a fim de garantir a melhor assistência possível à criança²⁹. Compondo essa rede de apoio temos a família, a comunidade em geral e os profissionais de saúde. Para aprimorar essa rede, é recomendado desenvolver competências para capacitar os cuidadores, a fim de ampliar os cuidados, diminuir a dependência dos sistemas de saúde e aumentar a autonomia por parte dos pais.

A divulgação de conhecimento para a comunidade em todos os níveis educacionais, poderá contribuir para disseminação de informação de qualidade e conseqüentemente, para a redução das barreiras criadas pelo preconceito, proporcionando ambientes mais preparados para receber as crianças com necessidades especiais. No entanto, o acesso à profissionais e serviços de saúde que supram as necessidades das crianças, dependem de determinantes da família, como nível socioeconômico, nível de conhecimento sobre o assunto, necessidades de saúde da criança²⁹.

Dentre inúmeros procedimentos e práticas da saúde, o diagnóstico precoce é o mais recomendado, pois permite à criança maior chance de cura e/ou remissão dos sintomas, aumento de sobrevida, menor número de sequelas graves e melhor desenvolvimento a longo prazo. Mesmo em países com sistemas de saúde inovadores e desenvolvidos, o diagnóstico tardio é o principal obstáculo para o aumento do tempo de sobrevida e taxa de cura³⁰. Com isso, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), coordenado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, define que é preciso que haja um conjunto de medidas de apoio à criança entre 0 aos 6 anos e também à família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, principalmente na área da educação, da ação social e da saúde³¹. Contudo, em muitos casos há limitações na realização do diagnóstico nos primeiros anos de vida, seja em decorrência de fatores biológicos da criança, a qual pode não manifestar comportamentos atípicos perceptíveis, bem como pela imprecisão dos instrumentos diagnósticos ou da conduta

profissional de não avaliar o paciente minuciosamente e orientar os cuidadores sobre comportamentos de risco que devem ser avaliados³².

A necessidade de atenção integral e de cuidados complexos à criança com necessidades especiais pode gerar insegurança por parte da família, tanto por apresentá-la ao convívio social, quanto por medo de que a sua exposição agrave sua condição de saúde, ou ainda pelo receio de que a criança sofra com o preconceito²⁸. Portanto, é papel dos profissionais de saúde estimular a família a desenvolver práticas educativas, as quais envolvem o cuidado e a elaboração das capacidades que a criança possui, visando o desenvolvimento da sua autonomia.

É importante que os profissionais de saúde estimulem a família a ter práticas educativas, envolvendo o cuidado e a elaboração das capacidades que a criança possui, visando sempre o desenvolvimento da autonomia da mesma. Há que se considerar fatores como tempo e ritmo de progresso como elementos extremamente individualizados, por tanto, somente um profissional especializado poderá instruir a família em relação à estimulação adequada³³. De modo que, os profissionais devem se atentar à manutenção desses cuidados, para evitar perdas no decorrer do desenvolvimento da criança³⁴.

É comum pensarmos em crianças com necessidades especiais como indivíduos que apresentam dificuldade na interação social, como se suas condições fossem determinantes para seu desenvolvimento pleno. Por isso, enfatizamos a palavra-chave: adaptação. Levando em conta que, às vezes alguns indivíduos dessa população não conseguirão realizar atividades cotidianas da mesma forma que uma criança típica, mas poderão executá-las de outras formas, adaptando-se a situações rotineiras com os recursos que lhes são oferecidos³⁵.

Na atualidade, inúmeros direitos foram conquistados, mas ainda existem barreiras que a criança em condição especial terá que enfrentar, em decorrência do preconceito histórico-cultural que produz uma visão estereotipada dentro da sociedade. Um dos estigmas é de que o indivíduo com deficiência precisa de suporte e cuidados todo o tempo, potencializando a ideia da dependência e impedindo as pessoas com deficiência de serem vistos como sujeitos autônomos, que possuem suas próprias habilidades, desejos, sonhos, sentimentos e visão de mundo³⁶.

No contexto da educação, o desconhecimento acaba reforçando e reproduzindo ainda mais preconceito, sobretudo quando os professores pre-

cisam lidar com as limitações e/ou alto nível de dependência dessas crianças sem possuírem a formação adequada, o que acaba tornando a inclusão meta tangível somente para a população com menor comprometimento físico e mental³⁷.

Participação social é um conceito-chave para a saúde e relaciona-se ao envolvimento em uma atividade de interação com a sociedade⁴⁰. Apesar das adversidades ainda existentes na educação, um dos principais aliados da reinserção social da criança é a instituição de educação, por ser um espaço de produção de conhecimento e também um lugar significativo e marcante da infância, que remete ao acolhimento, à alegria e à diversão⁴¹. Favorecendo o desenvolvimento gradativo, não apenas na ordem intelectual, mas também socioafetiva, cognitiva e comportamental⁴².

O esporte pode ser visto como outro aliado da reinserção social das crianças, pois enxerga a criança com deficiência para além das suas restrições, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e potencialidades, ao permitir a interação social, o estímulo à coordenação motora, liderança, além de fazer aflorar sentimentos vinculados à autoestima e sendo de pertencimento⁴⁰.

A inclusão é essencial, tanto para promover mudanças no pensamento da sociedade, fazendo com que as diferenças sejam repensadas e cada criança seja vista como alguém que possui características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem próprias³⁸, quanto para oferecer às crianças diversas oportunidades de desenvolvimento, que contribuem para a sua qualidade de vida³⁹. Assim, o objetivo da inclusão da criança nos diferentes contextos é reduzir os obstáculos que a impedem de desempenhar atividades e, com isso, obter uma participação plena na sociedade⁴³. Todas as crianças, sendo elas típicas ou atípicas, devem ter o total direito de ter um desenvolvimento saudável, que proporcione integração biopsicossocial em todos os relacionamentos e ambientes em que possam estar.

Referências:

1. Sasaki RK. SIVC - Terminologia sobre deficiência na era da inclusão [Internet]. www.selursocial.org.br.
2. Rezende, Juliana Montenegro Medeiros; Cabral, Ivone Evangelista. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: Determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*; 2010 Oct 11.

3. Direitos das crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais. Revista *Âmbito Jurídico*: Angela Tereza Lucchesi; 2017 Oct 01.
4. *Maior IMM de L. História, conceito e tipos de deficiência*. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2015.
5. *Maior IMM de L. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos*. Inclusão [Internet]. 1º de dezembro de 2017 [citado 17º de dezembro de 2020];10(2).
6. Sasaki, R.K. *Inclusão: Construindo uma sociedade para todos*. 5 a. edição Pessoa, Rio de Janeiro, WVA, 2003
7. Sasaki, R.K . *Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação*. Revista Nacional de Reabilitação (Reação), São Paulo, Ano XII, mar./abr. 2009, p. 10-16.
8. Santos, Fl. *História da Deficiência: Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial - Concepções, Limites e Possibilidades*. In: *Anal eletrônico ISSN 1808-9690 XVI ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA – Tempos de transição*. Universidade Estadual de Ponta Grossa.
9. Stewart, M ET AL. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010
10. Kamers M. *A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança*. *Estilos da Clin*. 2013;18(1):153.
11. REIS, Vânia Alexandra dos Santos. *O envolvimento da família na educação de crianças com necessidades educativas especiais*. 2012. Tese de Doutorado.
12. MAIA FILHO, Antônio Luiz Martins et al. *A importância da família no cuidado da criança autista/The importance of the family in the care of autistic children*. *Saúde em Foco*, v. 3, n. 1, p. 66-83, 2016.
13. MATSUMOTO, André Suehiro; DE MACEDO, Adriane Roberta Ribeiro. *A importância da família no processo de inclusão*. *INTERFACES DA EDUCAÇÃO*, v. 3, n. 9, p. 5-15, 2015.
14. Dias BC, Marcon SS, Reis P, Lino IGT, Okido ACC, Ichisato SMT, Neves ET. *Dinâmica familiar e rede social de famílias de crianças com necessidades especiais de cuidados complexos/contínuos*. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190178.
15. Glat R. *O papel da família na integração do portador de deficiência*. *Revista*. 1996; 2(4): 17-21
16. Midori Otake Yamada; Cibelle Nunes Moretti; Mariani da Costa Ribas do Prado; Maria Cecília Bevilacqua. *A relação mãe-bebê com deficiência auditiva no processo de diagnóstico*. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, vol.20 no.3 Belo Horizonte set. 2014
17. Milbrath VM, Siqueira HCH, Motta MGC, Amestoy SC. *Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde*. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(4): 921-8.
18. Hollerweger, S. Catarina, M.B.S. *A importância da família na aprendizagem da criança especial*. *Revista de Educação do Ideau*. 2014.

19. Barbosa MAM, Balieiro MMFG, Pettengill MAM. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(1): 194-9.
20. McWilliam, R. A. (2000). Recommended practices in interdisciplinary models. In S. Sandall, M. McLean, & B. Smith (Org.), *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 47-52). Denver: Division of Early Childhood of the Council for Exceptional Children
21. Uchôa A da C, Vieira RMV, Rocha P de M, Rocha N de SD, Maroto RM. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. *Physis.* 2012;22(1):385–400.
22. Fracolli LA, Zoboli EL, Campos P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2004; 38(2): 143-51.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.* Brasília. 2004.
24. Rios Izabel Cristina, Sirino Caroline Braga. *A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes.* 2015
25. Solimar Ferrari; Vera Lúcia Zaher; Maria De Jesus Gonçalves. O nascimento de um bebê prematuro ou deficiente: questões de bioética na comunicação do diagnóstico. *Psicol. USP* vol.21 no.4 São Paulo 2010
26. Höher SP, Wagner ADL. A transmissão do diagnóstico e de orientações a pais de crianças com necessidades especiais: a questão da formação profissional. *Artigo.* 2006 Apr/June; 23(2):113-125.
27. Sinason V. *Compreendendo seu filho deficiente.* Rio de Janeiro: Imago. 1993
28. Reis KMN, Alves GV, Barbosa TA, Lomba GO, Braga PP. A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde. *CIENCIA Y ENFERMERIA.* 2017; 23(1): 45-55.
29. Schuertz Amanda Louyse, Mazza Verônica de Azevedo, Seidel Bruna, Ruthes Victoria Beatriz Trevisan Nobrega Martins, Macedo Laura Christina. *Atenção Primária à Saúde para atendimento às famílias de crianças com necessidades especiais.* *Rev. Rene* [Internet]. 2020 [citado 2021 Fev 10] ; 21: e43369.
30. MENDONÇA, Cláudia L. *Diagnóstico precoce na deficiência auditiva. Monografia de Conclusão de Curso.* Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Recife, 1999.
31. FRANCO, Vítor; MELO, Madalena; APOLÓNIO, Ana. Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce. *Educar em Revista*, v. 28, n. 43, p. 49-64, 2012.
32. RODRIGUES, Karla Emilia; CAMARGO, Beatriz de. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 49, n. 1, p. 29-34, 2003.
33. Leone C. A criança, o adolescente e a autonomia. *Bioética.* 1998; 6(1): 51-4.
34. Goes FGB, Cabral IE. Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista.* 2017; 70(1): 163-171.

35. Souza CML, Batista CG. Interação entre crianças com necessidades especiais em contexto lúdico: possibilidades de desenvolvimento. Livro. 2008; 21(3): 383-391.
36. Vieira Maria Cristina Vitti, Alves Vera Lúcia Rodrigues. Encontro marcado:o adolescente deficiente físico e as relações humanas. 2000. Souza CML.
37. Araújo Denize Arouca. Fatores dificultadores da inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral na perspectiva do cuidador. Escola de Enfermagem da UFMG; 2009.
38. Brandão MT, Ferreira M. Inclusão de Crianças com Necessidades Educativas Especiais na Educação Infantil. Rev. Bras. 2013; 19(4):487-502.
39. Chien C, Rodger S, Copley J, Skorka K. Comparative Content Review of Children's Participation Measures Using the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2014;95:141-52.
40. Santos TV, Moreira MCN, Gomes R. Quando a participação de crianças e jovens com deficiência não se resume à atividade: um estudo bibliográfico. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(10):3111-3120.
41. FREITAS, Nájila Bianca Campos et al. As percepções das crianças e adolescentes com câncer sobre a reinserção escolar. Revista Psicopedagogia, v. 33, n. 101, p. 175-183, 2016.
42. Valdés IV, Iglesias SG, Ramos MC. Social interaction skills: a bridge to inclusion. Revista de educación Mendive. 2020; 18(1):76-91.
43. SERRA, Dayse Carla Genero. A inclusão de uma criança com autismo na escola regular: desafios e processos. Programa de pós-graduação em Educação. Centro de Ciências e Humanidades. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

6

Humanização no Cuidado às Pessoas Idosas

Beatriz Reinhardt de Araujo¹; Eda Silva Cesar²;
Mirella Fernanda Genso³; Beatriz Yuki Maruyama⁴;
Maria Vitória Lopes Stela⁵; Joyce Lie Takao⁶;
Milena Massae Yamashita⁷; Gabriel Savogin Andraus⁸.

Revisores:

Caroline da Silva Fava⁹;
José Mário Tupiná Machado¹⁰.

-
1. Medicina - 5º período - PUCPR.
 2. Medicina - 7º período - FCM/SJC-HUMANITAS
 3. Psicologia - 6º período - PUCPR.
 4. Medicina - 7º período - PUCPR.
 5. Farmácia - 7º período - UNIOESTE.
 6. Psicologia - 10º período - PUCPR.
 7. Medicina - 4º período - PUCPR.
 8. Medicina - 6º período - PUCPR.
 9. Psicóloga graduada pela PUCPR (2017). Atua como psicóloga hospitalar no HSCM de Curitiba (PR). Especialização em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da PUCPR, atuando no HU Cajuru (Curitiba-PR) e UBS, no distrito do Pinheirinho (Curitiba - PR).
 10. Médico graduado pela PUCPR (1981) e doutorado em Gerontologia Biomédica pela PUCRS (2006). É professor adjunto da Escola de Medicina da PUCPR, coordenador da equipe multiprofissional do Lar dos Idosos do Recanto Tarumã e do Asilo São Vicente de Paulo, supervisor do Programa de Residência Médica em Geriatria da Santa Casa de Curitiba, presidente da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - sessão Paraná.

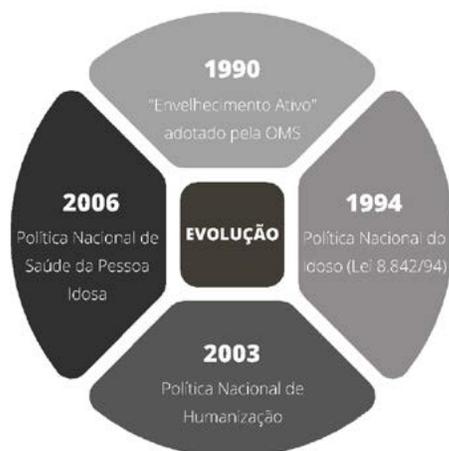
Introdução

O envelhecimento é um processo natural e inerente do ser humano. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), é um processo caracterizado como:

“um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”¹.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da década de 90, para representar a otimização do processo natural de envelhecimento, de modo a promover saúde em diferentes aspectos, desde a promoção de alimentação, atividade física, estendendo-se até a participação dos idosos em processos políticos de sua comunidade¹.

No Brasil, com a publicação, em 1994, da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94) houve reforço da garantia do acesso à assistência à saúde para essa população em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de assegurar os direitos que promovem a autonomia e participação ativa do idoso na sociedade. Já em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização, visando efetivar os princípios básicos do SUS e reforçar a necessidade do atendimento humanizado, principalmente à população idosa, uma vez que grande parte das pessoas presentes nesse grupo encontram-se em situações de maior vulnerabilidade e necessidade de cuidado. Posteriormente, em 2006, sancionou-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para reafirmar o direito dessa população à atenção à saúde².



História recente dos movimentos institucionais voltados à humanização do cuidado de idosos em âmbito nacional.

Nesse âmbito, tendo em vista a porcentagem crescente de idosos no Brasil, torna-se importante o aprimoramento do sistema humanizado aos indivíduos com sessenta anos ou mais, sendo importante que tanto a organização de saúde pública como privada busquem traçar estratégias que proporcionem mais conforto e maior qualidade de vida às pessoas idosas. Além disso, esses pacientes dependem também da capacitação e treinamento frequente dos profissionais, pois, com o avanço frequente da tecnologia e da medicina, serão tais profissionais da área da saúde que possibilitarão um melhor atendimento aos diversos casos³.

Ademais, com o envelhecimento populacional, são cada vez mais frequentes doenças crônicas não transmissíveis. Isso se deve ao aumento da sua incidência associada à progressão da idade e resulta, assim, na necessidade de adaptações do cuidado à população idosa devido às peculiaridades que acompanham essas doenças¹.

A promoção da autonomia e a construção de uma boa comunicação ao idoso são essenciais para que esta possa ser tratada de forma mais humanizada, acarretando em uma melhor qualidade de vida. Desse modo, tais iniciativas devem ser prioritariamente difundidas dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois se percebe que uma das dificuldades mais encontradas pelas pessoas idosas, nesse contexto, são referentes à falta de oportunidade dada em expor suas preferências em relação à assistência à saúde³.

O presente trabalho buscou compilar informações a respeito dos diferentes aspectos relacionados à humanização do cuidado das pessoas idosas, uma vez que os membros desse grupo tendem a não ser, em sua maioria, tratados com a atenção e particularidades necessárias da idade senil. Com isso, objetivou-se levantar pautas, por exemplo, sobre qualidade de vida e bem-estar, promoção da autonomia e independência, técnicas de comunicação, humanização em setores específicos do sistema de saúde, polifarmácia e isolamento social.

Qualidade de Vida e Bem-Estar das Pessoas Idosas

O conceito de qualidade de vida é extremamente amplo, e dentre várias definições, a Organização Mundial da Saúde caracteriza-o como o bem-estar físico, espiritual, mental, psicológico e emocional, associado ainda ao bom

relacionamento com os familiares e com a sociedade (4). Em relação à pessoa idosa, a qualidade de vida está atrelada a diversos aspectos, envolvendo as alterações decorrentes de seu envelhecimento natural, perda da reserva funcional (senescência), das condições patológicas (senilidade) e, principalmente, a dificuldade relacionada a uma cultura que tende a desvalorizar e limitar esses indivíduos¹.

A Teoria Life-Span propõe analisar o processo de envelhecimento a partir de três categorias: normal (alterações inevitáveis ao envelhecimento); patológico (doenças, disfuncionalidade e descontinuidade do desenvolvimento); e ótimo ou saudável. Dessa maneira, esse conceito está vinculado à concepção de que o sujeito conserva seu potencial de desenvolvimento durante todo o curso da vida. Assim, há um equilíbrio entre as limitações e potencialidades da pessoa idosa, sendo objetivado a otimização de suas capacidades através de intervenções, explorando-as e prevenindo o declínio físico, psicológico e social⁵.

Dessa forma, a atenção em saúde busca proporcionar auxílio para que a pessoa idosa tenha um envelhecimento saudável, com esse aspecto sendo diretamente relacionado com o aumento da qualidade de vida¹. Nesse âmbito, profissionais de saúde podem apoiar tais pacientes a otimizarem alguns componentes do estilo de vida que podem afetar sua qualidade de vida, dentre eles as relações sociais, a atividade física e a alimentação. O estímulo ao convívio social da pessoa idosa no trabalho e na comunidade pode facilitar a criação de uma rede de apoio social que contribui para sua saúde mental. Já o apoio na execução da prática de atividade física tem o potencial de integrar a pessoa idosa na sociedade e aumentar sua capacidade funcional⁶.

A promoção da adesão a uma alimentação saudável também pode ser benéfica, especialmente considerando os benefícios associados, como, por exemplo, redução no risco de morte por doenças cardiovasculares, melhora do controle da pressão arterial, diminuição da ansiedade e estresse e melhora da autoestima, que são pontos bem característicos e marcantes do envelhecimento^{7,8}.

A colaboração em equipe multidisciplinar, quando abordando tais questões, pode fornecer uma rede de apoio para os pacientes, gerando um espaço de segurança para que eles possam compartilhar suas vivências do dia a dia e receberem orientações advindas de profissionais capacitados. Nessa troca, os profissionais atuam aumentando a autoestima dessas pessoas e, tam-

bém, aproveitando esses espaços para a realização de entrevistas motivacionais para estimular mudanças positivas no estilo de vida¹. Considerando isso, se faz relevante ressaltar que o conhecimento dos indicadores motivacionais específicos ao indivíduo – no que se refere aos propósitos de vida, direção, metas, sentido e significado – é fundamental para que haja adesão efetiva nas intervenções e recomendações propostas⁹.

No que tange a determinação de tais indicadores, a religiosidade e a espiritualidade são importantes contribuintes, e também são fatores que influenciam diretamente a qualidade de vida da população idosa. Ambas podem ser utilizadas de forma estratégica em situações de crises e doenças, tendo em vista que a fé e o pensamento positivo são mecanismos relevantes no enfrentamento de adversidades¹⁰, proporcionando uma sensação de apoio e refúgio em meio às inseguranças do processo de envelhecimento. Dessa forma, tem-se que a religiosidade e espiritualidade influem sobre a qualidade de vida dos idosos principalmente no domínio psicológico, o que favorece uma maior satisfação através do desenvolvimento de sentimentos positivos.¹¹

Promoção de Autonomia e Independência ao Idoso

A autonomia e a independência são consideradas componentes relevantes para o envelhecimento saudável que, apesar de se relacionarem, possuem conceitos diferentes. A autonomia é a capacidade de uma pessoa tomar suas próprias decisões, possuindo a habilidade de discernir cada possibilidade, cenário e as consequências de suas ações¹², sendo um direito assegurado pelo Estatuto do Idoso¹³. Já a independência é a competência de realizar as atividades da vida diária e outras funções complexas sem a ajuda de outras pessoas. Consequentemente, ambas dependem da capacidade funcional do indivíduo¹².

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o indivíduo idoso saudável se caracteriza, majoritariamente, pela sua condição de autonomia e independência em relação à presença ou ausência de doença física¹⁴. Assim, um dos principais fatores que influenciam na percepção da qualidade de vida dessa população é a capacidade funcional preservada, pois uma limitação funcional interfere na mobilidade, no convívio social e na independência⁶, implicando em consequências negativas no modo de vida do idoso e familiares¹⁵.

Dessa forma, nota-se que há necessidade de promover a autonomia e a independência para que as pessoas idosas tenham um envelhecimento saudável, podendo ocorrer por meio da estimulação cognitiva e da prática de exercício físico. Também, vale ressaltar o potencial das diversas modalidades de reabilitação e estimulação para a superação das limitações, gerando a promoção da autoestima e a da identidade pessoal e social, amenizando, dessa forma, o declínio cognitivo. Em particular, a reabilitação psicossocial pode ser uma ferramenta interessante no cuidado de idosos tendo em vista seu objetivo de reinserir tais pessoas na vida comunitária e familiar¹⁶.

Semelhante modalidade de cuidado em saúde pode ter papel significativo especialmente em pacientes com a autonomia já comprometida, como visto na demência, doença de etiologia neurodegenerativa que pode provocar alterações de memória, pensamento, compreensão, julgamento e funções cognitivas¹.

É importante notar que, durante o processo de envelhecimento, especialmente quando associado a perda de autonomia e independência, o cuidador pode sofrer grande impacto. Isso se deve ao fato de o cuidador enfrentar um desafio complexo: auxiliar no exercício da autonomia, buscando envolver o paciente em diversas questões, tais como as referentes à saúde, higiene, ocupação, mesmo quando observa certo decréscimo das capacidades e habilidades do idoso. Esse processo pode tornar-se ainda mais acentuado quando o cuidador pertence à família, pois tais indivíduos são particularmente sensíveis ao impacto de mudanças físicas e psíquicas do idoso que alteram a imagem construída ao longo da vida¹⁵.

Na atenção em saúde, tal conjuntura pode ser agravada pelo fato do processo de envelhecimento ainda envolver vários preconceitos e estigmas. Não é incomum observar o menosprezo por parte dos profissionais de saúde em relação à capacidade de decisão da pessoa idosa, adotando assim uma atitude paternalista no cuidado e tomando decisões unilaterais. Apesar disso, pessoas idosas que se identificam como autônomas se sentem mais valorizadas e com sua dignidade preservada, de forma que a ausência da autonomia atinja diretamente sua qualidade de vida¹⁷.

Assim, o respeito à autonomia da pessoa idosa por profissionais da saúde se faz necessário, levando em consideração o fato de que as decisões tomadas pelos pacientes irão se fundamentar em seus princípios e valores, sendo que respeitá-las é uma responsabilidade ética do profissional¹⁷.

Uma das estratégias que podem ser usadas por profissionais da saúde como ferramenta de preservação da autonomia e da independência é o tratamento das pessoas idosas como sujeitos do cuidado, reconhecendo suas potencialidades e competências. Isso implica em tratá-los buscando garantir ciência de suas condições clínicas, procedimentos e resultados almejados. Todavia, o cotidiano acelerado favorece o desrespeito a essa ferramenta e pode desamparar o idoso, com prejuízo à sua autonomia e dignidade¹².

Técnicas de Comunicação ao Idoso

A comunicação é definida como uma forma de transmitir e trocar informações, ou seja, repassar um conhecimento à determinada pessoa. Ela pode ter inúmeras finalidades, porém, sua principal função é buscar promover o entendimento sobre determinado assunto¹⁸. Para o Ministério da Saúde, a compreensão de sentimentos e ideias permitida pela comunicação tem o potencial de gerar condutas terapêuticas que satisfaçam as verdadeiras necessidades e expectativas de cada paciente. Além disso, na Geriatria, é essencial que a comunicação também faça com que o paciente tenha consciência das orientações e condutas a serem tomadas, a fim de minimizar sua vulnerabilidade e capacitá-lo para que ele seja um sujeito ativo na sua saúde¹⁹.

Por que a comunicação com idosos no cenário da atenção à saúde merece atenção especial? O processo de envelhecimento implica em uma maior procura de serviços de saúde pela população idosa, de forma que qualquer dificuldade envolvida na comunicação possa levar a interrupção da continuidade da assistência à saúde, influenciando na satisfação, adesão ao tratamento e resultados de saúde dos idosos²⁰. O impacto do envelhecimento na comunicação também pode comprometer o bem-estar psicossocial do idoso, em função de os déficits visuais e auditivos, os impactos emocionais e as demais doenças frequentes nessa faixa etária interferirem na compreensão do conteúdo compartilhado com o idoso^{1,21}.

Apesar de ser um fator importante no cuidado desses pacientes, barreiras de comunicação entre profissionais de saúde e idosos persistem²¹. A fim de otimizar essa conjuntura e aplicar uma melhor conduta terapêutica, os profissionais de saúde devem utilizar uma linguagem apropriada para esse público. Desse modo, recomenda-se na linguagem verbal propriamente dita utilizar frases curtas, claras e objetivas, falando devagar, em tom adequado e frente a frente sem cobrir a boca. Vale ressaltar, também, a necessidade

de manter o respeito durante a comunicação, evitando a infantilização e o uso de diminutivos, não interrompendo-o no momento da fala, chamando-o conforme o nome que ele preferir e buscando sempre demonstrar paciência e interesse pelo que está sendo discutido.

No âmbito da compreensão, faz-se importante que os profissionais da saúde priorizem um tema por vez e permitam tempo extra para o paciente idoso, para que esse tenha tempo suficiente para receber e compreender as informações e para a formulação de perguntas. Nesse mesmo objetivo, simplificar e anotar as orientações, ilustrar a mensagem, resumir e retomar os itens de maior importância e minimizar distrações audiovisuais também podem ser condutas eficazes^{1,21}.

Além disso, a comunicação entre a família e o idoso se apresenta como alvo interessante de intervenções, pois tal troca intergeracional de informações e experiências podem afetar positivamente o núcleo familiar e social do paciente geriátrico, proporcionando, assim, mais qualidade de vida no processo de envelhecimento. Adicionalmente, os familiares podem ser participantes influentes em facilitar mudanças de estilo de vida significativos na vida desse indivíduo, podendo atuar como parceiros dos profissionais cuidadores¹⁸.

A percepção da saúde e dos resultados terapêuticos dos idosos se relaciona a uma comunicação efetiva e eficaz desses com os profissionais de saúde. A qualidade dessas relações interpessoais diz respeito não só à extensão e rapidez da reabilitação do paciente, mas também à melhor qualidade de vida no geral. Em uma perspectiva global, a comunicação efetiva é vinculada a melhoria da saúde física, do bem-estar psicológico, da eficácia e duração de resultados terapêuticos, além do suporte social prestado pela família²².



Recomendações para otimizar a comunicação com pacientes idosos

Humanização em Setores Específicos do Sistema de Saúde

O Pacto pela Vida, proposto pelo Ministério da Saúde em referência a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e da Estratégia de Saúde da Família, tem como propósitos a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; acolhimento preferencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); serviço domiciliar e assistência farmacêutica²³.

A Política Nacional de Atenção Básica busca pôr em prática os princípios da Atenção Primária à Saúde A Estratégia Saúde da Família, que começou a ser implantada em 1991, a partir da criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e posteriormente em 1994 foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que em 2006 passou a ser reconhecida como uma estratégia. Essa estratégia busca melhorar a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros principalmente por meio de ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua de modo a favorecer uma reorientação do processo de trabalho na atenção básica ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde dos indivíduos e das coletividades com significativa relação custo-efetividade. Essa estratégia conta, dessa maneira, com equipes multiprofissionais (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal^{24,25}.

As UBS contam com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, assistentes sociais, entre outros profissionais que, independente da área, devem prestar serviço humanizado, acolhedor e orientado para as especificidades do paciente. Em pesquisa, as principais dificuldades relatadas por profissionais de Unidades de Estratégia de Saúde da Família quanto a assistência prestada à pessoa idosa foram a baixa assiduidade dos idosos e falta de apoio, como a falta de equipamentos, materiais, consultórios odontológicos, prontuários e auxiliares para melhorar

o atendimento. As observações apontadas por eles para melhoria da assistência, foram de capacitação profissional e maior apoio da gestão²³.

A humanização na atenção primária apresenta falha em alguns domínios. Verifica-se uma desarmonia entre a importância dada a determinados aspectos do atendimento humanizado com o tratamento recebido na UBS. Isto pode ser visto na competência de pronta atenção, altamente valorizada pelos idosos, mas que na realidade ocorre com pouca frequência devido ao alto tempo de espera antes de serem atendidos. Além disso, no que diz respeito à escolha dos profissionais e à estrutura física nota-se uma grande diferença entre a valoração que os idosos atribuem a esses pontos comparado com que recebem nas UBS. A capacitação profissional e o investimento nas estruturas físicas dos locais de atendimento são, portanto, medidas interessantes para promover a melhoria da atenção à saúde do idoso²⁶.

Além disso, a integralidade na atenção e no cuidado com pacientes idosos se torna indispensável, sendo totalmente importante o estudo de estratégias que abordem o melhor desenvolvimento nas relações entre o idoso para com a família, amigos e equipe de saúde²⁷. Dessa maneira, tem-se como compromisso da atenção básica a compreensão da família e a atuação desse paciente na sociedade como um papel central, proporcionando a este um auxílio integral, resolutivo, de conduta continuada e com boas condições. Outro compromisso é a ampliação de estratégias de intervenção que atuem nos fatores de risco e de humanização das atividades buscando a construção de vínculos e responsabilidade entre as equipes de atenção à saúde e a população assistida²⁸.

Para que ocorra um atendimento humanizado em outros níveis de atenção, às internações hospitalares e intercorrências devem, também, serem assistidas pelas equipes da atenção primária, isto por meio do acompanhamento da evolução do paciente e pela troca de informações com outros profissionais. Quando o paciente retorna ao lar, as visitas domiciliares irão exercer um papel essencial na supervisão e no auxílio do processo de recuperação do paciente, além de oferecer suporte tanto ao idoso quanto aos seus familiares e cuidadores²⁷.

No Brasil, a atenção primária adequada ao paciente idoso pode ser considerada essencial para que haja cada vez mais eficácia e qualidade no atendimento dessa população. Isso se torna particularmente importante considerando o progressivo aumento da participação da população idosa na composição demográfica do povo brasileiro, fenômeno explicado pelo fato

do envelhecimento populacional ser um fenômeno cada vez mais presente não somente no Brasil, mas, também, em diversos outros países²⁷.

Polifarmácia em Idosos

A transição demográfica e epidemiológica em curso em vários países, inclusive no Brasil, determina uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), nas quais a farmacoterapia é um elemento de suma importância nas abordagens terapêuticas^{1,29}. Nesse cenário de necessidades farmacológicas cada vez maiores, a polifarmácia é o conceito que designa a utilização concomitante de cinco ou mais medicamentos³⁰. Diversos fatores contribuem para o uso de múltiplos medicamentos, alguns diretamente associados com o envelhecimento fisiológico, outros ligados a interação do paciente com o sistema de saúde. No primeiro, observa-se principalmente o aumento da expectativa de vida, a maior multimorbidade decorrente do envelhecimento e as recomendações de associações medicamentosas para o manejo de doenças concomitantes³¹. Já no segundo, prevalece o aumento na quantidade de médicos consultados por pacientes idosos, a ausência de perguntas sobre os medicamentos em uso e a automedicação não informada durante consultas médicas³².

Apesar de a associação de fármacos ter a capacidade de curar algumas doenças e aumentar a longevidade, algumas terapias combinadas podem ser fonte de interações medicamentosas e reações adversas. Os idosos podem apresentar alterações farmacocinéticas próprias do envelhecimento e de um estado nutricional comprometido, características que os tornam mais vulneráveis em relação à possibilidade de má absorção dos fármacos e de efeitos adversos mais pronunciados³¹. Além disso, a polifarmácia também contribui para o uso de medicamentos potencialmente inadequados e dificulta esquemas terapêuticos, podendo gerar barreiras na adesão do paciente ao tratamento³².

A polifarmácia também pode surgir em situações de automedicação. Nesses casos, os medicamentos utilizados não são indicados por profissionais da saúde, o que pode causar a ingestão de fármacos inapropriados. Esses, por sua vez, podem acabar não tendo o efeito desejado, gerando interações medicamentosas malélicas e aumentando o risco de admissão hospitalar³³.

Além de provocar o aumento da necessidade de medicamentos, as DCNTs também podem comprometer a sua utilização correta, especialmen-

te considerando o grande número de administrações diárias que se fazem necessárias. Uma possibilidade para facilitar essa dinâmica enfrentada pelo paciente seria a prescrição de medicamentos contendo dois ou mais princípios ativos (associações). Entretanto, é necessário levar em consideração que as consequências da polifarmácia não são dependentes do número de medicamentos e, sim, de fármacos. Dessa maneira, apesar das associações facilitarem a gestão diária de doses, o número reduzido de medicamentos não reduz o número de fármacos, podendo provocar as mesmas complicações da polifarmácia usual¹.

A fim de minimizar os riscos associados à polifarmácia, é importante que, no ato da prescrição, as reais necessidades da indicação do fármaco sejam consideradas e amparadas por evidências científicas. Além disso, também é recomendável que o paciente compreenda as informações a respeito do uso do medicamento ou esteja acompanhado por um cuidador capaz de auxiliá-lo na administração diária de doses. Por fim, é importante que o médico tenha cuidado com possíveis interações medicamentosas e certifique-se de que há conciliação entre os vários médicos do idoso, de maneira que prescrições simultâneas ou conflitantes sejam evitadas^{1,31}.

Isolamento Social do Idoso

Os novos cenários sociais advindos do desenvolvimento tecnológico da contemporaneidade têm provocado alterações substanciais na evolução demográfica e fatores associados às formas de relacionamento e de convívio social. Devido a isso, uma das populações mais afetadas por essas mudanças são as pessoas idosas. Isso ocorre por diversos fatores, desde a dificuldade para acompanhamento da evolução nas relações virtuais que usufruem do avanço tecnológico, até mesmo pelo menor tempo que os familiares ou acompanhantes possuem para destinar ao convívio e cuidado deles. Sendo assim, tem sido cada vez mais comum o cenário do isolamento social do idoso, caracterizado pelo afastamento do convívio com outros indivíduos ou com a sociedade, seja esse um ato voluntário ou involuntário^{34,35}.

O isolamento social, principalmente no âmbito das relações familiares, pode ser motivado tanto por questões de natureza física, como morar à distância, quanto por fatores psicossociais, que induzem o paciente a não se sentir inserido para poder manifestar seus sentimentos e emoções. Dentre tais, as dificuldades relacionadas aos fenômenos da viuvez, aposentadoria e

saída dos filhos de casa tendem a ter um impacto relevante, especialmente quando associadas com a não compreensão dessas situações pelas pessoas que se relacionam com o idoso^{34,36}.

Os principais indicadores do isolamento social são o prejuízo do grau de felicidade pessoal juntamente com a diminuição do número e qualidade dos contatos sociais, podendo se manifestar na forma de desânimo, perda de confiança e ansiedade^{36,37}. Esse sentimento de solidão pode evoluir com queixas psicossomáticas, manifestações agressivas e até síndromes depressivas propriamente ditas. A depressão pode passar despercebida por ter sintomas atípicos nesse grupo populacional, com consequente dificuldade para superação da doença, maior fragilidade e maior risco de institucionalização precoce do idoso³⁴. Além dessa solidão que se faz presente à medida que se enfraquece o controle sobre o convívio social, também aparece a solidão coletiva, relacionada ao mundo virtual, na qual todos estão juntos, mas separados fisicamente³⁷.

O isolamento social também tende a ocorrer quando o idoso passa por processos ou quadros depressivos, por sofrimento psicológico causado pelos seus cuidadores ou pela perda de entes queridos e por patologias associadas ao envelhecimento, como problemas relacionados à incontinência urinária ou à osteoartrose^{1,36}. Diante disso, há uma tendência desses indivíduos preferirem se unir à comunidade que vive com problemas e situações parecidas, gerando uma convivência que se apresenta como fator para a prevenção do isolamento, e consequentemente, para a promoção da saúde. Isso se justifica pela atividade social permitir ao idoso manter um vínculo com a vida e com as próprias expectativas, além de participar coletivamente das questões do mundo, conservando um envelhecimento ativo³⁷.

Um estudo português com 73 idosos com pelo menos 65 anos, que viviam em lares ou frequentavam centros de convivência, identificou uma distribuição notável em relação à prevalência do sentimento de solidão nas diferentes faixas etárias. O grupo de 65-74 anos reportou a menor taxa de queixas de solidão constante e persistente, enquanto no grupo de 75-84 anos observou-se as maiores taxas de relatos de semelhante queixa. Apesar desses dados, tem-se que, nessa população de idosos socialmente envolvidos, a solidão constante e persistente configura-se como fenômeno significativamente menos frequente (5,5%) que a solidão ocasional (79,4%). Dessa forma, pode-se inferir que o isolamento social em idosos que mantêm atividades sociais tende a ser pouco

frequente, com maior prevalência em septa e octogenários, apesar do fenômeno crescente de isolamento social de idosos de forma global³⁴.

Os profissionais da saúde exercem um papel importante na prevenção de possíveis consequências geradas pelo isolamento social do idoso. Esses profissionais devem estar atentos à possíveis sinais de solidão manifestados pelos pacientes idosos, como queixas psicossomáticas, atitudes agressivas ou depressivas, e até mesmo sinais de tentativa de suicídio³⁴.

Conclusão

A literatura aponta que a prática de cuidados às pessoas idosas deve integrar os âmbitos físico, psicológico e social, que interferem na saúde desses indivíduos, e a importância do ambiente em que esses se encontram¹⁴. A qualidade de vida nesse cenário está atrelada aos componentes que envolvem a rotina dos idosos, como a alimentação, a prática de exercícios físicos, as relações sociais e a rede de apoio, que gera segurança e auxilia no envelhecimento ativo⁶, prevenindo as possíveis consequências geradas pelo isolamento social do idoso³⁴.

Diante deste contexto, o profissional de saúde se torna agente importante na utilização de conhecimento e técnicas para promover o cuidado humanizado. Destaca-se, entre essas, a comunicação efetiva tanto com o idoso quanto com sua família²⁰, a promoção de estímulos para o autocuidado envolvendo a autonomia e independência, e a atenção integral ao idoso por parte de toda a equipe²⁷.

Ainda no contexto do atendimento do idoso, deve-se objetivar compreender e respeitar as especificidades dessa população, de maneira que haja preparo prévio para lidar com as particularidades do processo de envelhecimento. Para isso, é imprescindível o respeito à autonomia do idoso, que espera ter suas vontades e experiências de vida reconhecidas durante os atendimentos de saúde¹. Os profissionais de saúde também devem se atentar aos sinais de solidão que podem vir a ser apresentados por idosos em situação de isolamento social, cenário cada vez mais frequente nessa população, a fim de prevenir possíveis consequências, como síndromes depressivas³⁴. Além do mais, no âmbito terapêutico, faz-se importante tanto a explicação minuciosa das doses dos fármacos utilizados quanto a realização da revisão da farmacoterapia, levando em conta a possível ocorrência de polifarmácia¹.

Dessa maneira, os profissionais da saúde exercem um papel fundamental na humanização do cuidado à pessoa idosa, atuando na manutenção de sua qualidade de vida, autonomia e independência. Esse processo pode ser otimizado pelo foco em empregar uma comunicação efetiva e promover integralidade no atendimento, com ênfase especial dada ao rastreamento e prevenção de casos de polifarmácia e ao isolamento social, ambos fenômenos prevalentes em pacientes geriátricos.

Por fim, vale ressaltar que à medida que a pessoa idosa avança na sua trajetória de vida, os seus aspectos biográficos tendem a ter importância tão significativa quanto os seus processos biológicos. Dessa forma, deve-se objetivar a individualização do cuidado considerando não somente as demandas físicas, mas também aquelas associadas às particularidades do indivíduo por trás do paciente.

Referências

1. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde [Internet]. APS. [cited 2021 Mar 6]. Available from: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ==>
2. Diário Oficial da União. Lei No 8.842 de 04 de janeiro de 1994 [Internet]. Jan 5, 1994. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm
3. Lima TJV de, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. Saúde e Sociedade [Internet]. 2010 Dec 1; 19:866–77. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mc3H6SMdntHZhwp53N9Lq8p/?lang=pt>
4. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte [Internet]. 2012 Jun 1;26(2):241–50. Available from: <http://www.periodicos.usp.br/rbefe/article/view/45895>
5. Scoralick-Lempke NN, Barbosa AJG. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. Estudos de Psicologia (Campinas) [Internet]. 2012 Dec 1; 29:647–55. Available from: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/HphbDX8GSnBHpgyVm7D9tyG/?lang=pt>
6. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2018 Oct;21(5):616–27. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Zmscq4PbSM-fwNPHmyLmQhqb/abstract/?lang=pt>
7. Cena H, Calder PC. Defining a healthy diet: Evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. Nutrients [Internet]. 2020 Jan 27;12(2):334. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC707122>.
8. Schwingshackl L, Hoffmann G. Diet quality as assessed by the Healthy Eating Index, the Alternate Healthy Eating Index, the Dietary Approaches to Stop Hypertension score, and health outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Journal of the

- Academy of Nutrition and Dietetics [Internet]. 2015;115(5):780-800.e5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25680825/>.
9. Santos J, Cachioni M, Yassuda M, Melo R, Falcão D, Neri A, et al. Social participation of elderly: associations with health, mobility and purpose of life. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2019 Jun 1;20(2):367–83.
10. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: Um estudo relacional. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2018 Dec;19(3):591–604.
11. Chaves LJ, Gil CA. Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. *Cien Saude Colet*. 2015 Dec;20(12):3641–52.
12. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2012 Sep;21(3):513–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
13. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Presidência da República - Casa Civil. Estatuto Da Pessoa Idosa. 2003 out. [cited 2021 Mar 7]. Available from: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.
14. Ministério da Saúde - Diário Oficial da União. Portaria nº 2.528. [Internet] 2006 oct 19. [cited 2021 Mar 7]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
15. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena EL da S, Yarid SD, Gomes Filho DL. Bioethical aspects of the autonomy of the elderly. *Revista Bioética*. [internet] 2013 Dec; 21(3):518–24. [cited 2021 Mar 7]. Available from: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/755/1028
16. Ferreira JFS. Autonomia e Funções Cognitivas numa amostra de Idosos de Coimbra sob resposta social [Internet]. *Escola Superior de Altos Estudos*; 2011 [cited 2021 Mar 7]. Available from: <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/117>
17. Cunha JXP da, Oliveira JB, Nery VA da S, Sena EL da S, Boery RNS de O, Yarid SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde em Debate*. [Internet] 2012 Dec;36(95):657–64. [cited 2021 Mar 7];12(4, 4). Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/x5TvxNhyQmcwvGbn3QvPMQB/?lang=pt&format=pdf>
18. Santos PA, Heidemann ITSB, Marçal CCB, Arakawa-Belaunde AM, Santos PA dos, Heidemann ITSB, et al. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. [internet] *Audiology - Communication Research*. 2019;24. [cited 2021 Mar 7];12(4, 4). Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2058>
19. Prochet TC, Silva MJP da. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. *Rev Rene* [Internet]. 2011 Aug 31 [cited 2021 Mar 7];12(4, 4). Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4314>
20. Almeida RT de, Ciosak SI. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? [internet] *Rev lat-am enferm*. 2013 Jul 1;21(4, 4):884–90. [cited 2021 Mar 7]. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400008>

21. Mendes MMR, Loro FCC. Comunicação na velhice: subsídios da literatura (estudo piloto). In: Programa Científico e Resumos [Internet]. 2002 [cited 2021 Mar 7]. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/001240848>
22. Lamela D, Bastos A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. *Psicologia & Sociedade*. 2012;24(3):684–90. [Internet]. [cited 2021 Mar 7]. Available from: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/7rvmbBwGBHrzNL8RVG5Lcmr/?format=pdf&lang=pt>
23. Barros TB de, Maia ER, Pagliuca LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Rene* [Internet]. 2011 Aug 31 [cited 2021 Mar 7];12(4, 4). Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4328>
24. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 [Internet]. Diário Oficial da União, Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 Oct 21, 2011. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
25. Janis Eugenio S, Arena Ventura CA. Estratégia saúde da família: iniciativa pública destinada a populações vulneráveis para garantia do direito à saúde - uma revisão crítica da literatura. *Cad Ibero Am Direito Sanit (Impr)* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 7];129–43. Available from: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/402/486>
26. Lima TJV de, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde e Sociedade*. 2014 Mar;23(1):265–76.
27. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. 1st ed. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Superintendência de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde, Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde; 2018 [cited 2021 Mar 6]. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14727-anexo-307-linha-de-cuidado-a-saude-do-idoso-em-sc/file>
28. Santos ACF, Silva LMMO, Magalhães CSM, Viana RL. Saúde do Idoso: Humanização e Acolhimento na Atenção Básica. *Rev. Gestão & Saúde* [Internet]. 28º de novembro de 2014 [cited 2021 Mar 7] ;5(5):pag. 2928-2937. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/1794>
29. Botelho SF, Martins APM, Reis AMM. “Análise de Medicamentos Novos Registrados No Brasil Na Perspectiva Do Sistema Único de Saúde e da Carga de Doença.” [cited 2021 Mar 7] *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, ed. 01, jan. 2018. Available from: www.scielo.br/j/csc/a/RCSfZ37bRJWwNzpnPMrrM7R/?format=pdf&lang=pt, 10.1590/1413-81232018231.21672015
30. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2017 Jun 1;20:335–44. [cited 2021 Mar 7] Available from: <https://www.scielo.org/article/rbe-epid/2017.v20n2/335-344/>
31. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Uni-

- fied Health System. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2017 Sep 22;51(suppl.2). [cited 2021 Mar 7] Available from: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S-1518-51-s2-87872017051007136.pdf
32. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil - SABE Study. *Revista Brasileira De Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology* [Internet]. 2012 Dec 1;15(4):817–27. [cited 2021 Mar 7] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23515777/>
33. Silva EA da, Macedo LC. Polifarmácia em Idosos. *Saúde e Pesquisa* [Internet]. 2013 Jul 12;6(3). [cited 2021 Mar 7] Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2862>
34. Azeredo Z de AS, Afonso MAN. Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2016 Apr [cited 2021 Jan 27];19(2):313–24. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n2/1809-9823-rbagg-19-02-00313.pdf>
35. Cavalcanti KF, Mendes JMS, Freitas FFQ, Martins KP, De Lima RJ, Macêdo PKG. O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2021 Jun 3];34(3). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n3/v34n3a06.pdf>
36. Montijo JMM. Projeto intergeracional de combate ao isolamento social e solidão dos idosos no concelho de Estremoz. *repositorioiscte-iulpt* [Internet]. 2018 Dec 14 [cited 2021 Mar 14]; Available from: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/18733>
37. Costa SMM. Mais além da vida orgânica: a convivência como fator de prevenção do isolamento social dos idosos e de promoção de saúde. *www.arcafiocruzbr* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 14]; Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39502>

DESAFIOS PARA COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DA HUMANIZAÇÃO

Anielle Mitsue Sato¹; Karina Martins Pailo²;
Maira Liane Ferreira de Oliveira³; Nicole Kovalhuk Borini⁴;
Raquel dos Santos Vieira⁵; Tairine Garcia⁶.

Revisores:

Patrícia Guillon Ribeiro⁷;
Priscilla Dal Prá Campos⁸.

-
1. Terapia Ocupacional - 8º período - UNESP.
 2. Medicina - 10º período - UP.
 3. Psicóloga Clínica (CRP 08/28364) formada pela PUCPR e especialista em Psicologia Analítica pela PUCPR
 4. Medicina - 7º período - FPP.
 5. Fisioterapia - 5º período - UMC.
 6. Medicina - 9º período - FPP.
 7. Psicóloga graduada pela Tuiuti do Paraná (1999), mestre em Psicologia da Infância e Adolescência pela UFPR (2004). Professora Adjunta da PUCPR e Psicóloga Clínica. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação Abordagens Multidisciplinares da Saúde Mental na infância e Adolescência pela PUCPR.
 8. Médica graduada pela PUCPR, especialista em Clínica Médica pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron (HAC) e especialista em Preceptoria de Residência Médica pelo Hospital Sirio-Libanês. Médica Clínica do Centro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital Nossa Senhora das Graças – GASTROVIDA e mestrado em andamento em Ensino das Ciências da Saúde pela Faculdade Pequeno Príncipe (FPP).

Introdução

A palavra Comunicação tem origem no termo em latim *comunicare*, que significa “pôr em comum”. Diante disso, a comunicação ou o ato de se comunicar é uma forma de compartilhar mensagens verbais ou não verbais, ou seja, a comunicação é uma prática social, uma vez que ela está relacionada com a interação entre pessoas e sociedades diferentes e com a possibilidade de construção de relações interpessoais^{1,2,3}.

Existem diversos meios de comunicação entre as pessoas, dentre eles, a fala, a escrita, a linguagem corporal e/ou gestual e a disposição espacial dos participantes de uma conversa. Contudo, é importante destacar que apenas o conhecimento sobre os meios de comunicação não é o bastante para se garantir que ela seja realizada de forma efetiva^{1,2}.

Dessa forma, independentemente do meio de comunicação utilizado para a transmissão de uma mensagem, é o uso de uma linguagem adequada o que permite que a mensagem seja compreendida pelo receptor de uma forma próxima ao que o emissor pretendia que ela fosse. Por isso, é extremamente importante que durante o processo de comunicação haja a adoção de uma linguagem que seja compreensível para todos com quem se deseja comunicar².

Diante disso, alguns detalhes importantes devem ser levados em conta para que haja uma comunicação realmente efetiva. Um dos detalhes mais importantes é a compreensão da conjunção sociocultural da comunidade local para que dessa forma o comunicador possa delinear as suas estratégias, buscando o máximo de clareza possível na transmissão⁴.

Em relação ao campo da saúde, percebe-se a importância de um investimento dos profissionais da saúde em relação a busca por uma comunicação efetiva e uma boa relação terapêutica com os pacientes, visto que, as falhas na comunicação podem acabar dificultando todo o processo de diagnóstico, tratamento, prognóstico e outros. Diante disso, compreende-se a necessidade de um tratamento em que a comunicação seja associada a humanização do cuidado, visto que ambas andam em conjunto. Onde há comunicação, há humanização, e vice-versa⁵.

Comunicação e relação terapêutica

A relação terapêutica baseia-se na empatia e na confiança, sendo a primeira, a habilidade de compreender mesmo que em partes, os sentimentos,

os pensamentos e as atitudes do outro, e a confiança, que contempla a consideração e atenção pela individualidade e singularidade. Além disso, inclui-se nesta relação, o controle emocional que um profissional de saúde deve ter em grande dose e usar na vida e na profissão, para que a sua presença e atuação tenha um efeito positivo no tratamento do paciente⁵.

O estabelecimento de uma boa relação terapêutica entre pacientes e profissionais acaba favorecendo melhores condições para o paciente, já que este passa a compreender melhor o seu diagnóstico e tratamento. Dessa maneira, torna-se mais apto a exercer o autocuidado, a ter uma maior participação no seu processo de cura/acompanhamento e a conseguir comunicar-se mais facilmente com a equipe sobre as suas expectativas e necessidades, de forma que possa ser mais bem compreendido. Assim, a relação terapêutica, comprovadamente, favorece o engajamento do paciente no tratamento e é determinante na construção de prognósticos positivos¹.

Porém, para os autores, a construção de uma comunicação terapêutica nem sempre é fácil e parte disso se deve à persistência de alguns tipos de comportamentos que são considerados inadequados dentro da prática profissional. Dentre esses comportamentos encontram-se: uso de linguagem inadequada, não saber ouvir o paciente, interromper ou mudar de assunto abruptamente, oferecer uma falsa tranquilização, julgar o paciente e dar falsas lições de moral, impor um determinado comportamento ou tratamento, fazer uso de ameaça e outros. O problema é que a utilização dessas práticas acaba levando a um tratamento desumanizado e a uma dificuldade tanto na comunicação quanto na relação entre profissional e paciente, o que acaba prejudicando todo o tratamento¹.

Comunicação e humanização

A humanização do cuidado tem relação com as abordagens de cuidados centrados no paciente e cuidados centrados na pessoa. Nos cuidados centrados no paciente, o profissional de saúde mostra compaixão e empatia para com o paciente, respeita seus valores, necessidades, preferências individuais e o envolve no processo de tomada de decisão. Para o autor, o cuidado centrado na pessoa, adota uma perspectiva mais holística, considerando o paciente como uma pessoa com uma história pessoal e o tratamento de sintomas e doenças no contexto do curso da vida⁶.

A humanização do cuidado abraça esses princípios, mas também considera as outras partes envolvidas nesse processo, como pacientes, cuidadores, profissionais de saúde e suas interações. Ou seja, essa abordagem visa humanizar o sistema de saúde como um todo, com foco no relacional, organizacional e estrutural, envolvendo todas as tarefas e procedimentos médicos⁶.

O termo humanização, portanto, se refere ao conjunto de valores, técnicas, comportamentos e ações que, construídas dentro de seus princípios, promovem a qualidade das relações entre as pessoas, com a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Logo, os princípios da humanização são: participação das pessoas nas ações de gestão e atenção (com ênfase na autonomia do paciente); comunicação e dispositivos que favoreçam a interatividade; consideração à subjetividade e ao protagonismo das pessoas⁷.

Sendo assim, o tópico Humanização é tão relevante a ponto do próprio SUS criar em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, a qual busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, ou seja, a PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS. Para explicar os termos referentes a esta Política, foi criada em 2013 a 1ª versão da PNH impressa, voltada tanto ao público em geral quanto aos profissionais da saúde⁸.

A comunicação, a humanização e o cuidado são elementos que estão fortemente correlacionados uns com os outros, especialmente dentro da área da saúde. A comunicação praticamente acontece a todo instante durante a prática clínica, e por consequência os profissionais da saúde acabam entrando muito em contato com as dores, as aflições e as angústias que os pacientes e os seus familiares podem estar vivenciando durante um determinado momento. Por conta disso, é esperado que o profissional da saúde se comunique de volta com essas pessoas de forma empática, respeitando sempre o indivíduo com quem se está interagindo e buscando ao máximo entendê-lo e ser compreendido⁹.

Em resumo, uma boa comunicação terapêutica e conseqüentemente humanizada, pode ser estabelecida uma vez que os profissionais da saúde tenham as suas competências fundamentadas na sensibilidade e no comprometimento em comunicar informações com transparência, tempo e atenção, enquanto se utilizam de uma linguagem clara e compreensível para isso. Porém, como já foi apontado anteriormente, essas expectativas acerca de um

bom exercício da comunicação nem sempre são cumpridas dentro da prática em saúde. E isso se deve à existência de vários fatores que podem acabar aparecendo ao longo do exercício clínico da profissão e gerar intercorrências no processo de comunicação^{9,10}.

Comunicação e relacionamento humano

A comunicação humana é uma ferramenta para construir relacionamentos. Ela oferece a possibilidade de gerar conhecimento, entendimento, aceitação, comprometimento e ação. Uma comunicação centrada na valorização do relacionamento humano visa prestar atenção às complexidades desse ser e, através de um bom relacionamento interpessoal, aliado a sentimentos que viabilizam uma melhor troca, é possível alcançar os objetivos esperados¹¹.

Para uma comunicação eficaz, é importante reconhecer que cada parte traz sua própria “bagagem pessoal”, refletindo suas necessidades, valores, educação, culturas, capacidades e dificuldades únicas, o que influencia a forma como as mensagens são criadas, percebidas, entendidas e respondidas. Essas percepções e reações ocorrem por meio de processos não mecânicos, tangíveis ou visíveis, e muitas vezes irracionais. Quando aplicado à saúde, significa que os resultados da comunicação não são facilmente controlados pelos remetentes, mas são guiados pelas predisposições e suscetibilidade dos receptores¹²

Pode-se afirmar então, que o conteúdo que se fala por um emissor pode ser interpretado de forma diferente pelo receptor. Com isso, para que a comunicação flua de forma harmoniosa, destaca-se a necessidade de criar laços empáticos entre os envolvidos, principalmente por parte dos profissionais de saúde, utilizando de forma eficaz a comunicação interpessoal, transmitindo confiança através da boa postura, gestos, voz e palavras¹¹.

Essas atitudes são importantes nas relações humanas e, ao contrário da maioria dos outros relacionamentos, a comunicação profissional-paciente pode ter consequências de vida ou morte, tornando as funções relacionais do processo particularmente importantes para compreender e atender. Tais características trazem benefícios a essa relação, mais diretamente à saúde do paciente, como por exemplo, sendo um fator direto na adesão dos mesmos aos tratamentos solicitados pelos profissionais¹³.

Além disso, também se faz necessário destacar que as relações humanas são moldadas através de uma característica importante: a afetividade. O desenvolvimento humano não acontece somente relacionado aos aspectos cognitivos, mas também e principalmente aos aspectos afetivos. O ser humano possui uma necessidade em se sentir ouvido, acolhido e valorizado, o que contribui para a construção da sua autoestima o que conseqüentemente aumenta sua confiança para enfrentar os desafios, sendo este ponto intrinsecamente ligado à humanização e cuidado¹¹.

A afetividade no contexto social torna as relações mais produtivas, pois se estiver aliada a sentimentos de respeito, gentileza e compreensão, pode fazer com que o relacionamento se torne mais próximo e as interações permitam mais e melhores trocas. Além disso, a afetividade está intimamente conectada ao processo da construção dos relacionamentos humanos, pois através do vínculo afetivo criado nestas relações, o sentimento que se cria passa a nortear uma melhor aprendizagem sobre todas as coisas¹¹.

Em síntese, a criação de laços eficazes torna-se um importante pilar para garantir que a troca de mensagens ocorra de uma forma mais humanizada e atenda as complexidades do ser humano, com benefícios mútuos e buscando que a mensagem passada, seja recebida e entendida com o mesmo objetivo.

Componentes essenciais para uma boa comunicação

A habilidade de se comunicar é intrínseca à natureza do ser humano e isso se deve ao fato de que estamos sempre nos relacionando uns com os outros e com o ambiente à nossa volta. Conseqüentemente, é praticamente impossível que o ser humano não pratique a comunicação, uma vez que ele está sempre interpretando o mundo em que vive e conferindo a ele novos significados^{9,14}.

Contudo, por mais natural e cotidiana que a prática de se comunicar possa ser, isso não impede que o processo envolvido seja bastante complexo. Isso se deve ao fato de que, de uma certa forma, toda atitude e comportamento humano, sendo ele intencional ou não, consciente ou inconsciente, pode ser interpretado como uma forma de comunicação¹⁴.

A habilidade de se comunicar na verdade depende de um processo, e este se desenvolve a partir da interação de múltiplas variáveis que vão se modificando e interagindo entre si ao longo do espaço-tempo. Então, para que se possa compreender um pouco melhor como essa habilidade é desenvolvida, é interessante conhecer os axiomas da comunicação^{14,15}.

O primeiro axioma já foi mencionado, que é a impossibilidade de não se comunicar, uma vez que não existe um não comportamento. O segundo axioma é que toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação, caracterizando uma metacomunicação. Simplificando, pode-se dizer que a comunicação não apenas transmite uma informação, mas também impõe algum tipo de comportamento¹⁵.

O terceiro axioma afirma que a natureza de uma relação depende da ordem em que cada participante pontua uma sequência de eventos. Por exemplo: em uma relação, o marido pode dizer que ele não ajuda em casa porque ele recebe críticas da esposa sempre que ele realiza uma tarefa. Já a esposa pode dizer que ela sempre critica o marido porque ele nunca ajuda nas atividades do lar. Cada um percebe a sua atitude como uma resposta para a atitude do outro. Então, esse tipo de relação constitui um dilema, pois cada um pontua um começo diferente para o tipo de relação que eles construíram juntos^{15,16}.

O quarto axioma explica que o ser humano usa 2 tipos de comunicação: digital e analógica. A comunicação digital é quando uma palavra é utilizada para denominar alguma coisa, uma vez que já existe uma relação entre o nome e a coisa denominada (Por exemplo: ao ler a palavra “gato”, é possível apontar para a imagem de um gato porque existe a relação entre o nome e a coisa). Já a comunicação analógica se refere a todo tipo de comunicação não verbal, incluindo gestos, postura, flexão da voz, expressão facial, ritmo. A comunicação análoga funciona como pistas para que a comunicação possa acontecer dentro de qualquer contexto¹⁵.

E, por fim, o quinto axioma da comunicação se baseia no fato de que as relações humanas podem ser simétricas ou complementares. As relações simétricas são caracterizadas pela igualdade e pela redução das diferenças, uma vez que cada integrante da relação tenta refletir sobre o comportamento do outro. Já as relações complementares se baseiam na maximização das diferenças, e elas podem se encaixar dentro de 2 padrões¹⁵.

Em um dos padrões de relações complementares, é possível encontrar diferentes posições dentro da relação, uma vez que um integrante da relação é considerado superior ao outro. Essa noção de hierarquia também pode ser complementada por um determinado contexto social ou cultural (pai e filho, médico e paciente). Já no outro padrão de relações complementares, um parceiro pode se comportar de maneira em que ele tenta prever o comportamento do outro, e é através dessa atitude que ele acaba influenciando o outro a se comportar da maneira esperada por ele¹⁵.

A importância de se ter o conhecimento sobre esses axiomas consiste no fato de que eles podem acabar sendo distorcidos durante o processo comunicativo, o que também pode prejudicar essa comunicação no campo da saúde. Também é importante saber que existem diversos outros fatores que podem acabar provocando alterações na evolução de uma interação. Um exemplo desses fatores é a percepção, já que ela está fortemente ligada com as expectativas e com o envolvimento de um indivíduo^{14,15}.

Outros elementos também podem influenciar a comunicação de maneira negativa, e estes são divididos em dois grupos: ruídos e interferências. Os ruídos são os elementos físicos que são externos aos participantes da comunicação (barulho nos corredores, telefone, distrações), e as interferências são os elementos que também participam da comunicação de forma “indireta”, como as interferências cognitivas, emocionais e socioculturais¹⁰.

As interferências cognitivas estão relacionadas com a dificuldade de uma pessoa se expressar de maneira compreensível devido às suas crenças e convicções. As interferências socioculturais estão relacionadas às crenças, costumes e valores de cada indivíduo possui de acordo com o local onde vive. E por fim, as interferências emocionais se fazem presentes quando o indivíduo apresenta alguma psicopatologia ou dificuldades emocionais na expressão das suas emoções (ressentimento, agressividade, repressão dos sentimentos). Além disso, esse tipo de interferência também pode estar presente no profissional da saúde^{10,17}.

Outro exemplo de elemento que pode acabar prejudicando a comunicação é a criação de estereótipos. Isso porque, a partir do momento que iniciamos uma comunicação com outra pessoa, nós iniciamos o processo de formação de uma imagem dessa pessoa. Os estereótipos então são formados com o objetivo de suprimir a nossa falta de informações prévias a respeito da pessoa com quem estamos nos comunicando, e essa é uma reação natural do

ser humano. Mas, o problema reside quando esses estereótipos passam a se perpetuar ao longo da construção do relacionamento, porque assim tem-se a manutenção de pressuposições e, conseqüentemente, tem-se uma redução da qualidade da comunicação entre esses indivíduos¹⁰.

A partir de tudo isso é preciso compreender que uma falha na comunicação pode não apenas prejudicar o relacionamento do profissional com o paciente, mas também produzir conseqüências negativas ao paciente e à sua família, além de prejudicar o próprio processo de prevenção e promoção de saúde. Por isso, é de extrema importância que os responsáveis pelo cuidado em saúde busquem o máximo possível de conhecimento sobre maneiras de construir uma boa comunicação terapêutica com os seus pacientes para que determinados erros possam ser evitados^{9,10}.

Se uma boa prática de comunicação for alcançada a partir desse processo, pode-se conseguir benefícios, como: um bom relacionamento entre profissional e paciente; uma melhor promoção da humanização do cuidado; uma melhor adesão do paciente aos tratamentos propostos; uma melhora no prognóstico do paciente; uma melhor satisfação do paciente com os serviços prestados a ele^{9,10}.

Dessa forma, a comunicação não deve ser uma barreira que impeça o melhor exercício do cuidado, mas sim uma ferramenta importantíssima que pode ser utilizada dentro da prática do cuidado em saúde. Inclusive, o termo “comunicação terapêutica” é o termo que é especificamente utilizado para se referir às atividades comunicativas que são realizadas dentro da área da saúde. Portanto, é através da prática da comunicação terapêutica que se adquire um melhor entendimento do paciente dentro das suas dimensões cognitivo-afetivas, culturais e emocionais, de forma que a biografia de vida desse paciente passa a se tornar compreensível⁹.

Em resumo de tudo o que já foi abordado, a comunicação é um processo complexo que envolve uma infinidade de variáveis e que pode ser influenciada por diversos fatores. Ainda assim, ela faz parte da vida cotidiana das pessoas e pode exercer grandes influências sobre elas. É por conta disso que se tem tido um grande incentivo para o estudo da importância da comunicação dentro do ambiente de cuidado à saúde, especialmente como parte do processo terapêutico^{9,14}.

Comunicação: um direito do ser humano

Levando-se em conta o fato de a comunicação envolver a emissão de mensagem e a sua compreensão, esta compõe um dos direitos do ser humano, pois garante que o indivíduo amplie sua percepção sobre as coisas. Ademais, constitui um meio para prevenção e promoção da saúde, visto que a informação transmitida para a população pode gerar mudanças de estilo de vida, aumento de qualidade e expectativa de vida⁴.

A relação entre comunicação e política pública de saúde foi constituída no Brasil de forma explícita desde que foi formado, em 1920, quando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), principal órgão federal que regulamentava os processos de saúde da época, incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégia para fazer face às questões de saúde, principalmente às epidemias¹⁹. Já nos projetos da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS), os vínculos entre democracia e saúde foram tecidos ao se ampliar e contextualizar historicamente o conceito de saúde²⁰.

Com base na 8ª Conferência Nacional da Saúde e segundo os autores, a comunicação também está presente no direito à educação e à informação plenas, à liberdade, à livre organização e expressão; na proibição da propaganda comercial de medicamentos e produtos nocivos à saúde; e na proposta de criação de um sistema nacional de informações²⁰.

Em 2017, no relatório final da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ªCNLCS), foi destacado que para os cuidados em saúde é imprescindível que haja a transmissão de informações de qualidade. Além disso, os novos paradigmas na saúde, em decorrência das mudanças demográficas da população, idosos e doenças crônicas, exigem a propagação de informações claras e corretas, sendo essencial que os profissionais ou conselheiros de saúde sejam aptos a lidar com as informações em saúde¹⁸.

Assim, para que a sociedade tenha a segurança e acessibilidade dos seus direitos em relação às informações obtidas nos aspectos em saúde, esta deve representar uma ponte para que as pessoas saibam como funcionam as práticas e procedimentos do sistema de saúde. Dessa forma, a comunicação em saúde deve ser apreendida ao todo como interdisciplinar e integrativa, no qual, cada paciente seja compreendido através das suas vulnerabilidades, como a dificuldade, necessidade e anseio, e não apenas receber informação técnica de saúde⁴.

Diante dessa realidade, percebe-se que além de compor um direito, a comunicação anda ao lado da humanização. Logo, com o profissional adequando sua forma de comunicar à realidade do paciente, automaticamente respeitará a sua autonomia e singularidade.

Comunicação de notícias difíceis

A comunicação de notícias difíceis é uma temática complexa. Essa atitude entende-se como o manejo para compreensão dos sentimentos negativos, em relação às demandas do processo do morrer e da morte. Estas situações ocorrem no contexto em que o indivíduo se encontra em momentos terminais de sua vida²¹.

Para os profissionais de saúde, realizar a comunicação de notícias difíceis pode ser uma barreira tanto no desenvolvimento das habilidades quanto nos aspectos pessoais, que se inicia desde a graduação. Sendo assim, o modo de conduzir notícias difíceis pode impactar o paciente e familiares em relação a compreensão sobre a patologia, o vínculo terapêutico, o tratamento e o contentamento da assistência. Todavia, comunicar notícias difíceis é visto como uma das funções mais complicadas e constantes no cotidiano da equipe de saúde²².

Diante disso, a preparação psicológica para compreender o paciente é uma estratégia para transmitir tal competência. Equipar profissionais de saúde com habilidades psicossociais deve tornar-se um objetivo integral da educação médica⁶.

A transparência quanto ao quadro clínico apresentado e o seu tratamento é considerada, mais ainda por pacientes e seus cuidadores do que por profissionais de saúde, como um elemento-chave na aceitação e compreensão de notícias difíceis. Consequentemente, não estar disposto a responder às perguntas dos pacientes pode impedir uma comunicação efetiva. Um entendimento completo da própria condição médica e opções de tratamento dá ao paciente a sensação de autonomia, de ser respeitado e de ser visto como um ser humano único⁶.

No que se refere ao relacionamento entre profissionais da saúde e seus pacientes, a comunicação entre as duas partes pode passar por dificuldades não só devido à falta de conhecimento teórico sobre o processo de comunicação, mas também porque pode-se ter o encontro entre pessoas com diferentes

níveis de conhecimento, diferentes formas de linguagem, diferentes ordens socioculturais, portadoras de limitações orgânicas (déficit visual, déficit auditivo, afasias), e portadoras de diferentes estágios de desenvolvimento cognitivo e intelectual¹. Todos esses diversos fatores podem acabar influenciando de alguma forma o processo de comunicação entre profissionais e pacientes, e isso se deve ao fato de que esse processo é dinâmico e individualizado.

Portanto, para a construção de uma comunicação adequada com cada paciente não se tem apenas a influência da ciência, mas também a influência da moral e das normas sociais pertencentes ao grupo no qual essa pessoa está inserida, além da influência do mundo subjetivo dos sentimentos, das emoções e das percepções que são inerentes a cada indivíduo¹.

A empatia para com o paciente e respeito pela sua dignidade, singularidade, individualidade e humanidade também são elementos importantes para a humanização do atendimento e para uma boa e efetiva comunicação, principalmente quando se trata de transmissão de notícias difíceis. Esses elementos apontam para o entendimento que cada paciente é uma pessoa única com seus próprios valores, expectativas e experiências de vida que moldaram a sua identidade e estilo relacional e que deve ser respeitado⁶.

Esse relacionamento construído na base da empatia, da sensibilidade e do interesse pelo outro, deve ser alcançado fazendo uso não só da linguagem verbal, mas também da linguagem não verbal, através da presença de gestos e de uma postura diante do paciente. Deve-se tentar identificar e interpretar possíveis sinais emitidos pelo paciente, a importância que a sua história de vida e a sua cultura têm na sua vida pessoal, a situação em que o paciente se encontra, quais são as suas emoções e as suas expectativas relacionadas à sua saúde¹.

Outra habilidade que deve ser treinada é a capacidade de o profissional conseguir emitir informações de forma compreensível e clara, muitas vezes podendo fazer uso de exemplos na tentativa de se explicar questões um pouco mais técnicas ou mais complexas envolvendo o processo de saúde-doença¹.

Desse modo, para um melhor desempenho na comunicação de notícias difíceis, é relevante ressaltar a importância de respeitar o indivíduo de forma integral, explicando da forma mais clara e verdadeira para o paciente a notícia que está sendo dada, levando em conta o contexto terapêutico. Além disso, focar na organização e no esclarecimento do plano de tratamento para o paciente e família, manter o cuidado voltado ao paciente, o cuidado com a família, o

relacionamento entre os profissionais de saúde e o paciente em conjunto com a família, realizar o acolhimento e lidar com os aspectos emocionais²².

Comunicação enquanto prevenção e promoção de saúde

A promoção da relação profissional da saúde-paciente através da comunicação contribui para melhorar o processo da anamnese, diminui a chance de erros diagnósticos, facilita a compreensão e memorização das recomendações diagnósticas e terapêuticas. Logo, como consequência aumenta a adesão, diminui os sintomas físicos e aumenta a satisfação do paciente²³.

Os erros diagnósticos são reconhecidos como importantes determinantes do prognóstico dos pacientes, bem como uma das mais frequentes e financeiramente dispendiosas causas de processos judiciais²³. Apesar do desenvolvimento tecnológico ter permitido avanços significativos na realização de diagnósticos precisos, a entrevista clínica continua sendo a porta de entrada para a compreensão do caso do paciente, ou seja, uma comunicação eficaz durante a consulta, constitui o maior determinante da precisão e extensão da informação recolhida pelo profissional. Alguns estudos indicam que uma boa anamnese contribui entre 60-80% para a determinação do diagnóstico certo²³.

Nesse ínterim, é fundamental que o profissional abra espaço para o paciente discorrer sobre suas queixas, de modo seguro e sem julgamentos ou interrupções. Ademais, é essencial que o profissional compreenda a perspectiva que o paciente tem sobre seu processo de saúde-doença, bem como seus receios em relação a sua enfermidade; uma abordagem holística e integral é imprescindível para auxiliar o paciente, pois nem sempre apenas os problemas biológicos o afligem. Em algumas situações apenas uma escuta ativa é suficiente para acalmá-lo e auxiliá-lo no seu processo terapêutico, prevenindo o surgimento de outras patologias ou agravamento das já presentes³.

Conclusão

Neste contexto, a humanização diz respeito à valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, oportunizando uma maior autonomia, ampliando a sua capacidade de transformar a realidade em que vivem através da responsabilidade compartilhada, da criação

de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de promoção de saúde. Por todos esses aspectos, o estabelecimento de um relacionamento terapêutico, unindo uma comunicação efetiva com uma abordagem humanizada, é uma tarefa clínica fundamental e assume um papel de extrema importância, visto que, coloca o paciente como o ponto central do seu próprio tratamento, pois o inclui, comunicando-o a respeito de sua própria condição, mantendo o respeito à sua individualidade e escolhas no processo e tratamento.

Dessa forma, compreende-se que o trabalho do profissional de saúde deve ser sempre pautado na escuta, acolhimento e respeito em relação ao paciente, de forma que esse tenha a oportunidade de compreender a partir de uma boa comunicação, a respeito de sua própria condição diante de uma situação nova. A humanização e a comunicação, são elementos conectados e que são imprescindíveis dentro da área da saúde. A comunicação além de ser um direito, deve ser a base para qualquer prática clínica e tratamento dos pacientes, visto que, esses profissionais acabam entrando muito em contato com os sentimentos desses, sobretudo, com as dores, aflições e angústias⁹.

Por isso, A humanização então não ocorre sem a presença da comunicação, pois ambas ocorrem mutuamente de forma verbal ou não verbal⁹. Ou seja, é através da comunicação que se tem uma melhor ideia de quem é o ser humano com quem se está interagindo, e isso é extremamente importante para o entendimento dos pacientes como indivíduos e pelo respeito de sua história, vivências e decisões dentro do momento em que se encontram.

Referências bibliográficas

1. Coriolano-Marinus MW de L, Queiroga BAM de, Ruiz-Moreno L, Lima LS de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*. 2014;23:1356–69.
2. Dias CB. A Comunicação e a importância de se comunicar bem. *Saberes em Foco Revista da SMED*. 2020; 287-297
3. da Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*. 2009;10(2).
4. Cortes TPBB, Nunes MFH, da Silva Ernesto T, de Oliveira Martins A, de Souza CHM. A importância da comunicação para a promoção da saúde na sociedade do conhecimento. *Temas em saúde; Volume 18, n 4; 2018*.
5. Braga R. A relação terapêutica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2013;29(3):146–7.

6. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2019;12(5):461–74.
7. Medeiros LMOP, Batista SHS da S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016;14:925–51.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Bertachini L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *O Mundo da Saúde*. 2012;36(3):507–20.
10. Ceron M. *Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa*. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP. 2010;
11. Zaitter MAB, Lemos MHZ. *Psicologia das Relações Humanas*. 2018;
12. Ruben BD. Communication theory and health communication practice: the more things change, the more they stay the same¹. *Health Communication*. 2016;31(1):1–11.
13. Guarilha JB, de Andrade MA, Bueno AAB, Fassarella CS. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2013;7(1).
14. Sousa JP. Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e da mídia. *Letras Contemporâneas*; 2004.
15. Don PWJHB, Jackson D. *Pragmática Da Comunicação Humana*. Editora Cultrix; 2002.
16. Scapini I AIN, Ivânia Jann L. Mudanças na comunicação ao longo da terapia de abordagem sistêmica: um estudo de caso. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 2019;10(2):210–25.
17. Almeida AFP de. *Comunicação, saúde mental e psicopatologia*. 2009;
18. Stevanim LF, Murtinho R. *Direito à comunicação e saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ; 2021.
19. Waldman EA, Rosa TE da C, others. *Vigilância em saúde pública*. NAMH/FSP-USP; Peirópolis; 1998.
20. Cardoso JM, Rocha RL. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:1871–80.
21. Silva AE, Sousa PA, Ribeiro RF. Comunicação de notícias difíceis: percepção de médicos que atuam em oncologia. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2018;8.
22. Gibello J, Parsons HA, Citero V de A. Importância da Comunicação de Más Notícias no Centro de Terapia Intensiva. *Revista da SBPH*. 2020;23(1):16–24.
23. Santos MC dos, Grilo AM, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*. 2010;47–57.

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO ONCOLÓGICO ADULTO

Eduarda Podgurski dos Santos¹; Gabriela Boiago Dias²;
Giordano Panfilio Rizziolli³; Isabella Patrizzi Merolli⁴;
João Lucas de Aquino Lemos⁵; Laura Smiguel Pilatti⁶;
Marina Zanella Fedrigo⁷; Thais Cristina Marques Simão⁸.

Revisora:

Maria Cristina Figueroa Magalhães⁹.

1. Medicina - 6º período - UP.

2. Medicina - 7º período - FPP.

3. Medicina - 6º período - UP.

4. Medicina - 7º período - PUCPR.

5. Enfermagem - 9º período - UFPR.

6. Medicina - 7º período - PUCPR.

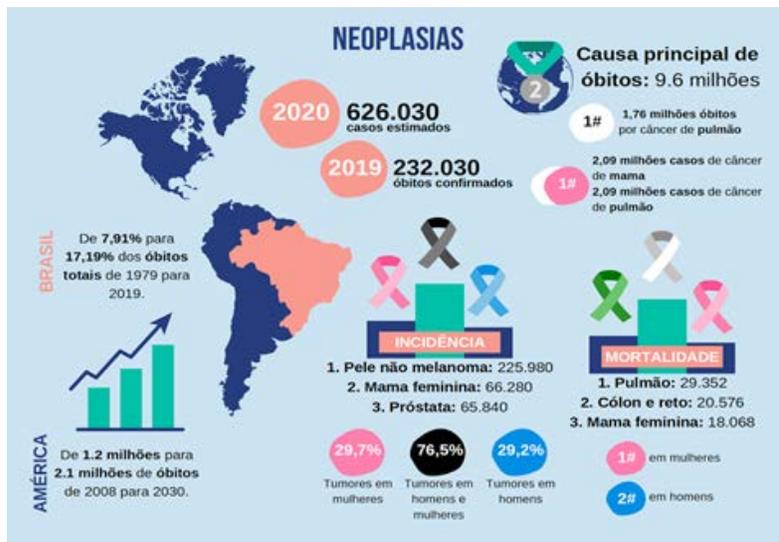
7. Medicina - 8º período - PUCPR.

8. Psicologia - 7º período - PUCPR.

9. Possui graduação em Medicina pela PUCPR (Curitiba - PR, 2000-2005), residência médica em Medicina Interna pela SC de Curitiba (2007-2009) e Oncologia Clínica pelo HSM (São Paulo - SP, 2009-2011), fellowship em pesquisa clínica e translacional no departamento de câncer de mama no Johns Hopkins Hospital (Baltimore - EUA, 2011-2013) e concluiu o doutorado em ciências pela USP (São Paulo - SP, 2015 - 2018). Também atua como coordenadora da disciplina de oncologia clínica da PUCPR, médica preceptora da Residência de Medicina Interna do Hospital Universitário Cajuru (PUCPR) e como diretora científica voluntária da Associação das Amigas da Mama (AAMA).

Introdução

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima a ocorrência de 626.030 casos de neoplasias em homens e mulheres brasileiras no triênio 2020-22. Conforme localização primária, o câncer de pele não melanoma permanece como o mais incidente na população, seguido por mama, próstata, colorretal e pulmão¹. A mesma Instituição também divulgou que 232.030 homens e mulheres brasileiras evoluíram a óbito em decorrência de neoplasias em 2019.



Estima-se que, de 1979 para 2019, a mortalidade do câncer na população brasileira aumentou em 9,28 pontos percentuais: de 7,91% para 17,19% dos óbitos totais¹. No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS), escritório regional Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), alerta que o câncer é a segunda causa principal de óbitos mundialmente, perdendo somente para as doenças cardiovasculares, sendo responsável por 9.6 milhões de mortes globalmente em 2018.

A organização ainda avalia que aproximadamente 70% das mortes em decorrência de câncer ocorrem em países de baixa e média renda². Esse fato é explicado por somente 26% desses países apresentarem serviço de patologia no setor público e somente 1 em cada 5 países apresentarem dados para realizar políticas de combate ao câncer efetivas². O diagnóstico tardio, a falta de acesso ao diagnóstico e de tratamento contribuem para uma alta mortalidade².

Avalia-se, ainda, que $\frac{1}{3}$ dos óbitos em decorrência do câncer estão relacionados a hábitos populacionais: sobrepeso, alimentação desequilibrada, sedentarismo, etilismo e tabagismo². Fatores que, se controlados, resultam em uma diminuição tanto na incidência quanto na mortalidade do câncer. Ademais, a OMS/PAHO prevê que, até 2030, a mortalidade por câncer nas Américas aumente de 1.2 milhões de mortes em 2008 (sendo a América Latina e o Caribe responsáveis por 45% desse número) para 2.1 milhões.

Sendo as neoplasias e cânceres tão relevantes numericamente, ainda mais em países como o Brasil, e reconhecendo a subjetividade do paciente oncológico, que enfrenta sofrimento físico e psíquico em decorrência de sua condição clínica, é imprescindível abordar a humanização de pacientes oncológicos adultos. Dessa forma, o objetivo deste capítulo é apresentar algumas técnicas de humanização no atendimento ao paciente oncológico adulto, visando efetivar seus direitos à dignidade e bem-estar, entendendo-o como indivíduo consciente e dotado de livre-arbítrio, integral e social.

Entendendo o paciente como pessoa

Arbitrariamente, verbaliza-se “pessoa” como sinônimo de “ser pertencente à espécie *Homo sapiens*”. Contudo, a palavra “pessoa” carrega um significado de notável profundidade e importância, sendo a percepção tentadora dessa palavra como vaga perigosa.

Conforme discutido nos cursos de filosofia administrados na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), como parte do eixo humanístico, no ano de 2019, ao longo da história ocidental, filósofos construíram a ideia de pessoa como alguém que existe em si e é dotado de razão, concluindo que este alguém, por agir conforme vontade pura, é livre. Uma pessoa não é um ser pertencente à espécie *Homo sapiens*, mas um indivíduo autoconsciente e livre. Sob a ótica do Direito, pode-se argumentar que o conceito de pessoa sustenta a ideia de igualdade entre seres humanos, portanto justifica a existência de um Estado Democrático de Direito. Já, sob a ótica da Saúde, sendo um paciente uma pessoa, deve-se enfatizar que um paciente é dotado de subjetividade, experimenta o mundo com consciência e racionalidade, apresentando poder de decisão.

Com essa perspectiva, será discutida, a seguir, uma técnica que visa tratar o paciente oncológico adulto como pessoa: entendendo-o como tal,

maneja seus sofrimentos presentes e colaborando no planejamento de seu futuro.

A tomada de decisão compartilhada entre o paciente oncológico adulto e seu médico

Durante a formação em Medicina na Universidade Pontifícia Católica do Paraná (PUCPR), aprende-se que todo tratamento médico deve ser discutido, não ordenado. Essa premissa é bastante evidente na oncologia uma vez que, frequentemente, as possibilidades de farmacoterapia para os pacientes oncológicos são múltiplas, o tratamento holístico, multiprofissional e, inclusive, pode ser experimental no cenário de pacientes em estudos clínicos.

Também é entendido que todo tratamento médico deve ser adequado ao quadro e melhores interesses do *paciente*. É possível, ainda mais quando se trata de oncologia, que este até mesmo não queira realizar tratamento algum dependendo do prognóstico da doença e dos possíveis efeitos colaterais das opções terapêuticas disponíveis. O paciente detém o direito de recusa a tratamento médico. Mas, talvez menos óbvio e enfatizado, seja o direito do paciente escolher seu tratamento e à ortotanásia (a outros tratamentos além do curativo).

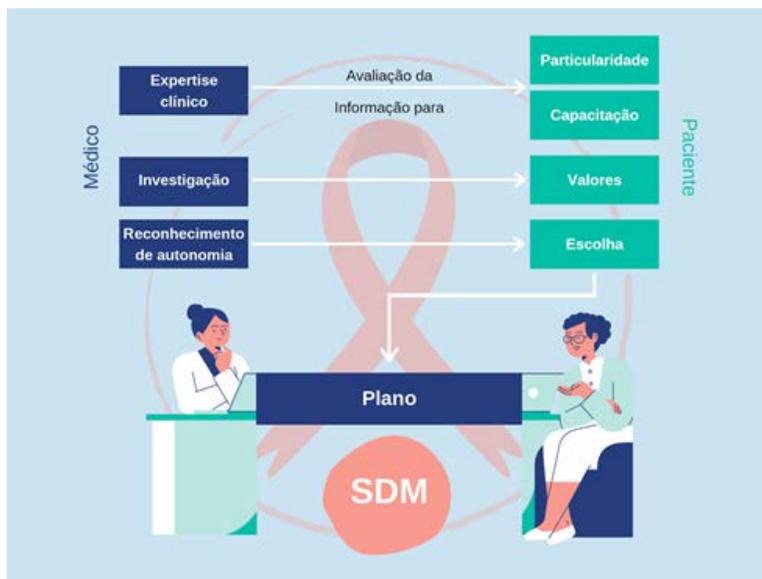
A proverbial tríade hipocrática evidencia: um médico soluciona (cura), administra (alivia) e conforta. A atuação de um médico *não* acaba com a impossibilidade de cura e todo caso apresenta possibilidade de atuação: a tentativa de confortar *sempre* é possível.

A técnica de tomada de decisão compartilhada (“*shared decision making*” em inglês, abreviada como SDM) é um modelo para colaboração entre pacientes e seus médicos na tomada de decisões quando há múltiplos tratamentos disponíveis³. Portanto, o SDM reconhece a consciência e liberdade do paciente e é de grande relevância à oncologia, afinal, frequentemente, as opções terapêuticas do paciente oncológico são variadas. A colaboração médico-paciente na tomada de decisões no ambiente clínico baseia-se no reconhecimento que, enquanto o médico apresenta expertise clínico essencial para essa tomada de decisões, o paciente apresenta conhecimento sobre seus sintomas, experiências e preferências, igualmente essencial³.

Pode-se estender o SDM para decisões além de terapêuticas curativas, como referentes à prevenção de câncer e aos cuidados paliativos do paciente³.

O SDM é composto por cinco etapas³:

1. Determinar se seu uso é crítico na situação (em detalhe abaixo);
2. Reconhecer que a decisão é do paciente;
3. Descrever as opções de tratamento disponíveis, assim como seus respectivos riscos, benefícios e certezas (em detalhe abaixo);
4. Obter as preferências e valores do paciente (em detalhe abaixo);
5. Acordar em um plano (em detalhe abaixo).



Determinar se seu uso é crítico na situação: deve-se identificar quando a tomada de decisão compartilhada é crítica visto que não são todas as situações oncológicas em que há várias opções terapêuticas disponíveis. No entanto, o SDM sempre pode ser incorporado e é crítico quando há múltiplas terapias possíveis, mas nenhuma de renome³.

Descrever as opções de tratamento disponíveis: a comunicação sobre as opções de tratamento deve ser efetiva. Portanto, a linguagem utilizada pelo médico deve ser acessível ao paciente, certificando-se que o paciente entendeu todas as opções de tratamento disponíveis, assim como todos os seus respectivos riscos e benefícios. Recomenda-se privilegiar a passagem de informações estatísticas em frequências (e.g. “X em cada 100 pessoas”) sobre porcentagens e números não interpretados. Ainda, sugere-se o uso de materiais digitais ou físicos para auxiliar no entendimento e decisão do paciente, as chamadas

ferramentas de assistência na tomada de decisão (*decision aids*, em inglês) que ampliam o conhecimento do paciente, diminuindo sua ansiedade e a possibilidade de conflitos. Essas ferramentas também podem ser usadas para a identificação dos valores, o esclarecimento das preferências do paciente e o planejamento das próximas etapas no plano, sendo a aplicação possível antes e/ou depois da consulta médica. As *decision aids* são listadas em detalhes pelos Parâmetros Internacionais de Assistência à Decisão do Paciente (*International Patient Decision Aid Standards*, em inglês: IPDAS) e devem ser elaboradas pelas equipes e profissionais que atendem o paciente oncológico. Exemplos desses instrumentos são cartazes e materiais digitais de leitura informativos³.

Obter as preferências e valores do paciente: deve-se questionar o paciente sobre seus medos e preocupações, com a possibilidade de uso de *decision aids* específicas, assim como manter-se atento ao que o paciente explicitar como preferência na consulta³.

Acordar em um plano: o plano acordado ao final entre o médico e paciente pode incluir reavaliações do tratamento escolhido após um período combinado e ir além da decisão do tratamento em si, podendo compreender a preparação para o manejo de possíveis efeitos colaterais da terapêutica escolhida e ações além da terapêutica³.

Por fim, humanizar é entender o outro como ser humano. Ser humano, culturalmente, é ser uma pessoa: um indivíduo dotado de capacidades e direitos. A tomada de decisão compartilhada entre médico e paciente humaniza. Proporcionando escolhas mais embasadas e, conseqüentemente, maior aderência à terapia, a decisão compartilhada apresenta maior chance de curar e, definitivamente, conforta.

Entendendo o paciente como ser integral

Entender um paciente como ser integral é contemplá-lo como um todo de dimensões biológicas, psicológicas e sociais⁴. Sendo essa última abordada, em maior detalhe, no próximo tópico (ver “Entendendo o paciente como ser social”). A integralidade pode ser entendida como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria por uma busca constante em ampliar a apreensão das necessidades de saúde de uma população, através do diálogo entre diferentes sujeitos e seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde⁵.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), fato que possibilitou a ampliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) aos usuários do SUS, favorecendo a integralidade da atenção à saúde. A Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de maio de 2006, regulamenta práticas como: acupuntura, fitoterapia, homeopatia e termalismo social. Em 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria nº 849, de 23 de março de 2017, incluindo práticas como meditação, musicoterapia, quiropraxia, reiki, yoga, entre outras⁶. As PICs são práticas que utilizam recursos e sistemas terapêuticos com abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde. Baseiam-se, para isso, em tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade⁷. A medicina integrativa possibilita que o indivíduo esteja no centro do cuidado em saúde, entendendo que não é a doença que define os rumos do tratamento, mas, sim, o indivíduo.

Na oncologia, as PICs objetivam integrar o cuidado ao paciente em apoio à terapêutica convencional, que inclui a quimioterapia, a cirurgia, a radioterapia, terapias alvo e imunoterapia oncológica. Essas práticas vêm sendo introduzidas como resposta a problemas e sintomas clínicos enfrentados por pacientes em tratamento oncológico. Estudos recentes apontam a eficácia das PICs frente aos efeitos colaterais das terapêuticas tradicionais, como dor, náuseas, vômitos e ansiedade, indicando melhora da qualidade de vida e, ainda, melhora de outros desfechos oncológicos, dos pacientes. Algumas das práticas empregadas são: práticas baseadas na biologia, como vitaminas e suplementos dietéticos; técnicas mente-corpo, como: yoga, meditação e artes expressivas; práticas de manipulação corporal, como reflexologia, massagem e exercícios; terapias energéticas, como reiki; sistemas médicos tradicionais, como medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica⁸. A escolha da complementação terapêutica adequada deve ser realizada pelo profissional de saúde de forma individual para a prevenção de agravos à saúde no paciente oncológico.



Um conceito importante dentro da oncologia é o de qualidade de vida, que por definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é descrita como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁹. A avaliação da qualidade de vida abrange dimensões física, funcional, emocional, familiar, social e espiritual. Nesse sentido, entende-se que as terapêuticas tradicionais propostas para o tratamento oncológico, apesar de contarem com benefícios que muitas vezes superam os malefícios dos efeitos adversos, deixam sequelas negativas aos domínios físicos, emocionais, sociais e psicológicos, que afetam diretamente a qualidade de vida do indivíduo. Por isso, faz-se necessária a busca ativa por alternativas que amenizem esse quadro, como as PICs¹⁰.

Técnicas mente-corpo: arteterapia e meditação

A arteterapia utiliza uma variedade de modalidades expressivas, como pintura, modelagem, música, poesia, dramatização e dança, para estimular a expressão criativa, auxiliar no desenvolvimento motor, no raciocínio e no

relacionamento afetivo. A arte possibilita a ressignificação de conflitos e a reorganização de idéias internas, ampliando a percepção do indivíduo sobre si e o mundo. A possibilidade de expressar conteúdos subjetivos, muitas vezes difíceis de serem verbalizados, torna essa prática integrativa um instrumento valioso para a promoção da saúde e da qualidade de vida, especialmente entre pacientes oncológicos¹¹.

Na literatura, evidências mostram que oportunizar aos pacientes com câncer a vivência do processo artístico pode favorecer a ressignificação da própria vida, ao passo que são aprendidas novas formas de lidar com a realidade vivenciada da doença e do tratamento. Diversos são os benefícios relatados da arteterapia na oncologia. Entre eles, a promoção do autoconhecimento, o resgate da autoestima, a sensação de bem-estar e felicidade e a redução do estresse possibilitam a criação de uma visão de futuro e o desejo de mudanças. A ocupação das horas ociosas com as práticas expressivas, até mesmo durante as sessões de quimioterapia, promove relaxamento e bem-estar dos pacientes e seus acompanhantes, tornando o tempo de espera mais produtivo. Além dos benefícios já citados, a arteterapia facilita o diálogo entre paciente, familiares e profissionais de saúde ao possibilitar novas formas de expressão¹¹.

A meditação *mindfulness*, também conhecida como atenção plena, é uma prática de harmonização dos estados mentais, que consiste em exercícios de respiração e consciência corporal, os quais ajudam na concentração em percepções do momento presente. Pesquisadores defendem que a meditação é uma intervenção eficaz, de baixo custo e de fácil incorporação na prática clínica e deve ser implementada por enfermeiros durante o momento estressante de formalização do tratamento oncológico, assim como na retomada das atividades e estilo de vida do indivíduo, a fim de melhorar o estado psicológico e a qualidade de vida dos pacientes¹². A participação de familiares na prática de meditação deve ser estimulada, uma vez que cuidar do cuidador é muito importante para auxiliar no enfrentamento da doença¹³.

A meditação é benéfica para o sistema cognitivo, estimula a concentração, auxilia na percepção das sensações físicas e emocionais, promove a autodisciplina no cuidado à saúde e o bem-estar, reduz estresse e sintomas depressivos e propicia maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. Além disso, a prática melhora a capacidade de enfrentamento da doença, reduz o medo de recorrência e ajuda a enfrentar o medo da morte, que sempre

acompanha o diagnóstico de câncer. Em estudos, observa-se nível “A” de evidência na redução do estresse, da depressão e da fadiga; e nível “B” de evidência na melhora da qualidade de vida¹².

O manejo da dor do paciente oncológico adulto como prática integral

A dor é uma sensação vivenciada pelo menos uma vez na vida de cada indivíduo, que assim a interpreta e a sente de maneira individual e subjetiva. De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional com caráter desagradável, que pode ser associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial¹⁴. A dor é considerada o quinto sinal vital e é um sintoma frequentemente relatado por pacientes oncológicos, que a descrevem não apenas como uma experiência dolorosa relacionada à doença, mas associada também às condutas terapêuticas contra o câncer¹⁵. O conceito de dor total, criado por Cicely Saunders em 1965, descreve a dor a partir de uma visão multidimensional, que não contempla apenas a dimensão física, mas também características biopsicossociais do ser humano, ressaltando os componentes sociais, emocionais e espirituais de cada indivíduo¹⁶.

Estatísticas apontam que o Brasil é o segundo país da América Latina em que os portadores de câncer mais sentem dor. Dentre esses pacientes portadores de dor oncológica, 24,5 a 46,6% têm sua dor inadequadamente controlada. Sabe-se que o controle efetivo da dor oncológica requer métodos sistemáticos para sua avaliação, protocolos específicos para uma terapêutica adequada e uma equipe multidisciplinar habilitada, principalmente em se tratando de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, em que o cuidar centra-se na palição¹⁷.

A dor no paciente oncológico deve ser avaliada e tratada de forma integral e individual, com a finalidade de promover uma assistência adequada. Compreender a diferença entre avaliar e mensurar a dor é imprescindível para descobrir a natureza e o significado da experiência dolorosa em todas as dimensões, indo além da quantificação da percepção algica. Para mensurar e avaliar a dor, utiliza-se escalas, entre elas: escala verbal numérica, escala visual analógica, escala de faces e questionário de McGill. As escalas avaliam a magnitude da intensidade dolorosa e, como no caso do questionário de McGill,

avaliam dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, com objetivo de facilitar o planejamento de intervenções efetivas¹⁷.

A combinação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos possibilita uma terapêutica mais eficaz, contemplando a dor não apenas em sua dimensão física, mas também em sua dimensão emocional, psicológica, espiritual e religiosa, proporcionando conforto e ressignificação de valores e crenças e contemplando o indivíduo integralmente¹⁸. Medidas não farmacológicas vêm sendo cada vez mais implementadas para o tratamento complementar da dor, dentre elas: o toque terapêutico, o Reiki, a fitoterapia, a terapia floral, a acupuntura, as terapias corporais oriundas das medicinas orientais e as práticas de meditação e relaxamento. Evidências mostram que a associação dessas práticas à abordagem tradicional (uso de analgésicos opióides ou não opióides) possibilitam a redução significativa no uso de medicamentos e uma boa resposta ao enfrentamento e controle da dor¹⁹. Uma revisão sistemática e metanálise publicadas em 2016, sobre acupuntura e dor oncológica, sustentam essa prática como um tratamento eficaz para alívio da dor em pacientes com câncer, particularmente quando a dor está associada à malignidade ou é induzida por cirurgia²⁰.

Entendendo o paciente como ser social

A palavra rede é definida como um entrelaçamento de fios, com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido. Esse conceito, quando explorado no campo da saúde, é utilizado como instrumento de análise para medir o apoio social e seu impacto na saúde física e mental do indivíduo. A rede de apoio ao paciente é formada por atores sociais, que através da comunicação, empatia e amizade, envolvem o paciente que necessita de amparo durante o momento difícil que é o diagnóstico e o tratamento oncológico. Essa rede de suporte pode ser formada por familiares, amigos, vizinhos ou até colegas de trabalho. Ela serve não somente para o apoio emocional e social, mas também para o auxílio com o dia a dia, com informações e situações econômicas²¹. Dessa forma, a rede de apoio constitui um grupo muito importante para o acompanhamento do paciente oncológico, pois ela traz maior segurança e adesão ao tratamento, forma um vínculo social de assistência mútua e, nos casos de hospitalização, ela é a conexão entre o paciente e o ambiente extra-hospitalar²².

De acordo com Hauken e Larsen (2019) existem duas teorias para explicar a relação entre ter uma rede de apoio e o bem-estar do paciente, são elas a teoria do efeito principal e a teoria do efeito “tampão” (*buffer*, em inglês). A primeira diz respeito à influência direta que o apoio social tem na saúde e no bem-estar, isso através da previsibilidade, estabilidade, segurança, autovalorização, sentimento de pertencimento e de propósito. Já a segunda se refere ao fato de que o suporte social, por meio da rede de apoio, funciona como um “tampão” ou um “amortecedor” contra os efeitos adversos provenientes de um momento de grande estresse como o diagnóstico ou tratamento do câncer. Dessa forma, essa assistência emocional ajuda muito no processo de lidar com a situação estressora e promove o bem-estar mútuo, tanto do paciente quanto da família.

Em 2008, o Instituto de Medicina (*Institute of Medicine - IOM*) recomendou que o atendimento das necessidades psicossociais deve fazer parte da qualidade do cuidado do paciente com câncer e de seus familiares²³. Esse direcionamento ao cuidado biopsicossocial possui o objetivo de melhorar a angústia e a ansiedade, a qualidade de vida e a redução de sofrimento da pessoa com câncer e de seus familiares/cuidadores^{24,25}. Assim, essa intervenção psicossocial inclui educação, treinamento comportamental, intervenção em grupo e psicoterapia individual. Além disso, quando o câncer é avançado – câncer que não pode ser curado²⁶ –, o cuidado paliativo precoce, que é administrado nas primeiras oito semanas desde o diagnóstico, é baseado nos objetivos realistas e alcançáveis de tratamento e no fornecimento de informações e avaliações de forma clara ao paciente e seus familiares para possível preferência em relação ao planejamento dos cuidados e tratamentos²⁴.

O aconselhamento educacional é uma das terapias aconselhadas para melhora da qualidade de vida do paciente e consiste em informações e conselhos sobre a doença sendo realizado por diferentes profissionais da equipe de tratamento. Outro exemplo são as terapias comportamentais que são voltadas para o auto regulamento e que contribuem para a redução de náuseas e vômitos, auxiliam na fadiga e no alívio da dor, sendo incluídas atividades como exercícios de relaxamento, ensaio de eventos temidos, imagens visuais para distração e auto hipnose. Além dessas, a terapia em grupo também possui função educacional através do compartilhamento de experiências, problemas e soluções além da possibilidade do sentimento de identificação entre os pacientes. O *mindfulness*, aconselhamento religioso e espiritual também são

formas de auxiliar na ansiedade e sintomas depressivos e crises existenciais dos pacientes²⁵.

Incluir a família em algumas sessões psicoterápicas pode melhorar o apoio e a qualidade de vida do paciente²⁵. Através desse contato, os familiares possuem comunicação melhorada com os profissionais da equipe oncológica – médicos, enfermeiros, psicólogos, serviço social etc. – e consequentemente, maior acesso à veracidade das informações. Além disso, para pacientes internados, a presença de membros da família representa o contato com o ambiente externo e reafirmação de sua própria existência e garantindo sua relação com sua rede social²².

A equipe multidisciplinar

A equipe multidisciplinar no tratamento oncológico é de fundamental importância. Nota-se, por exemplo, o importante papel do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Estes ajudam a mulher a manter o bem-estar psicológico durante o processo. Estudos demonstraram que pacientes nesta situação que recebem atendimento psicológico possuem melhor ajustamento à doença, diminuição das oscilações emocionais, melhor adesão ao tratamento e aumento no tempo de sobrevivência²⁷.

Assim como os psicólogos, a equipe de enfermagem é essencial no processo do tratamento de câncer de mama em mulheres. A esta equipe estão atribuídos as seguintes funções: realizar atendimento integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem (coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolo ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão); realizar atenção domiciliar, quando necessário; manter a disponibilidade de suprimentos; coordenar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem²⁸.

Observa-se também a relevante atuação dos farmacêuticos na atenção oncológica que, não somente entregam a medicação com garantia de qualidade, como acompanham o resultado do tratamento. O acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes ambulatoriais é feito pelo profissional farmacêutico. O objetivo deste é promover o uso seguro dos medicamentos e a efetiva adesão ao tratamento, em busca sempre do melhor resultado terapêutico²⁹.

De maneira geral, antes do tratamento de um câncer, o paciente precisa realizar todos os tratamentos odontológicos. O cirurgião-dentista assume sua função ao eliminar ou estabilizar manifestações de doenças bucais que possam ocorrer durante ou após o tratamento oncológico. Este profissional também é capacitado a acompanhar possíveis sequelas resultantes do tratamento oncoterápico³⁰.

O trabalho do fisioterapeuta diminui a dependência funcional e consequentemente melhora a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Atuando no processo de recuperação total do doente e combate alguns efeitos como dores crônicas e dispnéia, resgata a mobilidade de músculos e ajuda aqueles que tiveram membros amputados a se adaptarem a próteses, restaurando a autonomia e combatendo sequelas. É importante também ressaltar a atuação desses profissionais nos cuidados paliativos, tentando manter o bem-estar dos pacientes sem chance de cura³¹.

Existem outros profissionais, de igual importância, que podem ser citados e abordados. A visão de que o médico é o único profissional responsável pelo resultado do tratamento oncológico é equivocada. Pode-se observar a importância do trabalho em equipe para o sucesso terapêutico do doente.

Referências

1. INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatísticas de câncer [Internet]. 4 mar. 2021. 2021 [citado 17 de dezembro de 2020]. p. 1. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
2. OPAS; OMS. Câncer [Internet]. oct. 2020. 2020 [citado 17 de dezembro de 2020]. p. 1. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>
3. Politi, Mary C.; Studts, Jamie L.; Hayslip JW. Shared Decision Making in Oncology Practice: What Do Oncologists Need to Know? *Oncologist*. 2012;17(1):91–100.
4. Lopes, Dulce Duarte; Rodrigues, Fernanda Deotti; Barros NDV de M. Para além da Doença: Integralidade e Cuidado em Saúde. 2012;6(01):68–73.
5. Pinheiro, R; Mattos, R; Sayd JD. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2002;12(1):179–203.
6. Ministério da Saúde. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. 1º ed. Neto JS, organizador. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2018. 58 p.
7. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud Avancados*. 2016;30(86):99–112.

8. Siegel P, Barros NF De. O que é a Oncologia Integrativa? What is Integrative Oncology? *Cad Saúde Coletiva*. 2013;21(3):348–54.
9. OMS. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
10. Qureshi M, Zelinski E, Carlson LE. Cancer and Complementary Therapies: Current Trends in Survivors’ Interest and Use. *Integr Cancer Ther*. 2018;17(3):844–53.
11. Da Silva, Maria Edna Bezerra; Torres, Quitéria Silva do Nascimento; Barbosa e Silva, Thaline; Araújo, Cleide de Sousa; Alves TL. Práticas Integrativas e Vivências em Arteterapia no Atendimento a Pacientes Oncológicos em Hospital Terciário. *Rev Portal Saúde e Soc*. 2018;3(1):721–31.
12. Araujo RV, Fernandes AFC, Nery IS, Andrade EMLR, Nogueira LT, Azevedo FHC. Efeito da meditação no nível de estresse psicológico de mulheres com neoplasia mamária: revisão sistemática. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2019;53(03):1–10.
13. INCA. Meditação ganha aval da ciência e torna-se aliada no tratamento do câncer. mar 2018 [Internet]. 2018;34–8. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rrc-40-assistencia-respirar-e-sentir.pdf>
14. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–82.
15. Pessoa B de P, Pimenta FB, Carvalho ACG. Dor Do Paciente Oncológico: Avaliação Do Acompanhamento Humanizado, Por Parte Dos Enfermeiros. *Rev Interdiscip do Pensamento Científico*. 2018;4(2):236–76.
16. Hennemann-krause L. Dor no fim da vida: Avaliar para tratar. *Rev do Hosp Univ Pedro Ernesto, UERJ*. 2012;11(2):26–31.
17. Andrade, Fábía Leticia Martins de; Sousa e Silva, Monique Ellen de; Macêdo, Elton de Lima; Brito, Débora Tháise Freires de; Sousa, Alana Tamar Oliveira de; Agra G. DOR ONCOLÓGICA: avaliação realizada por enfermeiros Fábía. *Rev Iniciação Científica da Univ Val do Rio Verde*. 2017;7(1):44–58.
18. Rocha, Amanda De Fatima Portugal; Sposito, Amanda Mota Pacciulio; Bortoli, Paula Saud de; Silva-Rodrigues, Fernanda Machado; Lima, Regina Aparecida Garcia de; Nascimento LC. O Alívio Da Dor Oncológica : Estratégias Contadas Por Adolescentes com Câncer. *Texto Context Enferm*. 2015;24(1):96–104.
19. Pereira RD de M, Silva WWO da, Ramos JC, Alvim NAT, Pereira CD, Rocha TR. Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. *Revista Enferm UFPE line*. 2014;9(2):710–7.
20. Chiu HY, Hsieh YJ, Tsai PS. Systematic review and meta-analysis of acupuncture to reduce cancer-related pain. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(2).
21. Hauken MA, Larsen TMB. Young adult cancer patients’ experiences of private social network support during cancer treatment. *J Clin Nurs*. 2019;28(15–16):2953–65.

22. Sales CA, Grossi ACM, De Almeida CSL, Donini E Silva JD, Marcon SS. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. *ACTA Paul Enferm.* 2012;25(5):736–42.
23. Adler NE, Page AEK. Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 2008. 456 p.
24. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(6):1–95.
25. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA Cancer J Clin.* 2015;65(4):299–314.
26. American Cancer Society. Understanding Advanced and Metastatic Cancer [Internet]. 2020 [citado 9 de dezembro de 2020]. p. 1–26. Disponível em: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/advanced-cancer/what-is.html#references>
27. Venâncio JL. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Rev Bras Cancerol.* 2004;50(1):55–63.
28. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 02 ed. Pinto HA, organizador. *Cadernos de Atenção Básica n. 13*. Brasília - DF: Editora MS; 2013. 124 p.
29. INCA. Os múltiplos papéis do farmacêutico na atenção oncológica. Rede Câncer n° 24 [Internet]. 2013;24–9. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media_root/rrc-24-educacao-os-multiplos-papeis-do-farmacutico-na-atencao-oncologica.pdf
30. Vieira DL, Leite AF, Melo NS, Figueiredo PT de S. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. *Oral Sci.* 2012;4(2):37–42.
31. INCA. Reabilitação após o câncer. Rede Câncer [Internet]. 2009;18–22. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//assistencia-rede-cancer-16.pdf>

9

HUMANIZAÇÃO NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Amanda Natália Buiar¹; Gabriela Barcella²;

Gabriella Mara Arcie³;

Maria Augustta Pacheco de Carvalho Guarenghi⁴;

Maria Fernanda Risso⁵; Marina Vieira de Souza⁶;

Rafaela Ceschin Fernandes⁷; Thais Cristina Marques Simão⁸.

Revisora:

Iolanda Galvão⁹.

1. Medicina - 10º período - UP.

2. Medicina -10º período - PUCPR.

3. Medicina - 7º período FEMPR.

4. Psicologia - 8º período - PUCPR.

5. Medicina - 6º período - UFPR.

6. Psicologia - 11º período -PUCPR.

7. Medicina - 10º período - FPP.

8. Psicologia - 7º período - PUCPR.

9. Possui graduação em Psicologia pela PUCPR (1992/1996). Atua desde então em Hospital Oncológico, desenvolvendo suas atividades com crianças e adolescentes oncológicos, em Pediatria, Uti Pediátrica, Transplante de Medula Óssea, Cuidados Paliativos, Grupo de Luto e Comitê de Ética e Pesquisa.

Introdução

O câncer infantil no Brasil

De acordo com o INCA (Instituto Nacional do Câncer), integrante do Ministério da Saúde, o câncer é subentendido como um grupo de mais de 100 doenças que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células anormais, este crescimento pode acontecer em qualquer lugar do organismo. Estas células se dividem rapidamente e tendem a ser agressivas e incontroláveis, a consequência desse movimento desordenado é a formação de tumores¹. Diferentemente do câncer em adultos, que pode ser causado por inúmeros fatores de risco, como tabagismo, estilo de vida, alimentação, trabalho etc., a doença em crianças tem a causa, em grande maioria, desconhecida².

O câncer infantojuvenil se difere do câncer no adulto principalmente em relação a localização da doença. Em crianças, geralmente afeta células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. A maioria dos tumores que as afetam são as leucemias, atingindo os glóbulos brancos, os tumores que atingem o sistema nervoso e os linfomas. Outros tumores que também podem acometer crianças e adolescentes são o neuroblastoma, tumor de células do sistema nervoso periférico que frequentemente se localiza na região abdominal; o tumor de Wilms, um tipo de tumor renal; o retinoblastoma, na retina; o tumor germinativo, que afeta as células originárias nos ovários e nos testículos; o osteossarcoma, caracterizado como um tumor ósseo e os sarcomas que são tumores de partes moles¹.

No Brasil e em países desenvolvidos, o câncer é a causa número um de mortes em crianças e adolescentes de 1 a 19 anos. Ainda que seja a maior causa de morte deste grupo etário, nos dias de hoje, aproximadamente 80% das crianças e adolescentes são curados da doença se tiverem o diagnóstico precoce¹. A sintomatologia do câncer na infância pode ser igual a de doenças que são comuns para a idade, o que torna mais difícil o diagnóstico, ainda assim, quando descoberta, muitas vezes a criança inicia o tratamento em bom estado de saúde¹.

O tratamento é geralmente realizado por meio de 3 modalidades principais: a quimioterapia, a cirurgia e a radioterapia. Entretanto, no caso de algumas leucemias e alguns casos de neuroblastoma, há também a possibilidade de transplante de medula óssea e transplante autólogo, respectivamente. A modalidade de tratamento é escolhida de acordo com cada indivíduo, levando

em conta o tipo de câncer, as características do tumor, a extensão da doença, entre outros fatores. É imprescindível, para que o tratamento tenha sucesso, a presença de uma equipe multiprofissional composta por oncologistas pediatrias, cirurgiões pediátricos, radioterapeutas, patologistas, radiologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, odontólogos, terapeutas ocupacionais¹.

Tão importante quanto o tratamento do câncer em si é a atenção dada aos aspectos sociais da doença, uma vez que a criança e o adolescente doente devem receber atenção integral. A cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente. Nesse sentido, deve ser dado suporte psicossocial ao paciente e aos seus familiares desde o início do tratamento¹.

Be-a-b-á do câncer

O Beabá é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, formada por pacientes e profissionais da saúde, criativos e empreendedores que utilizam tecnologia de informação na oncologia. O objetivo do Beabá (be-a-bá) é desmistificar o câncer e informar de maneira clara, objetiva e otimista, através de um guia rápido que contém informações sobre o câncer e o tratamento destinado a crianças, adolescentes e acompanhamento para os responsáveis. São mais de 100 termos do ambiente oncológico, ilustrados e explicados, as informações são acessíveis para a idade das crianças e adolescentes, o que ajuda a sanar as dúvidas e conseqüentemente, aumentar o engajamento no tratamento. Além do guia, o Beabá desenvolveu um aplicativo de *game* para informar as crianças de maneira divertida. A cada ano o Instituto Beabá também organiza *campings* em parceria com a Fundação Acampamento Paiol Grande levando crianças e adolescentes em tratamento oncológico e seus acompanhantes para aprender sobre a doença e o tratamento fora do contexto original, possibilitando sua ressignificação e superação com muita diversão e educação. O instituto existe há mais de 6 anos e já beneficiou mais de 30.000 pacientes³⁴.

O manejo da dor

Um ponto de destaque quando falamos de saúde e hospitalização no contexto oncológico, é a dor. A dor é uma experiência desagradável que re-

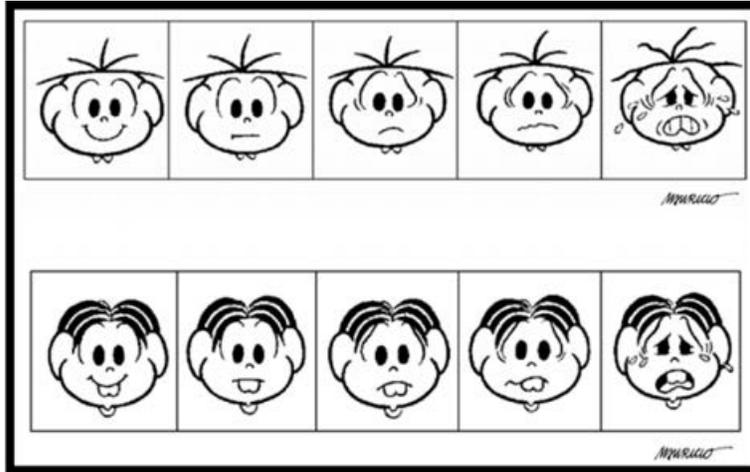
sulta de respostas físicas e psicológicas à injúria. A sensação dolorosa resulta de estímulos à receptores corporais e sensibilização do sistema nervoso central gerando uma sensação de desconforto com intuito de proteger o organismo de possíveis danos. Essa sensação pode estar presente nos pacientes oncológicos e gerar certo incômodo podendo cronificar-se mesmo após o tratamento³.

A importância de abordar o manejo da dor na oncologia reside no fato de que muitas vezes o próprio conhecimento do mecanismo da dor é uma das estratégias de enfrentamento. A educação em dor é necessária para que sejam feitos planos terapêuticos em conjunto do paciente e família e para elaboração de uma prescrição efetiva de alívio à dor⁴.

No caso de crianças e adolescentes, Barros (2010), esclarece que há alguns modelos para “medir” a dor pediátrica, isso porque, dependendo da idade dessa criança é difícil que ela saiba expressar a diferença das sensações. Indicadores fisiológicos, comportamentais, emocionais e cognitivos são usados como base para avaliar a intensidade da dor, mas sempre que é possível, o mais adequado é utilizar um sistema de autoavaliação do paciente, já que a dor é uma experiência subjetiva. A técnica de medidas observáveis que a autora⁵ apresenta é a Escala de Observação Comportamental. Essa técnica normalmente é utilizada com crianças menores de 4 anos, onde por meio de *checklist* são observados e registrados sinais de dor e de perturbação (como grito e choro) antes, durante e após o procedimento, levando em consideração também a frequência dos comportamentos.

A técnica de autoavaliação apresentada, é a Escala de Autoavaliação da Dor e/ou Ansiedade, na qual a criança recorre a escalas numéricas ou análogos visuais (FIGURA 1), comparando à sua dor, com classificações que normalmente vão de 0 a 6, indo de “sem dor” até “pior dor possível”. Segundo Costa, Lima e Ferrari (2012), normalmente é a equipe de enfermagem que organiza o gerenciamento da dor, isto é, “pela maior proximidade com o paciente, identifica, avalia e notifica a dor, programa a terapêutica farmacológica prescrita, prescreve algumas medidas não farmacológicas e avalia a analgesia” (p. 902)⁶.

Figura 1- Escala análogo visual de faces para autoavaliação de dor.



Fonte: Claro, M. T. (1993)⁷.

Adaptação da rotina e as classes hospitalares

O câncer infanto-juvenil é um modificador significativo da vida da criança, implicando em momentos de sofrimento e expectativas intensas⁸. Contudo, cada criança enfrenta essa situação de um modo particular. Alterações de humor são comuns dada exposição a tratamentos invasivos e complexos, como a quimioterapia, além da submissão a diversos procedimentos médicos e da falta de compreensão do que está acontecendo. Além do impacto biológico, outras dimensões da vida da criança são afetadas, como o convívio social e a escolaridade, por isso é notado um aumento de casos de depressão, ansiedade, retraimento, tristeza e revolta nessa parcela populacional.

Segundo a OMS, a saúde é definida como um conjunto de bem-estar físico, mental e social, não implicando apenas na ausência de doença⁹, logo sofre influências multidimensionais. A Lei Orgânica da Saúde (8.080) diz ainda que os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença incluem: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais para a saúde¹⁰. Na assistência ao paciente oncológico pediátrico, o enfoque não se limita apenas à cura, mas à integralidade do paciente, levando em consideração fatores físicos, psicológicos, cognitivos e sociais. Logo, o atendimento deve ter uma visão holística e multidisciplinar, visando uma abordagem humanizada. O cuidado da criança deve compreender suas singularidades e as

etapas da infância, independentemente de sua condição¹¹. Para tal, são necessárias ações de saúde como disponibilidade, atitude de aceitação e de escuta e a manutenção do ambiente terapêutico¹².

O período de adoecimento pode levar o paciente a se afastar de espaços de convívio social, como a escola. Este local é indispensável para o desenvolvimento cognitivo e social do indivíduo. Logo, pacientes com câncer que não podem comparecer às aulas devem receber tratamento excepcional, como consta no decreto-lei nº 1.044 (21/10/1969)¹³. Essa lei garante compensação da ausência às aulas, exercícios domiciliares com acompanhamento da escola, sempre que compatíveis com o estado de saúde e possibilidade do estabelecimento. Entretanto, o sistema escolar muitas vezes não responde às necessidades desses alunos. A Política Nacional de Educação Especial (Brasil/ MEC, 1994;1995), propõe que a educação no hospital seja realizada por meio da organização de classes hospitalares¹³. Estas, se voltam ao atendimento educacional dos alunos que não podem frequentar as aulas em razão do tratamento ou internação. No hospital, o professor deve adaptar a programação em andamento a esses alunos¹¹. Esta modalidade de ensino é essencial para o tratamento integral do paciente, uma vez que proporciona o sentimento de pertencimento social e de autonomia.

O professor tem função ímpar no ambiente do hospital, visto que proporciona um elo com a escola que o paciente já frequentava antes de ser hospitalizado, o que promove um melhor entendimento das necessidades do aluno¹⁵. Além do elo com a escola, é necessário que haja uma visão integral do sujeito, ou seja, um ser indissociável das esferas pedagógicas¹⁵.

Sacool, Figuera, Dorneles (2004), citados por Xavier et al (2013), discorrem sobre como a classe hospitalar, por possibilitar um olhar integral e se apresentar como um recurso externo à disposição da criança, pode possibilitar maior equilíbrio emocional amenizando a angústia gerada pelo adoecimento. Além disso, também pode evitar que as crianças e adolescentes hospitalizados sejam estigmatizados ou desacreditados de suas potencialidades¹⁶.

Durante as classes hospitalares é imprescindível que o aluno se torne ativo, agente, no ambiente pedagógico hospitalar, assim como nos ambientes escolares que frequentava antes da internação. Neste momento não se pode colocar o sujeito em lugar de paciente, como passivo ao contexto, “é interessante observar que há hábitos e rotinas nos hospitais e é importante desmistificar este ambiente como local de “coitados” e “incapazes” de ser e estar.”¹⁵.

De acordo com Xavier et al (2013), um estudo realizado por Fontes no ano de 2005 revelou que as interações das crianças umas com as outras aumentava durante as atividades educativas, e, a partir disso, elas passavam a apresentar maior solidariedade em relação ao outro, o que facilita a comunicação e a compreensão do que está acontecendo com elas no seu contexto de vida. Para a autora, estes dados mostram como as classes hospitalares podem ajudar tanto em relação com o tratamento, como nas relações interpessoais dos pacientes¹⁷.

A reinserção escolar da criança ou adolescente após o término do tratamento oncológico implica em uma grande rede de apoio com suporte psicológico. Os primeiros passos da reinserção englobam a compreensão, por parte do paciente, das lembranças do diagnóstico e as expectativas para o retorno à escola. Uma vez que o retorno tenha sido concluído, enfrentam-se os desafios à adaptação, como a falta de estrutura escolar e dificuldades de adaptação ao novo meio. Contudo, o trabalho de uma equipe multiprofissional pode fornecer o auxílio à retomada das atividades acadêmicas e ensinar sobre como conviver com as limitações do tratamento¹⁸. A reinserção escolar, além de ser um local de acolhimento, está associada positivamente à autoestima e ao resgate de amizades.

Os cuidados com a rede de apoio

A prática do cuidar no setor da oncologia infanto-juvenil é desafiante e necessita de habilidades de resiliência emocional, humanização, responsabilidade e compromisso. O grupo de cuidadores que envolve esses pacientes não compreende apenas os profissionais de saúde, mas também os pais e familiares. Estes enfrentam uma mudança brusca de sua rotina, com níveis elevados de sobrecarga física, emocional e social.

A presença de uma estrutura organizacional multidisciplinar que objetiva trabalhar em prol do aperfeiçoamento do tratamento oncológico pediátrico é de suma importância. A rede de apoio deve existir desde o diagnóstico, se mantendo durante todo tratamento e tendo continuidade após a realização deste. Essa estrutura pode ser composta por profissionais das mais diversas áreas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, pedagogas, nutrôlogas, nutricionistas, entre outros, sempre de acordo com as necessidades do paciente e familiares¹⁹.

A assistência biopsicossocial do paciente deve ser realizada sempre através do diálogo com o paciente e familiares, buscando suas necessidades, oferecendo uma escuta ativa de suas dificuldades e debatendo com uma equipe multidisciplinar quais as melhores condutas a serem realizadas¹⁹. Um cuidado humanizado deve oferecer também ambiente adequado aos marcos de desenvolvimento da criança e adolescente, de modo que haja preservação de atividades cotidianas importantes para seu bem-estar²⁰.

Segundo Ribeiro (1994), o processo de adoecimento do paciente oncológico perpassa três fases, de acordo com os sentimentos vivenciados por ele e por sua família: a fase aguda, a fase crônica e a fase de resolução²¹. Na fase aguda, ocorre a partir do diagnóstico e é caracterizada por intenso sentimento de angústia, dor e medo. A partir da aceitação do diagnóstico, inicia-se a fase crônica. Nela, a criança dá início ao tratamento e os familiares passam a se organizar para acompanhar o filho durante o processo terapêutico. Ao final do curso da doença, pode haver remissão ou o processo de falecimento, e, assim como na fase aguda, os familiares vivenciam grande estresse, gerado pelo medo e pela incerteza diante da doença.

Os pais, a partir do diagnóstico, passam, portanto, por um sofrimento emocional intenso e este pode se tornar um potencial desestruturador da família²². Nesse aspecto, a espiritualidade e a religião podem auxiliar no processo de enfrentamento da doença, na medida em que promovem conforto e esperança diante de momentos difíceis²³. Além disso, grupos de apoio a cuidadores, acompanhados por profissionais da psicologia, permitem a externalização de sentimentos, assim como a ressignificação da doença²⁴.

Os profissionais envolvidos com pacientes oncológicos também são submetidos a altos níveis de estresse, por estarem em contato constante com situações de sofrimento, dor e angústia. O estresse está relacionado ao desenvolvimento de condições agudas e crônicas que incluem insônia, hipertensão, diabetes e a Síndrome de Burnout. O Burnout é caracterizado por um estado de estresse crônico que leva à exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Quando relacionado ao ambiente de saúde, constitui um risco ocupacional de impacto direto sobre a qualidade de atendimento prestado ao paciente e o bem-estar do profissional de saúde²⁵.

Com o intuito de cuidar desses profissionais e familiares, as Unidades de Saúde fornecem redes de apoio psicossociais, com um espaço de acolhimento e aprendizado¹¹. A psicologia desempenha um papel central nesse

quesito, uma vez que trabalha com aspectos inerentes à subjetividade humana, abordando medos, receios e traumas. O desenvolvimento da abordagem pode se dar por terapia individual, sessões temáticas e grupos de apoio. Além do suporte psicológico, o cuidador pode se beneficiar de atividades que propiciem o autocuidado e a qualidade de vida²⁶.

Hospitais públicos e privados referência no tratamento de pacientes onco-pediátricos

Para amenizar os efeitos negativos do tratamento nos pacientes, em 2003, através do SUS, foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) que desenvolve ações relacionadas à acessibilidade, acolhimento e ambiência com o objetivo de efetivar os princípios do SUS. Dentre os principais propósitos do HumanizaSUS, destacam-se a integração entre trabalhadores, usuários e gestores, divulgação da PNH, ampliando os processos de formação de conhecimento, além de priorizar a atenção básica e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários. Atuando, dessa forma, transversalmente às demais políticas de saúde, a fim de interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS^{27,28}.

Para que esses objetivos sejam atingidos, as principais atribuições da PNH são: o fortalecimento do trabalho em equipe, o apoio a construção de redes comprometidas com a produção de saúde, organização de espaços acolhedores, desenvolvimento de tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e atenção²⁸.

Como exemplo de hospitais públicos que investiram em projetos de ambientação, está o Hospital Federal dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, o qual a mudança dos espaços onde crianças com câncer fazem tratamento foi realizado com grande cuidado através de um massivo investimento no espaço. A sala de quimioterapia foi transformada em um imenso fundo do mar, símbolo de aconchego e recolhimento. A partir de 2013, foram implementadas iniciativas do setor público do Rio de Janeiro, em grandes projetos de ambientação ligados à oncologia pediátrica, como o caso do Hospital Estadual da Criança, que teve o setor de quimioterapia e um tomógrafo ambientados com temática interplanetária^{29,30}.

Figura 2 - Sala de quimioterapia humanizada do Hemocentro do Rio de Janeiro (Hemorio)



Fonte: HUMANIZAÇÃO em Oncologia Pediátrica: UMA EXPERIÊNCIA DE AMBIENTAÇÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS NO RIO DE JANEIRO. Instituto Desiderata, Rio de Janeiro, 2015.

Agora no Hospital de Clínicas/UFPR, no Paraná, o Ambulatório de Oncologia Pediátrica ganhou o mascote Robinho, o Robô corajoso, com as Histórias Orientativas do Robinho. A narrativa trata de um robô que precisa fazer quimioterapia e mostra as etapas do tratamento, ajudando as crianças a passarem por essa árdua fase³¹.

O Hospital de Barretos, também conhecido como Hospital do Amor, é um grande modelo de atendimento humanizado no tratamento de câncer de crianças. Surgiu em 24 de março de 1962, no centro da cidade de Barretos, no interior de São Paulo e tem como visão ser reconhecido de forma internacional exatamente pelo ótimo atendimento e excelência na prestação de serviços, com ênfase na humanização ao paciente do sistema único de saúde³³.

Além disso, a missão do hospital é promover saúde através de atendimento médico hospitalar qualificado em oncologia, de forma que eles estimulam a pesquisa e contribuem com inovações em tratamentos oncológicos. Os valores que eles se baseiam são: amor, humanização, honestidade, humildade, ética, respeito, comprometimento, trabalho em equipe, gratidão aos doadores e responsabilidade social³⁴.

Todos os funcionários do Hospital trabalham seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização e a prioridade do tratamento é a criança, o bem-estar dela e o desenvolvimento. Os quartos são pensados de forma a estimular a criatividade da criança, podendo desenhar, brincar e se sentir

acolhida. Antes de entrar em cirurgia, os médicos dançam e brincam com as crianças, e elas também podem ir dirigindo um carro de brinquedo até o centro cirúrgico. Os enfermeiros levam brinquedos na hora de fazerem exames invasivos e demonstram antes em bonecos o que será feito, também para promover o conforto da criança³³. E em datas festivas como Páscoa, Carnaval, Festa Junina e Natal, são feitas festas para as crianças com todo cuidado e pensado especialmente para elas interagirem entre si, se divertirem e estarem inseridas nos costumes sociais. O trabalho desenvolvido por eles é um exemplo de humanização na prática³³.

Já na rede privada, pode-se citar o Hospital Sírio-Libanês, que é um centro de referência para a humanização oncopediátrica no país, visando o cuidado do paciente como um ser integral, e para isso são promovidas ações no hospital, para que aquele que está tratando a doença sinta-se acolhido e seguro. Uma dessas ações visa minimizar a ansiedade do paciente na ida para a rádio e quimioterapia, para isso foram inseridos carrinhos elétricos em uma pista que simula a realidade, com faixas de pedestres, placas e semáforos. Além disso, há no hospital palhaçoterapia, oficina de slime, música e brincadeiras, fazendo com que estímulos estressores ligados à doença sejam diminuídos³².

Influência do aspecto lúdico no tratamento

A hospitalização é um evento estressante para o paciente (e sua família) por diversas razões, como já citado anteriormente, sendo assim, Ferreira *et al.* (2006) afirma que é fundamental que o cuidado seja mais humanizado e respeite a fase do desenvolvimento que a criança e adolescente se encontra. Araujo *et al.* (2016) traz a perspectiva do uso de atividades lúdicas para com as crianças pode ajudar o processo de adoecimento e tratamento a ser menos estressante e assustador^{35,36}.

O lúdico vem da natureza do brincar e favorece a adaptação ao hospital, auxilia na saúde psicológica da criança internada, pode acelerar o processo de recuperação e conseqüentemente diminuir o tempo de hospitalização. Além disso, facilita a comunicação entre o paciente-equipe-família, favorece a adesão ao tratamento e garante um dos direitos da criança e do adolescente, já que por lei todo hospital que oferece atendimento pediátrico deve ter uma brinquedoteca com brinquedos e jogos educativos³⁶. Alves (2015) complementa que o psicólogo pediátrico deve utilizar de técnicas lúdicas como me-

diadores terapêuticos, pois as brincadeiras geram prazer e reduzem o stress. Além disso, crianças e adolescentes normalmente têm maior dificuldade em entender o processo de hospitalização, e por isso, o uso de instrumentos lúdicos são fundamentais, já que:

permitem que os pacientes possam simbolizar a vivência de adoecimento, favorecendo a comunicação de conteúdos que costumam ser difíceis de expressar. É, ainda, uma aproximação da realidade em que o paciente estava inserido, anteriormente, e um aliado para o restabelecimento da saúde³⁵.

Além das técnicas lúdicas, outras formas, citadas por Ferreira *et al.* (2006), de tentar humanizar o cuidado pediátrico, são as expressões artísticas, como pintura, teatro, literatura e música. Assim, cada vez mais surgem projetos que têm o objetivo de “incorporar ao processo de hospitalização, outras intervenções que valorizem o processo de desenvolvimento infanto-juvenil” (p. 690). Essas formas de cuidado e intervenção humanizado trazem benefícios fisiológicos e psicológicos aos pacientes, não são invasivos e nem medicamentosos e normalmente, são de baixo custo³⁵.

Entre esses projetos/trabalhos lúdicos, está a palhaçoterapia, que consiste em um palhaço previamente treinado para atuar em hospitais tentando atenuar o estresse causado pela hospitalização, melhor explicado no Capítulo 16 - Palhaçoteria. Segundo Saliba et al. (2016), os níveis de cortisol, hormônio que está relacionado a situações estressantes, de crianças internadas, reduziu após a palhaçoterapia³⁸.

A *clownterapia* trouxe melhor recuperação para as crianças, também facilitou os procedimentos da equipe de enfermagem, uma vez que a interação com os doutores palhaços melhorou o humor, a compreensão e as relações interpessoais³⁹. Outros estudos mostram que os benefícios dessa terapia lúdica também refletem positivamente nos acompanhantes, que ficam mais relaxados e conseqüentemente deixa a criança acompanhada por eles relaxada também. Ainda houveram crianças que não quiseram receber o palhaço e que mesmo assim obtiveram benefícios, pois sentiram que recuperaram um pouco da autonomia sobre elas mesmas⁴⁰.

No Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM), há o projeto voluntário de palhaçoterapia “Operação Vagalume” que possui o objetivo de desenvolver uma medicina mais humanizada e melhorar a qualidade de vida do paciente. Os alunos da FEMPAR realizam visitas semanais ao hospi-

tal com artifícios como piadas, mágicas, canto, músicas, narração de histórias e encenação⁴¹.

Figura 3 - Projeto de extensão Operação Vagalume



Fonte: Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná: projetos de extensão.

Indicação de literatura e filmes.

Filme: Uma prova de amor (2009)

Filme: Agora e para sempre (2012)

Filme: Jogo da Vida (2013)

Documentário: Um Leão Por Dia (2006)

Literatura: Tu Tem Força, Menina!

Referências

1. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Tipos de Câncer: Câncer infantojuvenil. Brasil. Fev. 2020. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>>
2. Reis, R. D. S., Santos, M. D. O. & Thuler, L. C. S. (2007). Incidência de tumores pediátricos no Brasil. Rev Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro.
3. Steeds, Charlotte e. The anatomy and physiology of pain: basic science. In: STEEDS, Charlotte e. Surgery. Desconhecido: Elsevier, 2016. p. 55-59.
4. Ferrell, Betty R.; RIVERA, Lynne M.. Cancer Pain Education for Patients. Seminars In Oncology Nursing, Duarte, v. 13, n. 1, p. 42-48, out. 1997
5. Barros, L. A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. Temas em Psicologia, vol. 18, núm. 2. Ribeirão Preto, 2010. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200005

6. Costa E. B.; Lima, S. S. FerrariI, R. Dor em pediatria: o papel da assistência de enfermagem junto à criança com dor. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. vol.03, num. 3. Rio de Janeiro, 2012. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555787>
7. Claro, M.T. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar. Ribeirão Preto, 1993. p. 1-50. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
8. Souza, Luís Paulo Souza et al. Câncer Infantil: Sentimentos Manifestados por Crianças em Quimioterapia Durante Sessões de Brinquedo Terapêutico. Rev Rene, 2012.
9. Constitution of the World Health Organization. Am J Public Health Nations Health. 1946 Nov 1;36(11):1315–23.
10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
11. Paro, Daniela; Paro, Juliana; Ferreira, Daise L. M. O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica. Arq Ciênc Saúde 2005 jul-set;12(3):151-57
12. Jéssica N. N. et al. Enfermagem em oncologia pediátrica: fatores de excelência na assistência integralizada. Sena Aires, 2017.
13. Brasil. Decreto-lei nº1.044, de 21 de outubro de 1969. Dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções que indica. Livro 1. Brasília, DF, 1969.
14. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1. Brasília, DF, 1994.
15. Ruth H. P. C.; Amanda G. S. M. Entre o hospital e a escola: o cancer em crianças. Estilos clin. São Paulo. V. 15, n. 2, p. 306-325, dez. 2010.
16. Claudinéia A. M. V., Célia M. W. A Educação Hospitalar no Estado do Paraná. IX Congresso Nacional de Educação da PUCPR. 2009.
17. Xavier, T. G. M.; Araújo, Y. B. Reichert, A. P. S. Collet, N. Classe Hospitalar: Produção do Conhecimento em Saúde e Educação. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v. 19, n. 4, p. 611-622, Out.-Dez., 2013
18. Camara C. T. A reinserção escolar de crianças e adolescentes com câncer após o término do tratamento: subsídios para o cuidado de enfermagem. USP, 2011.
19. Maranhão, T. A. *et al.* A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. Journal Of The Health Sciences Institute. Teresina, p. 106-109. abr. 2011. Acessado em 16 de dezembro de 2021 em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/02_abr-jun/v29_n2_2011_p106-109.pdf
20. Maiara R. S. et al. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. Texto & Contexto Enfermagem [internet]. 2013; 22 (3): 646-653. Acesso em 16/12/2020 em : <https://www.redalyc.org/pdf/714/71428558010.pdf>
21. Ribeiro, E. M. P. C. (1994). O paciente terminal e a família. In M. M. M. J. Carvalho (Org.), Introdução à psiconcologia (pp. 210- 214). São Paulo: Psy

22. Rodrigues, F. M.; Nascimento, L. C. Próximos, porém distantes: a interação conjugal de pais e mães de crianças com câncer. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 191-196, 27 out. 2011. doi: 10.4025/ciencucidsaude.v10i1.7867
23. Alves, D. *et al.* Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1318-24. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.336>
24. Valéria F. D. S. B. *et al.* Oficinas para cuidadores de crianças com câncer: uma proposta humanizada em educação em saúde. *Psicol. hosp.* (São Paulo), São Paulo, v. 6, n. 1, p. 66-81, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 19 dez. 2020.
25. Chien-Huai C.; Pei-Chi T.; Chun-Yu L.; Kuan-Han L.; Yen-Yuan C. Burnout in the intensive care unit professionals. *Medicine*, [S.L.], v. 95, n. 50, p. 5629-5641, dez. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000005629>
26. Pedro R. G. Cuidando de quem cuida. *Psicologia em Estudo*, 2004. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100017>
27. Humanização. *PenseSUS*, [s. l.], 15 jun. 2020. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>. Acesso em: 2 jan. 2021.
28. HUMANIZASUS. Secretaria de Estado de Saúde : Governo do Estado de Goiás, [s. l.], 21 nov. 2020. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7623-humanizasus>. Acesso em: 23 dez. 2020.
29. Política Nacional de Humanização. Rede Humaniza SUS, [s. l.], 12 jan. 2019. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em: 23 dez. 2020.
30. Humanização em Oncologia Pediátrica: uma experiência de ambientação de hospitais públicos no Rio de Janeiro. Instituto Desiderata, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://desiderata.org.br/wp/wp-content/uploads/2019/01/humanizac%CC%A7a%CC%83o_oncologia_pediatria_para_Experiencia-1.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020
31. Hospital de Clínicas/UFPR firme na Semana Nacional de Humanização. Rede Humaniza SUS, Curitiba/PR, 2014. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/83158-hospital-de-clinicasufpr-firme-na-semana-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em: 23 dez. 2020.
32. Felipe M. Carros elétricos alegam crianças com câncer no Hospital Sírio-Libanês. *Metrópoles*, Distrito Federal, 27 abr. 2019. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/carros-eletricos-alegam-criancas-com-cancer-no-hospital-sirio-libanes>. Acesso em: 20 dez. 2020.
33. Hospital de amor. A história do hospital. Disponível em: <<https://hospitaldeamor.com.br/site/institucional/>>. Acesso em 22 fev. 2021.
34. Instituto Beaba. Beaba. Quem somos. Disponível em <<https://beaba.org/quem-somos/>>
35. Ferreira, C. C. M.; *et al.* A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível?. *Rev Bras Enferm.* Ribeirão Preto, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500018>.

36. Araujo, R. A. S. *et al.* Uso de atividades lúdicas no processo de humanização em ambiente hospitalar pediátrico. *Rev. SBPH*, vol. 19 n. 2, Rio de Janeiro, 2016. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000200007&lng=pt&nrm=iso
37. Alves A. V. A. *Psicologia Pediátrica: o lúdico como recurso terapêutico na hospitalização infanto-juvenil.* Campina Grande, 2015. <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/15046>
38. Saliba FG, et al. Salivary Cortisol Levels: The Importance of Clown Doctors to Reduce Stress. *Pediatric reports.* 2016 mar. 31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4821216/#!po=79.1667>. Acesso em: 10 dez. 2020.
39. Martins ALK, et al. Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental on-line.* 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/4206/pdf_1820. Acesso em: 11dez. 2020.
40. Aquino, R. G. de; Bortolucci, R. Z.; Marta, I. E. R. Clowns doctors: the child talk... *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2004. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4909/pdf_765. Acesso em: 11 dez. 2020
41. Operações Vagalume: Saúde para o corpo e a alma!. Mackenzie, Curitiba/PR, 22 maio 2020. Disponível em: <https://www.mackenzie.br/voluntario/banco-de-projetos/projeto/n/a/i/operacao-vagalume/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

Hiperutilizadores do Sistema de Saúde

Patrick Carvalho Andrade¹;
Maria Eduarda Griggio Cartapati²;
Gabriella Giandotti Gomar³;
Ananda Barros Rabelo⁴;
Gisele Simão⁵;
Giovanna Borella Zamboim⁶;
Gabriel Savogin Andraus⁷.

Revisores:

Livia Sissi Piechnik⁸;
Claudio Jose Beltrão⁹.

-
1. Medicina - 4º período - PUCPR.
 2. Medicina - 4º período - PUCPR.
 3. Medicina - 6º período - FPP.
 4. Medicina - 4º período - CUniFTC-Salvador.
 5. Biomedicina - 7º período - FPP.
 6. Medicina - 7º período - FCM/SJC.
 7. Medicina - 6º período - PUCPR.
 8. Mestre em Saúde da Família pela UFPR, pós-graduação em Saúde Coletiva com ênfase em Estratégia de Saúde da Família pela UP (2010). Médica especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Estratégia de Saúde da Família pela UP tendo atuado como médica generalista, gestora, educadora. Atua como professora da FPP desde 2012, supervisora do Estágio de Saúde Coletiva da FPP, professora do Curso de Medicina da PUCPR e UP.
 9. Doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR (2017), mestre em Tecnologia em Saúde pela PUCPR (2005), pós-graduado em Marketing pela FAE (1992), pós-graduado em Direito Civil e Empresarial pela PUCPR (2020) e graduado em Administração Hospitalar pela FESP (1990). É professor Adjunto da PUCPR - Escola de Medicina e pós-graduação Gestão Empresarial da Saúde. Exerce o cargo de CEO da RISC Sistemas em Saúde e CLINIC Tecnologia em Saúde, empresas especializadas no desenvolvimento de sistemas em saúde (Sistema newCLINIC) e consultoria. Pós-sui formação complementar como Perito/Assistente Judicial na área de documentação médica e em saúde, prontuário em papel e eletrônico e sistemas de saúde.

Introdução

Os Hiperutilizadores do Sistema de Saúde, seja esse público ou privado, são pacientes que comparecem às Unidades de Saúde ou outros serviços de atendimento repetidas vezes, com demandas definitivas e outras vezes pouco claras ou ocultas. Esse aumento na frequência da busca por atendimento pode ser temporário ou não, mas a compreensão desse fenômeno é essencial para a resolução de um problema pontual do paciente, e nesse âmbito os profissionais de saúde devem adotar uma postura acolhedora e de escuta ativa¹.

Ao analisar a epidemiologia da hiperutilização, observa-se que o número de atendimentos nesse grupo varia de aproximadamente 4 a 5 ao ano, podendo também variar de acordo com o nível de atenção - primária, secundária e terciária. Fatores relacionados às características do paciente são: a maior prevalência entre pessoas de 40 a 60 anos, do sexo biológico feminino e que sofrem de doenças crônicas, transtornos mentar, incluindo o abuso de drogas e substâncias².

Quanto ao perfil socioeconômico dos hiperutilizadores, nota-se que usuários em situação de vulnerabilidade compõem uma parcela considerável desses pacientes. Nessa perspectiva, a dificuldade no agendamento de consultas contribui para a utilização inadequada dos serviços de saúde, principalmente, os de urgência e emergência³.

No que tange a relação do profissional de saúde com pessoas que consultam com frequência, estes podem causar sentimentos negativos no profissional, tais como aversão, desgaste e sensação de impotência por não conseguirem lidar com pacientes nessas condições. Dessa forma, é fundamental a criação de vínculos, tornando a interação mais colaborativa^{4,5}. Ademais, a troca de informações entre o profissional e usuário tem maior efetividade a depender do local onde é realizado o atendimento, exercendo influência no entendimento, na resolução de suas demandas e na satisfação do usuário⁶.

A Administração em Saúde tem como objetivo o gerenciamento ativo que una trabalhadores e usuários, com a intenção de promover um atendimento acessível, resolutivo e sustentável na perspectiva da equipe. Na perspectiva da hiperutilização, ressalta-se como estratégias efetivas o manejo dos pacientes e dos casos, bem como o encaminhamento dos pacientes não urgentes para serviços de atenção primária^{7,8}.

Dessa forma, depreende-se a importância de conscientizar tanto a população quanto os profissionais de saúde a respeito de quem são essas pessoas que consultam com frequência, quais são suas experiências no serviço de saúde, suas necessidades e expectativas. O conhecimento acerca desses pacientes permite à equipe ofertar um atendimento mais humanizado e acolhedor, com uma abordagem ampla e adequada às demandas do hiperutilizador e as questões que o permeiam.

Epidemiologia da Hiperutilização

Um entendimento detalhado da epidemiologia - seja de qualquer doença ou condição de saúde - é essencial para traçar as melhores condutas de manejo dos pacientes acometidos por determinada moléstia. No caso da hiperutilização do sistema de saúde, a tarefa de delimitar os grupos em que há prevalência de hiperutilizadores é uma tarefa desafiadora considerando a heterogeneidade e complexidade intrínsecas a tais casos.

Baseado em uma revisão *scoping* de 16 artigos, foi possível estabelecer alguns parâmetros que caracterizam o paciente hiperutilizador, tais como frequência das visitas ao serviço médico, idade e sexo. Primeiramente, os estudos sobre o assunto relataram um número de visitas que varia de 3 a 20 por ano, para referir-se a pacientes que utilizam com frequência o sistema de saúde (*frequent attenders*). Apesar dessa grande variação nos números, podemos constatar que a média de atendimentos feitos a esses pacientes está em torno de 6 ou mais visitas anuais. No quesito da idade e sexo biológico dos pacientes hiperutilizadores, foi constatado, nessa revisão, que havia predomínio de indivíduos de 40 a 60 anos, com participação significativa do sexo biológico feminino⁶.

Somado às informações apresentadas, foi proposto em revisão sistemática as seguintes definições de *frequent attenders* especificando o nível de atenção à saúde. Para a atenção primária, a utilização frequente é definida a partir de 10 ou mais consultas em 12 meses; para pronto-socorro, pelo menos 5 consultas em 12 meses; e para internação hospitalar, pelo menos 4 admissões em 12 meses².

Dentre os artigos analisados nesse mesmo estudo, os principais fatores mais comumente examinados foram: gênero, idade, saúde mental, estado civil/ indicadores familiares, abuso de drogas/substâncias, doenças crônicas

e emprego. A saúde mental foi a variável mais associada com a população de *frequent attenders* (89% dos estudos relataram correlação positiva), seguido por doenças crônicas (88%), status/tipo de plano de saúde (83%), emprego (79%) e abuso de drogas/substâncias (77%)².

Complementando, em estudo observacional realizado em Porto Alegre, RS, voltado para determinar a prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão, foi observado que há um predomínio de pessoas do sexo biológico feminino e de meia-idade. Notavelmente, o estudo constatou diferenças significativas na prevalência de depressão em comparação com a população não hiperutilizadora. Dois dados importantes a serem observados são o uso predominante de antidepressivos na amostra de pessoas que consultam com frequência, correspondendo a 24,5%, e a taxa de prevalência elevada de depressão, equivalente a 15,1%⁹.

Por ainda não haver um consenso ou uma definição mundialmente aceita daquilo que caracteriza um paciente hiperutilizador do sistema de saúde, o perfil desses pacientes e os dados a seu respeito podem variar regional e demograficamente. Todavia, apesar de difícil caracterização, esses pacientes não devem ser ignorados, pois a utilização frequente está associada com doenças crônicas, transtornos psiquiátricos, sofrimento psíquico e dificuldades psicossociais. Assim, os pacientes hiperutilizadores merecem ser alvos de atenção e de intervenções por parte do sistema de saúde como um todo¹⁰.

Fatores associados com a Hiperutilização

Somados às principais características epidemiológicas dos hiperutilizadores do sistema de saúde, observam-se alguns outros fatores que comumente se associam a essa prática. Tais fatores não são regra para classificar um paciente como utilizador frequente, porém podem ser empregados como critérios que ampliam o entendimento sobre os mesmos e assim aprimorar seu manejo.

Em um estudo feito com dados de diversos departamentos médicos provenientes de hospitais americanos, foram notadas algumas características socioeconômicas associadas aos usuários frequentes, em especial os usuários responsáveis por 28% das visitas em serviços de emergência. Desses pacientes, 27% se encontravam abaixo da linha federal de pobreza (EUA) e possuíam uma renda média anual de até \$10,000 dólares. Além disso, os

pacientes eram costumeiramente de estado civil solteiro ou divorciado e com escolaridade até o ensino médio³.

De acordo com o mesmo artigo, os hiperutilizadores do sistema possuem maior chance de terem seguros de saúde financiados pelo governo – tais como Medicare e Medicaid nos Estados Unidos – denotando uma parcela da população economicamente vulnerável³. Entre as causas dessa correlação, foi observado que os pacientes frequentes utilizavam principalmente serviços de emergência por esses serem mais acessíveis, tanto pela possibilidade de realizar exames mais complexos em um mesmo local, quanto pela percepção de um maior índice de resolução e pelo vínculo que os pacientes criam com o serviço de emergência hospitalar¹¹.

Um dos fatores clínicos também associado aos hiperutilizadores é a presença de doenças crônicas. Segundo a Pesquisa do Painel de Emergências Médicas dos Estados Unidos, foi observado que pacientes que utilizam com frequência os sistemas de urgência e emergência possuem maior probabilidade de conviver com doenças como câncer, disfunções gastrointestinais e doenças cardiovasculares e pulmonares – 84% dos utilizadores frequentes versus 64% dos pacientes ocasionais³. Exacerbações nesses quadros contribuem para a busca dos hiperutilizadores por atendimento médico emergencial.

Vale destacar a forte correlação da hiperutilização com transtornos de saúde mental, sendo frequentes os diagnósticos de depressão, transtornos de personalidade, esquizofrenia e uso abusivo de álcool e drogas ilícitas. Um dado interessante é que nos serviços de emergência hospitalar esses pacientes provêm de locais urbanos e possuem idade inferior a 65 anos, além de terem acesso mais fácil em relação aos outros usuários, sendo até 4 vezes maior. Por fim, pacientes hiperutilizadores têm 4,5 vezes mais chances de portarem doenças mentais do que os demais^{12,13}.

Na mesma linha, indivíduos com histórico de depressão têm maior tendência ao uso frequente de serviços da atenção primária. Foi observado, em estudo em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Porto Alegre, que a prevalência de hiperutilização foi 2,5% no grupo sem histórico de depressão e de 14,3% no grupo que apresentava uma história positiva para depressão. Essa correlação é notável, pois, para realizar o manejo resolutivo da hiperutilização é essencial contemplar as especificidades dos pacientes hiperutilizadores⁹.

Em âmbito nacional, foi constatado que os hiperutilizadores representam de 10% a 15% da população e beneficiam-se de 40% a 50% das consultas

efetuadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como condições que influenciam esse comportamento, observou-se descontinuidade de acompanhamento, ausência de equipe multiprofissional, falta de um sistema de registro e desconhecimento das áreas de vulnerabilidade social¹⁴.

Um estudo realizado na unidade de urgência e emergência do Hospital Vila Nova em Porto Alegre constatou que os usuários frequentes e hiperutilizadores correspondem a 3,14% dos pacientes, porém, consomem 15,6% do volume de atendimento da unidade, corroborando o achado previamente discutido que tais pacientes tendem a representar uma demanda considerável nos serviços. Ao avaliar o perfil de uso dos serviços de urgência e emergência, esse mesmo estudo detectou que quanto mais próxima a residência do paciente do serviço, maior a chance de utilização do mesmo pelo usuário¹⁵.

O estudo indica também, que um fator importante associado com a hiperutilização do sistema de saúde é a sazonalidade de algumas doenças. Entre os meses de maio e julho (predominantemente inverno) doenças respiratórias como pneumonias, gripes e resfriados são mais frequentes, o que justifica um aumento na procura de serviços de urgência por parte da população como um todo. Os hiperutilizadores, por sua vez, tendem a usar ainda mais os serviços de urgência e emergência nessa época do ano, a ponto de superar o aumento esperado visto em pacientes ocasionais¹⁵.

Foi identificado que para a realidade brasileira, o motivo principal da utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência é a dificuldade em marcar consulta nas unidades básicas de saúde, visto que há demora no atendimento e no agendamento das consultas, além da dificuldade com os horários de funcionamento das unidades¹⁵.

Relação Profissional de Saúde e Hiperutilizador

Hiperutilizadores do sistema de saúde são pacientes desafiadores, pois visitam os serviços de saúde com frequência, trazendo vários sintomas — no geral inespecíficos — e queixas de difícil resolução. Esses pacientes podem gerar nos profissionais de saúde sentimentos negativos como aversão, desgaste e impotência, principalmente quando o atendimento não aborda questões psicossociais. Porém, a equipe de saúde não pode recusar acolher essa demanda, levando a um certo colapso dos fluxos de atendimento e sobrecarga do serviço. Nesse cenário, muitos profissionais, com o sentimento de incapa-

cidade de resolução das queixas, acabam por solicitar exames ou encaminhamentos muitas vezes desnecessários^{4,5}.

Em mais de uma ocasião, a literatura relaciona os hiperutilizadores do sistema de saúde ao termo *heartsink patients*, cunhado por Tom O'Dowd na década de 80. O autor nota que o fenômeno desses pacientes difíceis não se deve única e exclusivamente ao paciente, mas também à sua relação com o profissional de saúde. Dessa forma, faz-se necessário o investimento na criação de vínculos, ou seja, o alvo principal de mudanças deve ser a relação profissional-usuário, e não um desses de forma isolada. Para tal é indispensável que a perspectiva do paciente norteie o curso clínico, uma vez que dessa maneira o foco deixa de ser a doença e atinge-se uma interação mais colaborativa^{4,16}.

No entanto, é perceptível que devido à submersão em seus problemas sociais, familiares, físicos e psicológicos os hiperutilizadores passam a não enxergar o profissional que está lhe atendendo, pois sua necessidade maior é ser acolhido. Semelhante fenômeno pode ser influenciado por uma autopercepção sobre determinada necessidade de assistência à saúde, que, no modelo biomédico contemporâneo, é associado a uma busca incessante por novas formas de diagnóstico, prescrição e consumo de medicamentos⁵.

Tendo em vista essa necessidade, um estudo realizado em uma UBS no município de Maravilha-SC destacou que pacientes hiperutilizadores afirmaram que o acolhimento, a familiaridade, o bom atendimento e a simpatia praticados pelos profissionais de saúde tornaram as consultas mais humanizadas e possibilitaram o fortalecimento de vínculos entre os profissionais e os pacientes¹⁷.

Paralelamente, em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP com uma amostra de 494 pacientes, constatou-se que menos da metade dos hiperfrequentadores recebiam visitas domiciliares, mas que tais estavam associadas a um nível de satisfação maior quando comparadas com atendimentos nas unidades de saúde. Além disso, a consulta domiciliar também foi associada com um desempenho favorável no que tange o entendimento das explicações e orientações dadas pelos profissionais. Depreende-se, assim, que o local onde são transmitidas as informações aos hiperfrequentadores exerce forte influência no entendimento, na resolução de suas demandas e na satisfação do usuário⁶.

De modo amplo, as soluções para o melhor atendimento de pacientes hiperutilizadores incluem a maior prática da discussão de casos entre pro-

fissionais de saúde e a criação de novos métodos e abordagens que possam acolher o paciente de forma integral. É ideal que a formação de profissionais da saúde passe a englobar as habilidades de relações humanas e comunicação, sem a postura autoritária e vertical médica.

Gestão na Perspectiva de Hiperutilização

A administração em saúde é delineada por meio da aplicação de conhecimentos no manejo das organizações de saúde, abrangendo os espaços de cuidados diretos, sejam individuais ou multiprofissionais, com o objetivo de unir trabalhadores e usuários a fim de proporcionar um gerenciamento ativo e satisfatório para ambos. Entretanto, pelo fato da gestão em saúde ainda estar atrelada a conceitos da administração clássica, executar essa meta configura-se como o maior desafio da atualidade nesse setor⁷.

Considerando esse cenário, é essencial que os gestores dos níveis de atenção primária à terciária foquem em possibilitar um acesso mais facilitado ao atendimento para os usuários, avaliem as ações e desempenho dos profissionais de saúde e, simultaneamente, estejam atentos a possibilidade de *burnout* dos integrantes da equipe. No âmbito desse último, justifica-se a atenção mais intensiva por parte do gestor para o bem-estar dos profissionais pelo fato de serem observados relatos de exaustão, resultante do grande número de pacientes atendidos por dia, levando a atendimentos de baixa qualidade. Esse contexto demonstra a importância de um gestor atencioso às demandas locais a fim de acolher e compreender o que está acontecendo com os trabalhadores, para que esses possam continuar a oferecer um atendimento humanizado⁴.

Na esfera da gestão na formação de futuros profissionais de saúde, recomenda-se que o treinamento englobe a preparação para o enfrentamento das relações difíceis com os pacientes, procurando desenvolver habilidades psicossociais e de comunicação adequadas. Também deve-se preconizar o estímulo ao cultivo dos valores de horizontalidade, acolhimento e integralidade por parte dos futuros profissionais para que tais aspectos permeiem a relação com usuários dos serviços de saúde⁴.

Especificamente no universo do atendimento de hiperutilizadores dos serviços de saúde, foi constatado, em um *scoping review*, que as principais estratégias utilizadas para a gestão desses pacientes envolvem o manejo de caso,

planos de cuidado, encaminhamento de pacientes não urgentes para outros serviços e visitas domiciliares de agentes sociais. No que se refere a essas medidas, uma equipe multidisciplinar sempre se mostrava presente, desenvolvendo ações personalizadas a cada paciente, e os instruindo a buscar o apoio necessário⁸.

Relativo a realidade brasileira, entretanto, ocorre que ,após a consulta em um serviço de urgência e emergência, paciente hiperutilizador não é encaminhado, na maioria das vezes, para um serviço de atenção primária, onde tais intervenções poderiam ser executadas. Semelhante encaminhamento permitiria que o paciente fosse adequadamente acompanhado, tirando sua necessidade de comparecer frequentemente ao serviço de emergência¹⁵.

A importância dessas medidas voltadas aos hiperutilizadores é diminuir o número de visitas dos usuários, e dessa forma melhorar a qualidade dos serviços de saúde, dos profissionais, e da vida dos pacientes. Assim, uma gestão adequada, com profissionais que buscam administrar a saúde como um todo de forma harmônica e efetiva, é de suma importância no manejo e na humanização do atendimento aos hiperutilizadores⁸.

Conclusão

Por definição, caracteriza-se como utilizador frequente o paciente que faz, em 12 meses, mais de 10 consultas na atenção primária, 5 em serviços de pronto-atendimento ou 4 em unidades de atenção terciária². Dentre os principais fatores que contribuem para a hiperutilização do sistema de saúde estão o diagnóstico de doenças crônicas, abuso de substâncias e transtornos psiquiátricos, como depressão, transtornos de personalidade e esquizofrenia. Além disso, tem-se demonstrado que o sexo biológico feminino pode estar mais vulnerável a hiperutilização quando comparado com o sexo biológico masculino⁹. Ademais, a sazonalidade de algumas doenças pode influenciar no aumento da procura do sistema de saúde como um todo, porém demonstra efeito mais expressivo na população de utilizadores frequentes¹⁵.

É importante ressaltar que, apesar dessas características recorrentes, o perfil desses indivíduos apresenta variação substancial. Dificuldades psicossociais e sofrimento no geral podem ser fatores que ajudam a determinar o aumento na busca de serviços de saúde^{9,12}. Nessa linha, muitos desses pacientes também dão preferência para os serviços de urgência e emergência pela

alta dificuldade no agendamento de consultas na atenção básica e subsequente demora associada à espera do atendimento¹⁵.

A equipe de saúde pode frustrar-se, muitas vezes, no atendimento de hiperutilizadores. Todavia, é essencial que tais pacientes sejam atendidos pela equipe e tratados com acolhimento, familiaridade, simpatia e de forma a entender as reais motivações da ida ao serviço de saúde. Isso pode tornar as consultas mais humanizadas e fortalecer os vínculos entre profissionais e pacientes¹⁷. O local da interação entre usuário e profissional também influencia no entendimento das informações pelos pacientes e satisfação com a consulta, como pode ser observado ao comparar o desempenho de visitas domiciliares com atendimentos na unidade de saúde⁶.

A atenção primária é a esfera principal na qual se deve manejar as queixas dos pacientes hiperutilizadores. Entretanto, é importante que gestores do sistema de saúde possibilitem o acesso facilitado ao atendimento desses usuários em todos níveis de atenção. Nesse âmbito, também é recomendado que, simultaneamente, avaliem o desempenho dos profissionais desses serviços e estejam atentos à possibilidade de burnout dos integrantes da equipe, tendo em vista que pacientes hiperutilizadores apresentam o potencial de gerar certa sobrecarga sobre o fluxo de trabalho⁴.

Por fim, cabe integrar na formação dos profissionais da saúde cada vez mais disciplinas que englobam o desenvolvimento de habilidades de relações humanas e de comunicação visando o atendimento completo do paciente, enxergando-o para além da doença, de forma humanizada. Além disso, novos estudos sobre o tema são bem-vindos para a discussão e melhora de tais questões⁴.

Referências

1. Hiperfrequentador - Um desafio para a gestão clínica [Internet]. 2017. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=Gp7NEgpqk_k
2. Shukla DM, Faber EB, Sick B. Defining and Characterizing Frequent Attenders: Systematic Literature Review and Recommendations. *J Patient Cent Res Rev*. 2020 Jul 27;7(3):255–64.
3. Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, Lowe RA, Magid DJ, Raven M, et al. Frequent users of emergency department services: Gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med*. 2011 Jun;18(6):e64–69.
4. Zoboli ELCP, Santos DV dos, Schweitzer MC. Difficult patients in primary health care: Between care and order. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2016 Dec;20(59):893–903.

5. Castro LHA, Moreto FV de C, Pereira TT. Problemas e Oportunidades da Saúde Brasileira 4 [Internet]. Atena Editora; 2020. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/582225>
6. Melo SRA de. Caracterização e avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP. Universidade de São Paulo; 2019.
7. Lorenzetti J, Lanzoni GM de M, Assuiti LFC, Pires DEP de, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2014 Jun;23(2):417–25.
8. Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, et al. Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2017 Jan;24(1):40–52.
9. Carvalho IP do A, Carvalho CGX, Lopes JMC. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015 Mar 31;10(34, 34):1–7.
10. Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2nd ed. Vol. 1. Artmed Editora; 2012.
11. Acosta AM, Lima MAD da S, Acosta AM, Lima MAD da S. Frequent users of emergency services: Associated factors and reasons for seeking care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015 Apr;23(2):337–44.
12. Fuda KK, Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: A statewide analysis. *Ann Emerg Med*. 2006 Jul;48(1):9–16.
13. Sacoman TM. Hiperutilizadores de baixo risco clínico em pronto socorro de um hospital universitário: usuários produzidos ou produtores de cuidado? Low clinic risk frequent users at a emergency department of a university hospital: users produced or care producers? [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 16]; Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/50939>
14. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001 Aug;17(4):819–32.
15. Santos RWL dos. Usuários frequentes em um serviço de urgência e emergência: características e fatores associados à utilização [Internet]. Fundação Getúlio Vargas; 2019. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28440>
16. McDonald P, O'dowd T. The Heartsink Patient: A Preliminary Study. *Family Practice*. 1991 Jun 1;8(2):112–6.
17. Kist C, Trevisan AD. Quais Suas Queixas? Pacientes Hiperutilizadores na Atenção Básica [Internet]. Universidade Comunitária da Região de Chapecó; 2018. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/index.php/pos-graduacao/trabalhos-de-conclusao-de-bolsistas/trabalhos-de-conclusao-de-bolsistas-a-partir-de-2018/ciencias-da-saude/especializacao-2/854-quais-suas-queixas-pacientes-hiperutilizadores-na-atencao-basica/file>

Atendimento Humanizado a Vítimas de Violência

Amanda Rosa¹;
Ana Carolina da Costa Corrêa²;
Eduarda Singer Barbosa Cavalcante³;
Isabelle Lima Lemos⁴;
Júlia Momoli⁵;
Letícia Liz Bello⁶;
Letícia Venturi da Silva⁷;
Marianna Rodrigues Beltrão⁸.

Revisora:
Claudia Menegatti⁹.

-
1. Medicina - 7º período - PUCPR.
 2. Medicina - 8º período - PUCPR.
 3. Enfermagem - 5 período - UFPR.
 4. Medicina - 4º período - FPP.
 5. Medicina - 6º período - PUCPR.
 6. Psicologia - 10º período - PUCPR.
 7. Psicologia - 7º período - UFPR.
 8. Psicologia - 8º período - PUCPR.
 9. Psicóloga graduada pela PUCPR.

Definição de vítima e violência

A violência é um constructo difuso e complexo, cuja definição pode variar de acordo com normas e valores sociais, ou seja, a partir do que é entendido como comportamento aceitável ou não em cada contexto cultural e momento histórico. Neste capítulo tomaremos como definição a proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ na qual a violência é entendida como “o uso intencional de força física ou poder, real ou por meio de ameaças, contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande possibilidade de resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.” (p. 4, tradução nossa).

Nas definições do dicionário, a palavra “vítima” pode ter diferentes significados, mas ao colocarmos no contexto da violência podemos destacar como “pessoa ferida, executada, torturada ou violentada”². Pensando na definição de violência supracitada, podemos imaginar que também é complexo conseguir definir quem ou o que é considerado uma vítima. Assim, destacamos que, da mesma forma em que há diversas formas de perpetuação de violência, existem os mais variados tipos de vítimas submetidos a tais práticas.

Tipos de violência

Violência psicológica

A violência do tipo psicológica é definida como qualquer ação ou omissão que cause ou tenha por objetivo causar danos à autoestima, identidade ou desenvolvimento da pessoa, incluindo insultos, humilhação, chantagem, isolamento, manipulação afetiva, negligências, ameaças, entre outras³. Apesar de ser bastante frequente, entre as modalidades de violência, a forma como se dá é muito sutil e, por este motivo, essa é a mais difícil de ser identificada⁴, podendo trazer consequências a longo prazo incluindo, em casos mais graves, o suicídio³. Assim, a literatura traz a violência psicológica como comum “porta de entrada” para outros tipos de violências⁵.

Violência física

Por sua vez, violência física ocorre quando, dentro de uma relação de poder, uma pessoa causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou com arma capaz de provocar lesões, internas e/ou externas, incluindo, nesta definição o castigo repetido, mesmo que não severo³.

Algumas das manifestações desse tipo de violência incluem tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, danos à integridade corporal decorrentes de negligência, etc.³.

Violência sexual

A violência sexual é uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019⁶, foram registrados 66.041 estupros no país em 2018, o equivalente a 180 casos por dia. É essencial destacar que tais registros correspondem a apenas 10% do total de casos, ou seja, apenas 1 em cada 10 casos é levado ao sistema de justiça criminal. Dessa forma, a maioria das agressões não são notificadas e permanecem invisíveis. Isso se deve ao medo da vítima de registrar a ocorrência e receber ameaças por parte do agressor, por receio da estigmatização, por falta de informação ou acesso para notificar a agressão⁷.

Essa violação pode atingir crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas em espaços privados e públicos, levando a traumas, ferimentos visíveis e invisíveis e, em algumas situações, levar à morte. Geralmente, é associada a violência física e psicológica, podendo desencadear quadros de depressão e estresse pós-traumático⁸.

Em relação aos tipos de violência, os mais frequentes em 2018 de acordo com o Mapa da Violência Digital são estupro, violência doméstica, feminicídio, violência online e importunação sexual. Dentre estes tipos de violência, os dados indicam que o maior número de abusadores sexuais compartilha laços sanguíneos ou de confiança com a família da vítima, representando 49,8% dos agressores. Quanto menor a idade da vítima, maiores são as chances desses abusadores se aproveitarem para realizar o estupro, sendo 43% das vítimas crianças menores de 14 anos⁹. No cenário do Paraná, a violência sexual mais prevalente é o estupro, compondo 87,5% dos casos, em que a maioria das notificações é realizada por vítimas do sexo feminino. A faixa etária mais frequente é de 10 a 19 anos, seguida da faixa etária de 20 a 29 anos, assim, o impacto é maior na infância e em mulheres jovens¹⁰.

Dessa maneira, é evidente que a cultura do estupro se faz presente na sociedade, principalmente, em todas as fases da vida da mulher. Como cita o Mapa da Violência digital, “mais do que um desejo de atender a um impulso sexual, o estupro é um instrumento de poder, dominação”⁹. Faz-se necessário desconstruir essa cultura do estupro e adotarmos uma conduta humanizada e

acolhedora com essas vítimas, além de incentivar uma conscientização da população sobre essa questão de saúde e segurança pública, fazendo-se justiça.

Violência verbal

A violência verbal é caracterizada pela linguagem, manifestando-se por meio de palavras, estruturas ou expressões capazes de ferir psicologicamente, socialmente ou moralmente uma pessoa, esteja ela presente ou ausente no momento da agressão. Entretanto, o seu sentido e impacto dependem da interpretação do receptor, ou seja, é ele quem vai avaliar, sentir e julgar o ato que lhe é dirigido¹¹.

Esta modalidade pode se manifestar em diversas tonalidades de voz, desde a mais suave às mais estridentes, e nem sempre são insultantes, dependendo da forma em que a palavra será usada, geralmente passando a serem insultantes quando se tem a intenção de ofender. Nesse sentido, o insulto não será apenas com palavras grosseiras e violentas, pois existem palavras que dependendo do contexto trazem tom de ameaça, acusação, depreciação ou humilhação, como por exemplo, “Você não serve para nada” ou “Como é que eu fiz um filho assim?”. Verbalizações como estas podem ser tão humilhantes quanto o emprego de uma palavra agressiva.

Esse tipo de violência também deve levar em conta algumas questões, como status social, identidade sexual, faixa etária, identidade étnica e identidade psicológica, ressaltando que todas essas questões se relacionam entre si.

Vale destacar que, diferentemente da violência física que provoca danos visíveis ao corpo, a violência verbal afeta integralmente o ser humano, atingindo fatores orgânicos, emocionais e sociais, sendo necessário o extremo cuidado com as palavras, pois elas podem ferir intensamente¹¹.

Violência institucional

Entende-se por violência institucional todo ato violento praticado por agentes/órgãos públicos, sobre um usuário, empregando pensamentos violentos de forma impessoal e desumana. Esse tipo de violência representa um cenário silencioso e às vezes imperceptível para o agressor¹². Entretanto, a vítima, que geralmente não contesta o ato violento por medo ou desconhecimento de seus direitos, sofre enormes danos.

Considerando as construções sociais no Brasil, as populações que mais sofrem com a violência institucional são aquelas que, de alguma maneira, encontram-se em vulnerabilidade frente ao Sistema: mulheres, idosos, negros, indígenas, LGBT, população privada de liberdade e a população de classes econômicas mais baixas¹³.

Os serviços de saúde e seus profissionais representam um dos maiores perpetuadores de atos da violência institucional. Nesse cenário, uma relação hierárquica é comumente consolidada entre o profissional e o usuário, pautada tanto na diferença de conhecimento técnico sobre a demanda do paciente quanto na autoridade moral socialmente projetada sobre esses profissionais¹³. Quando essa hierarquia infundada passa a ser utilizada com fins de dominação, a violência institucional é estabelecida.

A violência institucional na saúde se representa pela negligência, pela violência verbal, pela violência física, pela violência sexual e pela discriminação. As manifestações mais comuns são o tratamento grosseiro, a repreensão da manifestação do paciente, as ameaças, os comentários constrangedores, a brutalidade no contato com o paciente, o não alívio da dor, o abuso sexual e a discriminação por sexo, gênero, etnia ou condição socioeconômica^{12,13}.

As vítimas

Crianças e adolescentes

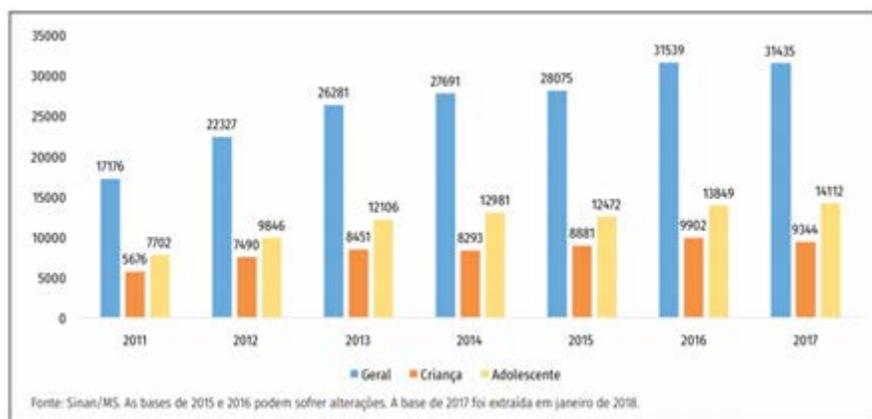
A violência contra a população infantil e adolescente é internacionalmente reconhecida como um problema de Saúde Pública e referente aos Direitos Humanos¹⁴. Esta pode ser definida como todas as formas de perpetuação de maus tratos, seja físico, emocional, sexual, negligência, etc, dentro de uma relação de responsabilidade, poder ou confiança, e que resulte em dano à dignidade, saúde e desenvolvimento, real ou potencial, de crianças ou adolescentes¹⁴.

Esse tipo de agressão é de reconhecimento internacionalmente, sendo considerado um grave problema de saúde pública, direitos humanos, jurídico e social relacionado a qualquer forma de maus tratos que resulte em dano à dignidade, saúde e desenvolvimento dessa população¹⁵. A partir disso e baseado no trágico “Caso Araceli” foi instituído nos anos 2000, o dia 18 de maio: *Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Ado-*

lescentes, com o propósito de levantar reflexões e oportunizar a avaliação das ações e políticas públicas voltadas para proteção de crianças e adolescentes¹⁶.

Esse tipo de violência ganhou maior amparo no cenário brasileiro a partir da década de 1990, com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que “garante às crianças e ao adolescente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, tornando obrigatória a identificação e denúncia”¹⁵. Dessa forma, o Estado, através do ECA e do Conselho Tutelar juntamente com o Ministério da Saúde¹⁶, fornece instrumentos de proteção em casos de violência contra a criança e adolescente¹.

Os tipos de violência mais comuns contra essa população são negligências, violências físicas, psicológicas e sexuais¹⁷. Em um Boletim Epidemiológico, liberado em junho de 2018 pela Secretária de Vigilância em Saúde mostrou a *Análise epidemiológica da violência sexual contra criança e adolescentes no Brasil, no período de 2011-2017*. Os dados coletados obtiveram como resultado um aumento de 64,6% e 83,2% nas notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, respectivamente.



A avaliação das características sociodemográficas de crianças vítimas de violência sexual mostrou que 43.034 (74,2%) eram do sexo feminino e 14.996 (25,8%) eram do sexo masculino. Do total, 51,2% estavam na faixa etária entre 1 e 5 anos, 45,5% eram da raça/cor da pele negra, e 3,3% possuíam alguma deficiência ou transtorno. As notificações se concentraram nas regiões Sudeste (40,4%), Sul (21,7%) e Norte (15,7%). Já dos adolescentes a avaliação das características sociodemográficas de vítimas de violência sexual mostrou que 76.716 (92,4%) eram do sexo feminino e 6.344 (7,6%) eram do sexo masculino. Do total, 67,8% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos,

55,5% eram da raça/cor negra, 7,1% possuíam alguma deficiência ou transtorno e as notificações se concentraram nas regiões Sudeste (32,1%), Norte (21,9%) e Sul (18,8%).

Esse tipo de violência causa consequências abrangentes que causam danos à saúde física e mental que impactam no desenvolvimento das vítimas e que podem perpetuar ao longo de suas vidas, como perpetração de violência, depressão, tabagismo, obesidade, comportamentos sexuais de alto risco, gravidez indesejada e uso de álcool e drogas, e conseqüentemente levar a morte e doenças cardíacas, infecções sexualmente transmissíveis, câncer e suicídio. Além disso, a violência contra essa população também tem um impacto econômico quando incluído os custos médicos diretos, perda de rendimentos e receita tributária devido a morte prematura, educação especial, serviços psicológicos e de bem-estar, serviços de proteção, assistência social, serviços preventivos e criminalidade adulta e subsequente encarceramento relacionado a violência.

Violência infantojuvenil e Pandemia COVID-19

As tensões acumuladas sobre a pandemia, promoveu um maior aumento nas violências que já ocorriam, anteriormente, contra crianças e adolescentes de acordo com a Bárbara Salvaterra, coordenadora estadual do Programa Saúde na Escola (PSE) e Saúde do Adolescente, que representa a SES-RJ no CEDCA-RJ¹⁷. Dados de organizações sociais e instituições não governamentais divulgados demonstram um aumento dessa violência na pandemia, como o aumento em 7,4% no Distrito Federal, 8,5% no Paraná, 73% no Rio Grande do Sul, e 32% em Pernambuco¹⁸. Dessa maneira, se faz mais que necessário a conscientização da população frente a essa questão de saúde pública e social, esclarecendo a sociedade em como pedir ajuda e denunciar.

Mulheres

A Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha)¹⁹ define a violência perpetrada contra a mulher, com foco na violência doméstica ou familiar. Porém, para os objetivos deste capítulo, tal noção pode ser generalizada para qualquer tipo de violência contra a mulher como sendo toda “ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (art. 5º; 5). De acordo com o Atlas da Violência (20), em 2018, uma mulher foi assassinada no Brasil a cada duas

horas, totalizando 4.519 vítimas, representando uma taxa de 4,3 homicídios por 100 mil habitantes do sexo feminino. Assim, por meio desses dados é possível perceber a gravidade do fenômeno e a relevância em se discutir e compreender o tema como um problema social urgente e de saúde pública.

Gestantes

A violência contra a mulher pode ocorrer em qualquer fase de sua vida, incluindo a gestação. A Organização Panamericana de Saúde define a violência durante a gestação como “violência ou ameaça de violência física, sexual ou psicológica (emocional) à mulher grávida”²¹. Nota-se que, apesar desse tipo de violência ser universal, ocorre principalmente contra mulheres jovens e adolescentes²². Acredita-se que estes grupos sejam repetidamente mais vitimados, quando comparados às mulheres mais velhas, devido à baixa idade e por apresentarem maior insegurança e indefensibilidade diante da situação de violência à qual estão submetidas²².

A violência durante o período de gravidez pode causar sérios danos tanto para a saúde da mulher, quanto do bebê. De acordo com a literatura²³, abusos físicos repetidos podem causar fraturas no feto, hemorragia materna e fetal, ruptura do útero, fígado ou baço, atraso no desenvolvimento do bebê, descolamento prematuro da placenta e/ou parto prematuro, que podem gerar bebês com baixo peso; bem como pancadas na barriga podem causar abortos e natimortos. Além disso, mulheres grávidas que sofrem violência têm maiores riscos de fazerem uso de drogas e álcool, expondo o bebê ao risco de nascer com Síndrome Fetal de Abstinência de Álcool ou Dependência de Drogas, além de possíveis deformações.

Frente a isso, é notória a importância e a necessidade de pensar em ações de enfrentamento e prevenção desse tipo de violência, bem como preparar os profissionais de saúde para uma atuação efetiva desta problemática.

Idosos

Com o aumento expressivo da população idosa, a violência contra estes vem assumindo grandes proporções na sociedade. De acordo com o Disque Direitos Humanos (Disque 100), serviço do Ministério da Mulher, da Família, dos Direitos Humanos (MMFDH), o número de denúncias de violência e maus tratos contra a pessoa idosa, no Brasil, cresceu 59% durante a pandemia de COVID-19²⁴. Entre os meses de março e junho, foram registradas 25.533

denúncias, sendo o Paraná o 6º lugar dentre os estados com maior número de registros de denúncias²⁴. Apesar dos dados alarmantes e da complexidade deste problema de saúde, a violência contra o idoso é ainda um assunto velado²⁵.

A violência contra o idoso pode ser definida como ação de agressão ou omissão, intencional ou involuntária. A violência pode ser de natureza física ou psicológica, podendo envolver maus-tratos de ordem financeira ou material²⁶. Assim, independente do tipo de abuso, este causará um sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos, prejudicando e reduzindo a qualidade de vida das vítimas¹.

População negra

Segundo o IBGE, a população negra se caracteriza pela soma de pretos e pardos. Em 2018, essa população representava 75,7% das vítimas de homicídios no Brasil. Para cada indivíduo não negro morto nesse ano, 2,7 negros foram mortos. As mulheres negras, por sua vez, representaram quase 70% do total de mulheres assassinadas, apresentando o dobro da taxa de mortalidade das mulheres não negras. Ressalta-se, também, que entre 2008 e 2018, os homicídios aumentaram em aproximadamente 12% para os negros, enquanto para os indivíduos não negros, houve uma redução de aproximadamente 13%²⁷.

Esses dados são essenciais para a compreensão de situações que estão enraizadas na sociedade brasileira como, entre outras, o racismo, a violência institucional e a violência policial. As relações étnico-raciais na sociedade brasileira são, de forma geral, relações de caráter violento e opressor. A discriminação sofrida por corpos negros vem de um histórico escravista, que propaga uma imagem inferiorizada dessa população. A omissão do Estado e a violência policial, numa tentativa de opressão e controle aos corpos, reforçam a visão estigmatizada das pessoas negras. Esse contexto permite que a vida de um cidadão se torne menos relevante ou tenha menor importância, situação que vai de encontro aos direitos fundamentais que baseiam a Constituição Federal²⁸.

Profissionais da saúde

A violência contra profissionais de saúde é crescente, tanto de forma física quanto verbal, principalmente em situações em que há demora para o atendimento e em casos de pacientes que fizeram uso de álcool e drogas. Estratégias para enfrentar esse desafio são construir uma boa relação com o

paciente, incentivar os profissionais de saúde a aperfeiçoarem suas habilidades de comunicação, notificar todos os incidentes e configurar um ambiente tranquilo nas salas de espera, local mais prevalente de agressões²⁹.

Uma pesquisa indica que mais de 70% dos médicos, profissionais de enfermagem e farmacêuticos do Estado de São Paulo já sofreram algum tipo de agressão, geralmente exercida pelo próprio paciente³⁰. O estudo aponta que a principal motivação para a agressão destes profissionais foi a demora e fila para atendimento, sendo a agressão do tipo verbal e contra profissionais de enfermagem as mais frequentes. Desse modo, destaca-se a importância de cultivar respeito no ambiente de trabalho e a necessidade de maior investimento na infraestrutura para os atendimentos, principalmente no setor público³⁰.

População LGBT

Diversidade de gênero e sexual e suas múltiplas formas sempre sofreram críticas e dividiram opiniões sociais por, de certa forma, ameaçarem uma ordem social preestabelecida fundamentada na heterossexualidade. Esta julga e reprime sujeitos considerados “desviantes”, que são aqueles que possuem orientações sexuais e/ou identidade de gêneros que diferem da ordem, como a homossexualidade, a bissexualidade e identidades trans. Evidencia-se também a busca por corrigi-los e adequá-los aos padrões normais. Entretanto, é fato que, independente de suas formas de expressão perante a sociedade, elas existem e precisam ser validadas e reconhecidas³¹.

Sendo a heterossexualidade a forma socialmente mais aceita de expressões afetivas, todas as outras formas de vivências sexuais e afetivas acabam por se tornarem desnaturalizadas, transformando essas populações nas principais vítimas de violência homofóbica. Esse preconceito contra essas populações consideradas fora dos padrões “normais” está presente em todos os tipos de ambientes e situações, podendo ser interpretada como uma forma de reprodução de desigualdades e exclusões sociais expressas por meio da violência em suas diversas formas. Um dos tipos de violência que esse grupo também pode sofrer é o abuso de saúde, quando sujeitos a “terapias” que possuem o objetivo de mudar a orientação sexual do paciente, de forma forçada ou coercitiva, além de exames anais e genitais forçados, cirurgias e tratamentos sem consentimento em crianças intersex.

A violência contra a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) pode gerar consequências significativas, como um baixo índice de escolarização, dificuldade no acesso ao mercado de trabalho, subempregos, ausência de aceitação pessoal, social e familiar em relação a sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, além de dificuldade e violação dos direitos de acesso à saúde. Esses dados se dão, de forma ainda mais expressiva, em relação à população de travestis transexuais, que necessita de uma atenção específica em relação ao processo hormonal e de resignação sexual, quando realizado³²

Para assegurar que nenhuma violação ocorra, as leis internacionais de direitos humanos garantem que todas as pessoas, sem distinção, não devem ser submetidas a situações de violência. Entretanto, é notável, em todo o mundo, uma falha nesse direito, visto que, cotidianamente, as populações LGBT sofrem algum tipo de violência. Portanto, é dever do Estado corrigir essas falhas e proteger essas pessoas de qualquer ato de violência, tortura e maus tratos, devendo investigar tais ocorrências, fortalecer medidas de prevenção, monitoramento e denúncias, bem como fornecer reparação às vítimas.

Primeiro atendimento

Locais e profissionais envolvidos no primeiro atendimento

O primeiro atendimento pode ser realizado em qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS) ou de Pronto-Atendimento (UPA) e em Hospitais. Caso seja necessário, a vítima deve ser encaminhada para um atendimento especializado. Em Curitiba, os hospitais referências de atendimento a vítimas de violência são no setor de Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR, em que o atendimento ocorre 24h por dia. O Hospital Universitário Evangélico Mackenzie também presta este atendimento para mulheres acima de 12 anos⁷. Nestes locais, o paciente é atendido de forma integral, por meio de uma equipe multidisciplinar geralmente composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Dentro deste contexto com profissionais da saúde, não é necessário o registro de boletim de ocorrência para o atendimento e caso o paciente não deseje registrar sua vontade deve ser respeitada. Porém, é essencial a equipe de saúde orientar sobre a importância de registrar o boletim de ocorrência,

por ser um direito de cidadania e contribuir para o enfrentamento da impunidade do agressor⁸.

Como abordar a violência

Estabelecer uma relação de respeito e empatia com a vítima é essencial no primeiro atendimento, assim como realizar acolhimento e escuta qualificada, sem imposições de valores e pré-julgamentos. Esse acolhimento poderá ser feito pelo Enfermeiro, Assistente Social ou Psicólogo ou outro técnico capacitado e com habilidades para atendimento à pessoa vítima de abuso sexual, a fim de estabelecer um vínculo de confiança e apoio com o (a) paciente³³. Recomenda-se iniciar a anamnese com perguntas abertas, com a finalidade de descobrir informações preliminares, como tempo decorrido entre a violência sexual e a procura pelo atendimento. Dados como uso de preservativo pelo agressor, tipo de agressão (com contato de fluidos ou não), meio empregado (para verificação de uso de substância química) e, em caso de mulheres em idade fértil, se usa algum método contraceptivo, deverá ser questionados garantindo agilidade para profilaxias^{8,33}.

ATENÇÃO: As informações preliminares deverão ser registradas em prontuário para que a pessoa não necessite repetir várias vezes o fato ocorrido.

- Instalações e área física adequada para atendimento: locais específicos de acolhimento e atendimento, longe do pronto-socorro ou da triagem, com o intuito de garantir privacidade durante o atendimento.
- Equipamentos e instrumentais suficientes: esses em condições adequadas de uso que cumprem as necessidades do atendimento promovendo autonomia e resolutividade.

* Quando ofertado o serviço de aborto previsto em lei deve-se seguir as orientações da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento em vigor.

Além disso, é imprescindível garantir privacidade e confidencialidade das informações no atendimento - conforme previsto na lei 10.778/03 -, buscando deixar a vítima confortável⁸.

Como proceder

Atendimento clínico: é primordial colher uma história clínica detalhada e exame físico, uma vez que o prontuário médico funciona como uma prova legal. Dessa maneira, o exame físico deve contemplar:

- Estado geral e sinais vitais;
- Inspeção dos membros, face, couro cabeludo, pescoço, troncos, mama, abdome, perna, face interna das coxas e nádegas;
- Exame ginecológico e anal;
- Descrição das lesões e/ou achados suspeitos.

Até 72 horas da violência realizar:

- Exames laboratoriais: Anti HIV; Hepatite B (HbsAG e anti Hbs); Hepatite C (anti HCV); Sífilis; Transaminases; Hemograma e β HCG (para mulheres em idade fértil);
- Conteúdo vaginal: exame bacterioscópico (Clamídia, Gonococo e Trichomonas). Cultura para gonococo e PCR para Clamídia, se possível descrever se tem presença de espermatozoides no material;
- Profilaxia de HIV/ISTs;
- Solicitação de requisição de exame pericial para autoridade policial/exame clínico pericial;
- Coleta de vestígios de violência sexual;
- Notificação compulsória de violência;
- Atendimento psicológico;
- Orientações e encaminhamento sobre a denúncia de violência sexual;
- Consulta de retorno para acompanhamento e resultado de exames.

Após 72 horas da violência realizar:

- Realização de exames laboratoriais e profilaxia;
- Notificação compulsória de violência;
- Atendimento psicológico;
- Orientações e encaminhamento sobre a denúncia de violência sexual;
- Consulta de retorno para acompanhamento e resultado de exames.

Com base na história clínica da vítima e resultado de exames é necessário propor o melhor tratamento possível, de acordo com o protocolo

vigente no local de atendimento. A comunicação da violência é obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio de ficha de notificação de violência¹⁰.

Multidisciplinaridade: o cuidado que os profissionais devem empregar

Em relação ao atendimento humanizado, é preciso ressaltar o acolhimento como um importante elemento para a qualidade e humanização da atenção. Por acolhimento entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. Desse modo, é necessário o trabalho de uma equipe multidisciplinar, entre médicos, enfermagem, psicólogos e assistentes sociais, a fim de oferecer um atendimento de forma ágil, humanizada e respeitosa para com qualquer vítima⁸.

Acompanhamento da vítima

Após o primeiro atendimento

De forma a garantir a recuperação total do paciente, o acompanhamento clínico, psicológico e social deve ser garantido. Esse processo ocorre nos serviços de saúde de referência de forma a obter uma avaliação contínua sobre a necessidade de novas abordagens de cuidado ou encaminhamento para outros serviços⁸. A humanização do cuidado é essencial para que a conduta ideal seja alcançada, levando em consideração o tipo de violência, as demandas e a recuperação do paciente³⁴.

É importante salientar que, nos casos das vítimas de violência, todo o processo de atendimento e acompanhamento deve ser informado e descrito, respeitando sua autonomia no processo terapêutico como em qualquer situação³⁵. Além disso, é evidente que o acompanhamento da vítima é essencial para promover a resolutividade do caso e evitar que os acontecimentos que levaram o paciente até aquela situação se repitam³⁶.

Possíveis encaminhamentos

A depender do caso, das condições e da recuperação do paciente, evidenciados pela equipe durante o acompanhamento, o paciente pode ser encaminhado para outros serviços da rede. Esse encaminhamento, quando neces-

sário e realizado de forma adequada, torna-se primordial para a recuperação e reinserção completa da vítima na sua rotina habitual³⁶.

Existem diversos serviços disponíveis que podem ser utilizados nesses casos, visando o cuidado psicossocial, a reabilitação e a promoção de saúde: ambulatorios, policlinicas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centros de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira, Centros de Especialidades Odontológicas, Centros de Orientação e Atendimento aos portadores de HIV/AIDS (COA), entre outros⁸.

Rede de apoio da vítima

O acolhimento e atendimento à rede de apoio

Ao acompanhar os casos de vítimas de violência, deve-se compreender que não só a vítima é atingida como todo o núcleo familiar. Após um evento traumático, além de o sistema familiar sofrer repercussão, todos os membros passam por um processo de adaptação³⁷. No caso de crianças e adolescentes em situação de violência, a família, por ter um papel crucial na vida da criança, é um elemento ainda mais fundamental na superação de traumas. Além do acolhimento a esses familiares, o profissional de saúde deve ser capaz de criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares. De acordo com a literatura³⁸, mães que recebem apoio podem fornecer uma maior proteção às vítimas, uma vez que a mãe é a pessoa que mais influência na possível decisão da criança de revelar ou não a violência, sendo que a maioria dos casos de denúncias são realizadas por elas.

A literatura aponta que o apoio social que o indivíduo vai estabelecendo ao longo da vida e os laços sociais duradouros são primordiais no enfrentamento e superação de momentos de crise³⁹. A existência de vínculos e relações, além de permitirem que o indivíduo se desenvolva emocional e socialmente, proporciona recursos para sua satisfação e saúde mental⁴⁰. Em casos de mulheres que vivenciam violência conjugal, a presença da rede de apoio social afetiva pode até mesmo auxiliar a mulher a enfrentar e encerrar o ciclo de violência⁴¹. Diante desses fatos, e compreendendo a importância da rede de apoio para as vítimas e a mobilização familiar que a violência gera, os

profissionais de saúde devem não só acolher e priorizar sua atenção à vítima, como todo o restante do sistema familiar.

Para que o atendimento e o acolhimento nos serviços de saúde sejam efetivos é importante a criação de um ambiente em que a vítima e a família se sintam seguros e confiantes, sendo possível expressar o que sentem e conversar sobre a situação de violência na qual estão envolvidos⁴². Soma-se a isso a importância do acolhimento que implica na postura ética de receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e socializar-se com ela⁴³. Contudo, deve-se ressaltar que o “acolher” não significa a resolução completa dos problemas, mas a atenção dispensada na relação, por meio da escuta, da valorização das queixas e identificação das necessidades do paciente/família, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações da saúde⁴³. Cabe frisar, ainda, que o acolhimento não deve ser visto como uma etapa específica do atendimento, sendo necessário estar presente em todos os locais e etapas do serviço de saúde⁴⁴.

Diante da complexidade da violência, além do acolhimento humanizado à família, é necessário também o acompanhamento psicológico, podendo ser realizado por meio da terapia familiar. De acordo com o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal⁴², na terapia familiar o profissional deve identificar: os valores sociais e os valores familiares com suas interfaces e influências na violência; as consequências psicossociais da violência em cada membro; e os fatores geradores de violência intra ou extrafamiliar. Além disso, deve-se promover a resiliência familiar, principalmente em contextos sociais de risco, a expressão de sentimentos de cada membro diante da violência sofrida, bem como o equilíbrio da estrutura familiar. Ressalta-se que esses procedimentos podem ser realizados por qualquer profissional graduado e com especialização em abordagem sistêmica familiar.

Compreender todas as implicações que a violência produz na família, bem como a importância da rede de apoio para a vítima, é extremamente necessário para uma prática mais eficiente e humanizada dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento às vítimas de violência e seus familiares.

A dificuldade em falar sobre a violência sofrida

Ao se tratar da temática da violência no contexto brasileiro, é comum que o tema traga, intrínseco, o debate sobre a dificuldade da vítima, familiares

e da sociedade como um todo em falar sobre o fenômeno da violência e da subnotificação dos casos. A título de exemplo podemos analisar a violência sexual. Como já foi abordado, os 66.041 estupros registrados no Brasil em 2018⁶ correspondem a apenas 10% do total de casos que ocorrem na realidade e afetam a população, especialmente feminina, diariamente⁷. Logo, é possível perceber que a grande parte das ocorrências de violência permanece na invisibilidade, o que reproduz diretamente a dificuldade enfrentada, principalmente pelas vítimas, em falar da violência sofrida.

A literatura aponta diferentes dificuldades enfrentadas pelas vítimas de violência em denunciar ou mesmo falar sobre o ocorrido. No caso da violência doméstica, a dependência afetiva e econômica pelos parceiros, o medo de carregar a estigmatização do papel de vítima e da reincidência da violência são alguns um dos principais fatores que fazem a violência não ser abordada pela vítima⁴⁵. Os sentimentos ambíguos em relação ao agressor, que, além de ser perpetuador da violência, pode assumir figuras afetivas como pai, mãe, esposo(a), namorado(a), irmã(o), filho(a), por exemplo, podem dificultar a abordagem do assunto⁴⁶ e até mesmo que a vítima perceba a violência como tal, bem como que isso pode exacerbar o sofrimento emocional e tornar a elaboração do evento ainda mais difícil para a vítima⁴⁷. A falta de apoio da família ou negação da violência perpetuada, que ocorre com bastante frequência também nos contextos de violência contra crianças e adolescentes, é outro fator que pode dificultar o processo da vítima em falar sobre a violência. Nesse âmbito, essas restrições podem ser entendidas a partir da noção de invisibilização da violência⁴⁵ e da sustentação da integridade da família enquanto uma instituição inviolável⁴⁷. Em um contexto mais geral, aponta-se, ainda, o descrédito pelas instituições públicas e a noção social de que os agressores não são punidos, como importantes fatores que influenciam sobre a decisão das vítimas em admitirem que sofreram violência e darem início a uma denúncia formal⁴⁵, o que se torna ainda mais evidente no caso da violência institucional.

Frente a todas essas dificuldades, ressalta-se a importância do acompanhamento das equipes de saúde, que envolve conhecimento não apenas da legislação competente e da notificação obrigatória, mas também da humanização e acolhimento durante atendimento dessas vítimas, garantindo o sigilo e orientando a vítima e sua família com relação aos seus direitos, bem como o encaminhamento dos casos que necessitem de atendimento específico ou acompanhamento das redes intersetoriais e sociais⁴⁸.

Grupos de apoio

As intervenções com vítimas de violência podem, muitas vezes, serem organizadas no formato de grupos de apoio. Esse modelo tende a ser priorizado, em detrimento do individual, pela sua potencialidade na promoção do compartilhamento de experiências e vivências entre os membros do grupo, promovendo a desindividualização das dificuldades e sofrimentos⁴⁹ enfrentados em decorrência do evento de violência. A intervenção grupal permite, ainda, que os indivíduos validem sua experiência, compartilhem informações e suporte, além de promover a percepção de que o problema não é único e que existem formas alternativas de lidar com a situação que buscam enfrentar⁵⁰.

Denúncia

Como proceder quando descobrimos que alguém passa ou passou por algum tipo de violência?

Quando identificamos que uma pessoa está sendo vítima de violência, prontamente surge a vontade de ajudar, bem como outras reações emocionais, como a repulsa à violência. Uma das maneiras de auxiliar é falar abertamente com a vítima, que em algumas situações não percebe o que está acontecendo, oferecendo suporte para ela. Outra maneira efetiva de ajudar é pela intervenção direta, podendo ocorrer por meio da denúncia.

Como um profissional da saúde pode identificar e acolher uma vítima?

Se pergunte:

- Quais são os maiores riscos à que essa pessoa está exposta?
- Quais as consequências disso para a vida dela e de pessoas próximas?
- Essas consequências podem ser graves e/ou fatais?
- Quais são as consequências para a saúde dessa pessoa?
- Existe a possibilidade de efetuar alguma denúncia?

Logo após:

- Identificar as barreiras para se fazer a denúncia.
- Esclarecer à vítima que essa situação pode ser mudada.
- Auxiliar a vítima a acessar políticas e garantia de seus direitos.

Quem procurar?

Em casos de violência contra a mulher:

- Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher.
- Polícia Militar – Disque 190.
- Central de Atendimento à Mulher - Disque 180.
- Defensoria Pública.
- Casas da Mulher Brasileira.
- Centros Especializados de Atendimento à Mulher.
- Casas-Abrigo.

Em casos de violência contra a criança e adolescente:

- Conselho Tutelar.
- Ministério Público.
- Disque Direitos Humanos - Disque 100.
- Disque Denúncia - Disque 181.
- Polícia Militar - Disque 190.

Em casos de violência contra o idoso:

- Aplicativo Proteja Brasil.
- Humaniza Redes – Pacto Nacional de Enfrentamento às Violações de Direitos Humanos.
- Disque Direitos Humanos - Disque 100.
- Polícia Militar - Disque 190.
- Polícia Civil - Disque 197.

Em casos de violência contra pessoas com deficiência:

- Disque Direitos Humanos - Disque 100.
- Disque Denúncia - Disque 181.
- Polícia Militar - Disque 190.

Como superar a situação de violência?

Algumas pessoas conseguem ter consciência dos abusos, porém o mais comum é as vítimas acreditarem que os motivos do abusador são causados por amor ou por uma boa intenção, como querer o sucesso delas, por exemplo no caso da violência contra a mulher. Com o tempo, isso faz com que a

vítima acredite que tudo o que ela faz é errado⁵¹, que não conseguirá agradar o outro, podendo desenvolver baixa autoestima, dificuldade em tomar decisões e cumpri-las, como, por exemplo, para sair do relacionamento abusivo. Outros mecanismos, como crença de que a violência é temporária, na mudança de seus parceiros, dificuldades econômicas, dúvidas, vergonha, pena e até mesmo amor, também inviabilizam a saída desses relacionamentos.

Em alguns casos, enfrentar a situação mudando a si próprio ou tentar fazer com que o abusador enxergue os seus atos com o intuito de mudar a relação pode ter o efeito contrário, sendo necessário muito cuidado com essa decisão.

Antes de tudo, é necessário entender o tamanho e o impacto dessa situação. Se o sofrimento for muito intenso é o momento de procurar ajuda de um psicólogo, psiquiatra e em algumas situações, um assistente social e advogado. Esse tipo de ajuda é importante, pois profissionais especializados conseguem auxiliar a vítima a ter uma maior e melhor percepção acerca dessa violência, o que é fundamental para a elaboração e superação do que foi vivido. Além de ajuda profissional, também é importante buscar apoio de familiares e amigos. E o principal: não aceitar o sofrimento e nem esperar que isso melhore sozinho, **procure ajuda**.

No caso da violência contra a mulher, após o surgimento da lei Maria da Penha, as denúncias aumentaram, entretanto, em 2015, o projeto Via Lilás do estado do Rio de Janeiro constatou que mais de 70% das mulheres sofrem algum tipo de violência e não denunciam seus agressores⁵².

Mas afinal, o que dificulta esse pedido de ajuda? Muitas vezes é inviabilizado por diversos motivos, dentre eles, a pessoa ter dificuldade em perceber o abuso, por sentir que consegue melhorar aquela situação, dependência emocional, dependência financeira, medo de abandono e maus tratos, ter sua intimidade exposta, falta de apoio familiar e de confiança de leis e delegacias^{53,54,55}.

Sugestões

Filmes e séries

A seguir, indicamos alguns filmes e séries que abordam a questão da violência, em seus diferentes tipos e formas. Ressaltamos, entretanto, que tais produtos podem servir de gatilhos emocionais caso você já tenha passado,

presenciado ou esteja enfrentando situação de violência. Em sendo o caso, recomendamos que considere com cuidado assistir aos produtos e procure algum dos órgãos e mecanismos de ajuda à pessoas em situação de violência preferencialmente.

- Violência contra a mulher
 - o Séries
 - You
 - Big Little Lies
 - The Handmaid's Tale
 - Inacreditável
 - o Violência obstétrica
 - O renascimento do parto

Cartilhas

A seguir, disponibilizamos um QR Code de acesso à uma pasta contendo algumas cartilhas que abordam a temática da violência, sua prevenção e no atendimento/encaminhamento das vítimas. Basta apontar a câmera do seu celular ou baixar um aplicativo leitor de QR Code para acessá-la.



Projetos sociais e Ong's

Listar-se-á, a seguir, projetos nacionais ou de Curitiba que oferecem acolhimento ou aconselhamento para a população vítima de violência.

- *Mapa do Acolhimento*⁵⁶ é uma plataforma que conecta mulheres que sofrem ou sofreram violência de gênero a psicólogas e/ou advogadas dispostas a prestar serviço voluntário.
- Já o projeto *Justiceiras* tem objetivo similar, buscando conectar médicas, psicólogas e assistentes sociais voluntárias à mulher vítima de violência doméstica. O atendimento é realizado por meio da plata-

forma WhatsApp⁵⁷, por onde as vítimas também podem ter acesso a vídeos informativos.

- O *Mete a colher*⁵⁸ é um projeto que atua através de uma rede de combate à violência contra a mulher, dando apoio às vítimas e orientando sobre os locais para efetivar a denúncia. Os pedidos de ajuda podem ser feitos por mensagens inbox no perfil do Instagram⁵⁹ ou no Facebook⁶⁰.
- A *Associação Fênix*⁶¹ oferece diversos tipos de atendimento, individuais e grupais, com foco nas vítimas de violência doméstica e familiar, abrangendo o público das mulheres, crianças e adolescentes vítimas, bem como dos(as) perpetradores da violência, com vistas a prevenção da reincidência.
- Em relação à população LGBT cita-se o trabalho do *Grupo Dignidade*⁶², em Curitiba, que promove ações, projetos e campanhas de atendimento e assessoria para essas vítimas de violência, bem como para a conscientização do público.

Ressalta-se para o fato de que qualquer tipo de violência e contra qualquer indivíduo é uma infração aos direitos humanos básicos e da inviolabilidade do direito à vida e segurança, garantidos na Constituição (art. 5º)⁶³, e que a denúncia ajuda não apenas a vítima diretamente, mas na mudança da violência enquanto um fenômeno social enraizado no contexto brasileiro. Pontua-se, portanto, a importância do acionamento das políticas públicas governamentais existentes e direcionadas para a notificação dos casos e auxílio das vítimas de violência, conforme os veículos de denúncia expostos no tópico 7.3.

Dessa forma, é visto que a violência independente da maneira que se expressa, causa danos irreversíveis aos indivíduos, gerando sofrimento psíquico que pode permanecer por um longo período de tempo. Deve-se agir de maneira com que se possa evitar que esses eventos aconteçam, ou seja, de maneira preventiva, investindo em campanhas que visem conscientizar sobre, políticas educacionais preventivas e suporte e acolhimento para aqueles que são ou já foram vítimas de violência.

Referências:

1. World Health Organization. World report on violence and health: summary. Geneva: WHO; 2002 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf

2. Definição de Vítima. Dicionário MICHAELIS. Disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=8a0W5>> Acesso em 17 de dezembro de 2020.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: DF; 2002 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf
4. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Silent violence: psychological violence as a condition of domestic physical violence. Interface - Comunic., Saúde, Educ [Internet]. Jan/abr 2007 [cited 2021 Feb 19]; 11(21): 93-103. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2007.v11n21/93-103/pt>
5. Monteiro FS. O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica. [tese de monografia em Psicologia]. Brasília: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde; Centro Universitário de Brasília; 2012 [cited 2021 Feb 19].
6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Brasil). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. ISSN 1983-7364. Brasil: 2019 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf
7. Defensoria Pública do Estado do Paraná (Brasil). O atendimento à mulher vítima de violência sexual e o direito ao aborto legal. Paraná: 2020 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: http://www.defensoriapublica.pr.def.br/arquivos/File/Cartilhas/2020/Versao_Final_-_Cartilha_-_O_atendimento_a_vitima_de_violencia_sexual_1.pdf
8. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres (Brasil). Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios [Internet]. Brasília: DF; 2015 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf
9. Câmara dos Deputados, Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (Brasil). Mapa Violência Contra a Mulher 2018 [Internet]. Brasília: DF; 2019 [cited 2021 Feb 19].
10. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual [Internet]. Paraná: Curitiba; 2018 [cited 2021 Feb 19].
11. CHARAUDEAU, Patrick. Reflexões para a análise da violência verbal. Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 443-476, set./dez. 2019. Disponível em > <http://seer.upf.br/index.php/rd/article/view/9916/114114895> <
12. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet [Internet] 2002 [cited 2021 Feb 19]; 359:1681–5.
13. Fleury S, Bicudo V, Rangel G. Reactions to institutional violence: Patient strategies for facing infringements of the right to health in Brazil. Salud Colect. 2013 [cited 2021 Feb 19];9(1):11–26.
14. World Health Organization (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006 [cited 2021 Feb 19].
15. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 16 Jul.

16. Lima AA. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. 2020 Jun 10 [cited 2020 Dec 17]:17. Available from: Ministério da Saúde
17. CRIANÇAS e adolescentes estão mais expostos à violência doméstica durante pandemia. [S. l.], 28 maio de 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/criancas-e-adolescentes-estao-mais-expostos-a-violencia-domestica-durante-pandemia>. Acesso em: 9 fev. 2021.
18. VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: NOTIFICAÇÕES E ALERTA EM TEMPOS DE PANDEMIA. **Revista Paulista de Pediatria**, Brasil, p. 7, 21 jul. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v39/pt_1984-0462-rpp-39-e2020267.pdf. Acesso em: 3 fev. 2021.
19. Brasil. Lei Maria da Penha. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Brasília: DF; 2006 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
20. Cerqueira D, Bueno S. (Coord.). Atlas da violência 2020. Brasília: Ipea; FBSP; 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf
21. Santos SA, Lovisi GM, Valente CCB et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cas. Saúde Coletiva* 2010 [cited 2021 Feb 19]; 18(4): 483-93 Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_483-493.pdf
22. Ramalho NMG, Ferreira JDL, Lima CLJ de et al. Violência doméstica contra a mulher gestante. *Rev enfermagem UFPE* [internet] 2017 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22279/25328>
23. Aguiar LC. Violência na gravidez: caracterização de casos em São Luís (MA) no ano de 2010 [Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família on the Internet]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2014 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/2014_UFMA_Lia%20Cardoso%20de%20Aguiar.pdf
24. Ministério Público do Paraná (PR). Cresce 59% o número de denúncias de violência contra o idoso no Brasil durante a pandemia da COVID-19; 2020 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: <https://idoso.mppr.mp.br/2020/11/88/Cresce-59-o-numero-de-denuncias-de-violencia-contra-o-idoso-no-Brasil-durante-a-pandemia-da-COVID-19.html>
25. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, d'Orsi Ea. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet] 2016 Aug [cited 2021 Feb 19]; 19(4): 671-682. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400671&lng=en.
26. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002 [cited 2021 Feb 19].
27. Cerqueira D, Bueno S. Violência contra pessoas negras. In: Cerqueira D, Bueno S. (Coord.). Atlas da violência 2020. Brasília: Ipea; FBSP; 2020 [cited 2021 Feb 19]. p.47-53

Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf p. 47–53.

28. Dupas E, Romero TG. Violência no Brasil: as cores que morrem. *Lib Rev Pesqui em Direito*. 2018 [cited 2021 Feb 19];3(2):1–9.

29. D’Ettorre G, Pellicani V, Mazzotta M, Vullo A. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments [Internet] 2018 [cited 2021 Feb 19]; 89(4-S):28–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29644987/>.

30. Conselho Federal de Enfermagem. Sete em cada dez profissionais de saúde já sofreram agressão, mostra pesquisa: Conselhos de classe demonstram preocupação com levantamento e estão lançando campanha por mais respeito [Internet]. São Paulo: 2018 [cited 2021 Feb 19]. Available from: http://www.cofen.gov.br/sete-em-cada-dez-profissionais-de-saude-ja-sofreram-agressao-mostra-pesquisa_65574.html#:~:text=%E2%80%93Sete%20em%20cada%20dez%20profissionais,Conselho%20Federal%20de%20Enfermagem%20%2D%20Brasil

31. Menezes MSA. violência homofóbica em Sergipe e o Serviço Social: Entre o processo de revitimização e viabilização de direitos humanos e sexuais para com a população LGBT [Dissertação de mestrado em Psicologia Social]. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe; 2017 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/5929/1/MOISES_SANTOS_MENEZES.pdf

32. World Health Organization et al. Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. Geneva: WHO; 2015 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em https://www.who.int/hiv/pub/msm/Joint_LGBTI_Statement_ES.pdf?ua=1

33. Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Secretária de Saúde [Internet]. 2015 Jun 15 [cited 2021 Jun 15]:28. Available from: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/>

34. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: Apontamentos para o debate. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017 [cited 2021 Feb 19];22(9):3013–22.

35. Soares JCRS, Camargo Jr. KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2007 [cited 2021 Feb 19];11(21):65–78.

36. Cocco M, Silva EB da, Jahn ADC. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev Eletrônica Enferm* 2010 [cited 2021 Feb 19];12(3):491–7.

37. Komatsu RY, Hartmann JB. Violência e abuso sexual: o impacto na família da vítima. V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica, outubro 2010 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/roberta_yuri_komatsu_2.pdf

38. Xavier BG, Voss HC. O papel da família de crianças vítimas de violência que frequentam o CREAS - Aconchego [Trabalho de Conclusão de Curso]. Ponta Grossa: Instituto Superior de Educação Sant’ana; 2016 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/tcc/article/view/92/39&sa=D&source=editors&ust=1613091147662000&usg=AOvVaw3j100WUFjhVIB9aXqypYAx> Grau de Bacharel em Psicologia

39. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambient. soc.* [Internet] 2014 [cited 2021 Feb 19]; 17(3): 135-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2014000300009&lng=en.
40. Brito RC, Koller SH. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: Carvalho AM (org.). *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999 [cited 2021 Feb 19].
41. Rocha RZ, Galeli PR, Antoni C. Rede de apoio social e afetiva de mulheres que vivenciaram violência conjugal. *Contextos Clínicos* 2019 [cited 2021 Feb 19]; 12(1):124-152.
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal*. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2009 [cited 2021 Feb 19]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf
43. Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva LC. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enferm* 2004 [cited 2021 Feb 19]; 9(1):71-78.
44. Baião BS, Oliveira RA, Lima VVPC et al. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. *Rev. APS* [internet] 2014 [cited 2021 Feb 19]; 17(3):291-302 Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15197>
45. Cordeiro, DCS. Por que algumas mulheres não denunciam seus agressores?. *CSONline - Revista Eletrônica de Ciências Sociais*[internet] 2018 [cited 2021 Feb 19];0(27): 365-383. <https://doi.org/10.34019/1981-2140.2018.17512>
46. Damaceno DG, Alarcon MFS, Sponchiado VBY, Chirelli MQ, Marin MJS, Ghezzi JFSA. 2019. Denunciando as agressões: o protagonismo de mulheres idosas vítimas de violência. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud* 2019 [cited 2021 Feb 19]; 2: 1156-1165. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ CIAIQ2019/article/view/2250>
47. Santos VA dos, Costa LF, Granjeiro IACL. Intervenção no abuso sexual intrafamiliar: ingerência invasiva ou proteção devida? *Psico (Porto Alegre)* 2009 [cited 2021 Feb 19]; 40(4):516–524.
48. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad. Saúde Pública* 2010 [cited 2021 Feb 19]; 26(2): 347-357. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200013>.
49. Albanaes P, Rodrigues KJR, Pellegrini PG, Tolfo SR. Intervenção em grupo de apoio psicológico a trabalhadores vítimas de assédio moral. *Revista de Psicologia* 2017 [cited 2021 Feb 19];35(1): 61-96.
50. Matos M, Machado A, Santos A, Machado C. Intervenção em grupo com vítimas de violência doméstica: uma revisão da sua eficácia. *Análise Psicológica* 2012 [cited 2021 Feb 19]; 1(2): 79-91.

51. JONG, Lin Chau; SADALA, Maria Lúcia Araújo; TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42 (4): 744-51. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/7CsRnQPMTZHNqsX8fqf5cNB/?lang=pt&format=pdf>>
52. DA SILVA CORDEIRO, Débora Cristina. POR QUE ALGUMAS MULHERES NÃO DENUNCIAM SEUS AGRESSORES?. *CSONline-REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS*, n. 27, 2018. Disponível em > <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17512><
53. Abuso psicológico afeta tanto saúde mental quanto física: como identificar. Sociedade Brasileira de Psicologia, 2020. Disponível em: > <https://www.sbponline.org.br/2020/04/abuso-psicologico-afeta-tanto-saude-mental-quanto-fisica-como-identificar> <. Acesso em: 09 fev. 2021.
54. PARENTE, Eriza de Oliveira; NASCIMENTO, Rosana Oliveira do; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 445-465, Aug. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X20090002000008&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X20090002000008>.
55. JONG, Lin Chau; SADALA, Maria Lúcia Araújo; TANAKA; Ana Cristina D'Andretta. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres em violência doméstica. *Rev. esc. enferm. USP*. 2008; 42(4): 744-51. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/7CsRnQPMTZHNqsX8fqf5cNB/?lang=pt&format=pdf>>
56. <https://www.mapadoacolhimento.org/>
57. (11) 99639-1212
58. <https://meteacolher.org/>
59. @appmeteacolher
60. <https://pt-br.facebook.com/appmeteacolher/>
61. <http://www.fenixacoespelavida.org.br/atendimento-as-vitimas/>
62. <https://www.grupodignidade.org.br/o-que-fazemos/>
63. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [cited 2021 Feb 19]. 496 p. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

HUMANIZAÇÃO EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFES E EMERGÊNCIAS

Alana Gabrielle D'Ornelas¹; Déborah Cristina Pischavolsky Zielinski²;
Djuliany Larissa de Souza Siqueira³; Fabiana Luiza Hornung⁴;
Heverton Cirilo Silva⁵; Itamara de Santana Lima⁶;
Matheus Willian Krik⁷; Thiago Hanel Dezan⁸.

Revisores:

Juliano Gasparetto⁹;
Ubaldino da Rosa Ferreira Filho¹⁰;
Alessa Veiga Dziedzic¹¹.

-
1. Medicina - 3º período - UFPR.
 2. Enfermagem - 9º período - UEPG.
 3. Medicina - 3º período - UFPR.
 4. Medicina - 6º período - PUCPR.
 5. Medicina - 4º período - PUCPR.
 6. Medicina - 3º período - UESC.
 7. Medicina - 3º período - UFPR.
 8. Medicina - 4º período - PUCPR.
 9. Médico graduado pela UFPR, master of business administration (MBA) em administração de serviços de saúde, especialista em medicina interna, terapia intensiva e medicina de emergência, e doutor em ciências da saúde pela PUCPR. Professor da Escola de Medicina da PUCPR.
 10. Enfermeiro graduado pela PUCPR, especialista em Urgência e Emergência pela PUCPR e mestre em bioética pela PUCPR. Professor do curso de Enfermagem da PUCPR.
 11. Médica graduada pela UNIFENAS, atua como intervencionista no SAMU.

Um evento catastrófico é definido, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), como um evento que causa grandes danos, destruição e sofrimento humano, e que sobrecarrega a capacidade dos sistemas de saúde locais, exigindo ajuda externa¹. Abrange eventos como sismos, tsunamis, erupções vulcânicas, movimentos de vertentes, ciclones tropicais, ondas de frio ou de calor, secas e inundações². No cenário de catástrofe, se faz necessário um atendimento de emergência, que é entendido como uma exigência de atendimento médico e de saúde imediatos³.

Nessas situações, em que o atendimento deve ser mais rápido e ocorre uma sobrecarga de serviço, existe uma tendência de se perder o contato humanizado com os pacientes, fragilizando a assistência. Entretanto, ao buscar por um atendimento emergencial, os indivíduos esperam encontrar um ambiente que lhes proporcione segurança e conforto, além de qualidade nos serviços prestados^{4,5}. Diante disso, torna-se importante discutir a humanização do atendimento em saúde em cenários de catástrofes e emergências, objetivando melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Humanização na prática internacional

Diversas organizações atuam no processo de ajuda humanitária internacional, disponibilizando assistência através de apoio material, logístico e jurídico para reconstrução dos países afetados e retomada da vida dos envolvidos. Todas as ações realizadas seguem os princípios humanitários básicos: Humanidade: manter e preservar a vida e dignidade da população; Imparcialidade: foco de ação nos grupos mais vulneráveis e com maiores necessidades, sem discriminação política, racial, religiosa ou social; Neutralidade: não tomar lados, garantindo a imparcialidade e a humanidade; Independência: sendo política, religiosa e econômica, para manter a autonomia da organização, garantindo uma ação verdadeiramente neutra, imparcial e humanitária⁶.

Alguns exemplos de organizações que atuam com ações humanitárias globais:

- *Médicos Sem Fronteiras (MSF)*: a ONG foi criada na França em 1971, e atua em situações de conflitos armados, desastres naturais, epidemias, desnutrição e casos em que as pessoas não possuem acesso a medicamentos de qualidade⁷. Suas ações são determinadas por avaliação própria. Atua, também, na sensibilização de órgãos e instituições, levando as dificuldades que as populações atendidas nos projetos enfrentam⁷. A primeira ação registrada foi em 1975,

na Fuga do Camboja. Foi o primeiro programa médico em grande escala durante a crise de refugiados.

- Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV): criado em 1863, em Genebra, Suíça, possui um objetivo central de assegurar proteção e assistência às vítimas de lutas e conflitos mundiais. De início, seu papel era na coordenação, porém com uma maior necessidade de um intermediário neutro nos conflitos, passou a participar em operações de campo. É a principal instituição de ajuda humanitária no mundo⁸.
- Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas (UNICEF): foi criado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1946, nos Estados Unidos, para disponibilizar assistência pós-guerra para milhões de crianças. É o principal defensor global de crianças e adolescentes, tendo como prioridade os mais desfavorecidos: aqueles que vivem em contextos frágeis, portadores de deficiência, e os afetados pela urbanização em massa e pela degradação ambiental, defendendo seus direitos, ajudando a atender suas necessidades básicas e criando oportunidades para que desenvolvam seu potencial⁹.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS): foi fundada em 1902, e atua com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações, no combate de doenças transmissíveis e não transmissíveis e suas causas; fortalece sistemas de saúde e de resposta frente a emergências e desastres. É uma agência especializada em saúde do sistema interamericano, atuando como representante regional da OMS¹⁰.
- Banco Mundial: nasceu no período pós Segunda Guerra Mundial, em 1944, com intuito de reorganizar a economia mundial através de empréstimos para os países se reconstruírem. Poucas décadas após o conflito mundial, com a recuperação dos países, o foco do Banco migrou para nações com necessidades ao redor do mundo, trabalhando em todas as principais áreas de desenvolvimento, visando soluções sustentáveis para reduzir a pobreza e gerar crescimento em países em desenvolvimento¹¹.

Humanização na prática brasileira

– Conceito de rede de articulação e matriciamento em desastres e emergência

A rede de articulação é uma ação coordenada e conjunta de ajuda em situações de desastres e emergências gerenciada não apenas por repartições governamentais, mas também por organizações não-governamentais (ONGs)

e instituições assistenciais de ajuda humanitária. Os principais organismos compondo esse grupo de articulação são: o Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que serão melhores abordados a seguir. Com o objetivo de conectar as entidades e compartilhar o maior número de informações possíveis, a rede integrada possui papel crucial na criação de estratégias no recrutamento e expansão dos recursos, tanto públicos quanto privados, uma vez que essa ação fortalece institucionalmente as organizações destinadas ao atendimento na linha de frente da assistência à população¹².

A rede busca garantir a maior quantidade de serviços atrelada a maior diversidade possível deles, assim a chance de abarcar os usuários em todas as etapas da vida aumenta significativamente. Ao trazer a comunidade para perto do foco das ações públicas, a efetividade na assistência é mais certa e mais provável de ocorrer, tendo em vista a possibilidade da incorporação de parcerias com outras organizações oficiais e não-governamentais¹³.

- Atuação dos principais órgãos da intersetorialidade da rede de articulação em desastres no Brasil (SINPDEC, SEDEC, SUS, CRAS, CREAS)

As diretrizes públicas de assistência social do Brasil, no quesito de responsabilidade e autoridade sobre os desastres e emergências, segue a premissa da descentralização de ações. A partir disso, configura-se uma lógica de que a federação atuaria na coordenação e na criação de normas gerais que regulamentassem as situações decorrentes de desastres e emergências. Já aos estados e municípios, cabe o controle e a execução dos projetos montados, uma vez que a proximidade local permite uma eficácia maior na condução dos programas propostos pela hierarquia de estado¹⁴. Dentre os inúmeros órgãos responsáveis por essa articulação, destacam-se: SINPDEC, SEDEC, RUE CRAS e CREAS.

Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC)	É o órgão central da União, responsável por coordenar o planejamento, a articulação e a execução de projetos e ações de proteção e defesa civil ¹⁵ .
Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil (SEDEC)	Faz parte do SINPDEC; tem como objetivo reduzir os riscos de ocorrência de desastres, tendo ação integrada entre os governos federal, estadual e municipal ¹⁶ .
Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE)	Visa a integração e a articulação, para assegurar melhor acesso dos usuários nos serviços de saúde ¹⁷ .

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	Setor estatal que visa a proteção coletiva de parcelas da sociedade que se encontram em risco de instabilidade social ¹⁸ .
Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	Fornecer auxílio profissional especializado para pessoas que já sofreram algum tipo de desrespeito moral, físico ou psíquico, englobando situações de violência sexual, abandono, catástrofes e desastres ¹⁹ .

Tabela 1: SINPDEC, SEDEC, RUE CRAS e CREAS. Fonte: os autores, 2021

Protocolo de acolhimento e estratificação de risco

- Protocolo de atendimento pré-hospitalar

O protocolo de atendimento pré-hospitalar se dá pela realização dos primeiros socorros, ou seja, são procedimentos especializados feitos fora da esfera hospitalar com o intuito de assegurar a vida das vítimas. E, no contexto de catástrofes e emergências, deve-se, sempre, avaliar a segurança da cena antes de agir. Na sequência, é realizado o exame primário em pacientes com alto risco de morte: avalia-se responsividade, permeabilidade de via aérea (VA), ventilação, estado circulatório e neurológico. Já em outras situações, quando o paciente se encontra estável, é interessante realizar o exame secundário: questionário SAMPLA - sigla para avaliação de: Sinais e Sintomas (S), Alergias (A), Medicamentos de uso contínuo (M), Passado médico (P), Líquidos e/ou alimentos ingeridos nas últimas horas (L) e Ambiente (A) -, avaliação complementar (oximetria e glicemia capilar) e exame segmentar completo¹⁷.

- Missões de acolhimento com classificação de risco

Após a implantação da portaria 2048/2002, do Ministério da Saúde²⁰, foi estabelecido, nas unidades de atendimento de urgência, a triagem classificatória de risco, com a finalidade de organizar o atendimento conforme prioridade.

O acolhimento com classificação de risco atua como um instrumento de humanização, na medida em que organiza o fluxo dos pacientes através de critérios que levam em consideração o nível de sofrimento dos indivíduos e a priorização da assistência para reduzir o número de sequelas e mortes evitáveis. Além disso, torna-se resolutivo, dado que permite estratificação de acordo com a gravidade, mas sem dispensar pacientes antes do atendimento médico²¹.

Essa estratégia sistemática é um exemplo de trabalho cooperativo, visto que envolve a equipe multiprofissional. Ademais, assegura a continuidade do atendimento, pois o encaminhamento do usuário deve ser realizado de acor-

do com a demanda. Desse modo, o acolhimento com classificação de risco assegura um melhor acesso por parte do cidadão que se encontra em agravos de urgência ou emergência²⁰.

- Eixos e suas áreas (vermelho, amarela, verde, azul)

A ambiência na urgência deve ser integrada com a diretriz do acolhimento com classificação de risco, levando em consideração os processos de trabalho e de convivência nesse espaço. Nesse sentido, a organização indicada é composta por eixos e áreas que identificam o nível de risco do usuário²².

Conforme o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência²¹, o eixo vermelho refere-se a clínica do paciente grave, compreendendo 3 áreas principais: a vermelha, amarela e a verde. Desse modo, a sala de emergência para assistência imediata e a sala de procedimentos invasivos correspondem à área vermelha. Já a sala de retaguarda para pacientes críticos estabilizados compreende a área amarela, e a área verde é composta pelas salas de observação. Vale ressaltar que a organização do espaço de modo que garanta o conforto, a privacidade e o recebimento de visitas, influenciam de forma positiva no processo terapêutico.

O eixo azul é destinado para pacientes não graves. É constituído por 3 planos de atendimentos, sendo o primeiro plano reservado para recepção, espera, acolhimento, atendimento administrativo e sala para classificação de risco. Nele, é fundamental a criação de espaços que favoreçam a socialização entre usuários e profissionais.

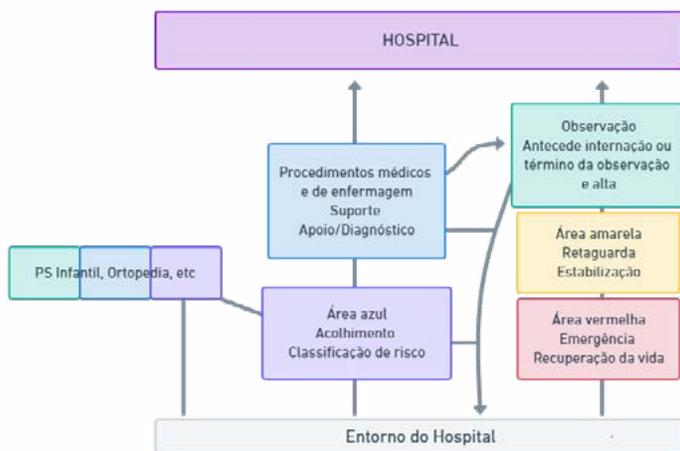


Imagem 1: Acolhimento e Classificação de Risco no Serviços de Urgência; Fonte: os autores, 2021 – adaptado do Protocolo de Atendimento com classificação de risco²³

Já o segundo plano é composto pela área de atendimento médico, tendo em vista o multifuncionamento da sala, a individualidade do paciente e a presença de acompanhante. O terceiro plano corresponde às áreas para realização de procedimentos médicos e de enfermagem, tais como: curativo e sutura.

Inferese que a separação por cores possibilita facilidade na compreensão das áreas. Tal subdivisão pode ser adaptada a depender das particularidades de cada local, visando uma atenção acolhedora, resolutiva e humanizada nos serviços de urgência na rede²³.

Equipe multidisciplinar na humanização em emergência e desastres

Os assuntos acerca do atendimento humanizado tem sido cada vez mais uma temática abordada por profissionais que estão à frente de situações de catástrofes e emergências. Numa busca por revisão de posturas, dentro de práticas de atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar, que visem o fortalecimento do trabalho em equipe, considera-se os reflexos que essa prática pode trazer ao usuário, e objetiva-se uma assistência de saúde dada em caráter humanizado. Dessa perspectiva, os princípios fundamentais que norteiam a prática humanizada do profissional que atua na área de urgência e emergência são:

- Atendimento pré-hospitalar: atuação de bombeiros e socorristas

O atendimento pré-hospitalar (APH), em casos de catástrofes e emergências, é definido como um conjunto de procedimentos técnicos prestados a uma vítima no menor tempo possível. As ações são executadas por profissionais especializados, como socorristas, bombeiros e policiais, com a finalidade de manter a vítima com vida e em situação mais próxima possível da normalidade, com assistência contínua no local da ocorrência e com um manejo e transporte seguro ao estabelecimento de saúde mais adequado à necessidade do paciente.

Para um APH satisfatório, o profissional deve possuir, além do equilíbrio emocional e da competência técnico-científica, uma competência ética, a qual é indispensável para a humanização do serviço. A competência ética, no que tange a relação socorrista e vítima ou socorrista e demais envolvidos

em um trauma, baseia-se nos princípios de respeito à pessoa, solidariedade e sentimento do dever cumprido. As atitudes tomadas a partir do primeiro contato com uma vítima terão reflexões inimagináveis, e serão capazes de atingir, direta ou indiretamente, diversas outras vidas, naquele momento e no decorrer dos eventos²⁴.

Portanto, o profissional humanizado deve pautar suas ações objetivando um atendimento digno e imparcial. Humanizar não é apenas chamar a vítima pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas também compreender seus medos, angústias, sofrimentos e incertezas, dando-lhe apoio, atenção e transmitindo segurança permanente. O socorrista deve focalizar não somente o objeto traumático, mas também os aspectos gerais que envolvem o paciente, como as questões físicas e emocionais; deve manter contato com a vítima, transparecendo empatia e segurança; manter o paciente informado, sempre que possível, dos procedimentos a serem adotados, a fim de construir uma relação de confiança e amenizar sua ansiedade; respeitar o modo e qualidade de vida do traumatizado, preservando a privacidade e dignidade e evitando expô-lo sem necessidade.

- Atendimento hospitalar: médicos e enfermeiros

Além de profissionais que prestam atendimento antes de o paciente chegar no ambiente hospitalar, há também aqueles que atuam diretamente no hospital, como é o caso de médicos e de enfermeiros. A área de urgência e emergência hospitalar é um espaço que possui atribuições próprias, assim como seus profissionais. Nesse ambiente, é muito importante o trabalho interdisciplinar, pois todos os profissionais devem estar em comunhão uns com os outros para a melhor atenção ao paciente. Além de tudo, é um lugar onde se faz essencial o bom preparo do profissional que ali exerce função, já que um erro pode custar à vida de um paciente.

Dessa forma, a equipe de enfermagem deve ser direcionada para prestar um atendimento humanizado aos pacientes, uma vez que o ambiente de urgência e emergência hospitalar exige da equipe de enfermagem domínio sobre métodos e particularidades da assistência, como por exemplo, destreza manual, raciocínio e decisões rápidas e poder de intervenção e resolução dos problemas que se apresentem, observando ainda a situação de saúde do paciente e o tempo limitado para tais ações²⁵.

O enfermeiro, então, tem a função de classificar o paciente de acordo com sinais e sintomas, ou seja, o estado clínico dele, utilizando os protocolos propostos pela instituição. Assim, o atendimento humanizado requer atenção específica, em que são definidas prioridades para se evitar futuros problemas. Essas ações humanizadas estão inteiramente ligadas aos conhecimentos adquiridos pelo enfermeiro em sua formação e vivência, pois é a melhor conduta que guiará o resultado esperado pela equipe de enfermagem .

O médico emergencista tem como principais competências saber reconhecer as afecções agudas de pacientes atendidos em Unidades de Pronto Atendimento e Emergências Hospitalares e implementar os respectivos protocolos; estabelecer linhas de atendimento e cuidado em urgência e emergência; possuir capacidade de autonomia e liderança, bem como ter capacidade de gerenciamento dos processos administrativos relacionados a todas as instâncias do atendimento, como gestão de custos, alocação de recursos humanos, fluxos, etc.

A equipe médica de catástrofes, urgências e emergências atende a pacientes com acometimentos, doenças e lesões que, em geral, não têm diagnóstico prévio e que precisam de atendimento imediato, exigindo preparo técnico e emocional dos profissionais.

O atendimento rápido passou a ser comum nos atendimentos de urgência e emergência, pois o objetivo desse tipo de assistência é estabilizar as condições vitais do paciente, o que exige agilidade e objetividade na sua prática, não levando em conta, na maioria das vezes, suas particularidades. Os pacientes que chegam à busca de atendimento de urgência ou emergência encontram-se fragilizados, temerosos e, por vezes, agressivos, necessitando de uma boa relação usuário-profissional, na qual sua subjetividade seja respeitada²⁶.

Portanto, com o objetivo de evitar que o paciente seja tratado como uma doença ou lesão, mas seja visto como um indivíduo com sentimentos e emoções, a equipe multidisciplinar hospitalar deve ser embasada em ações humanizadas, dirigindo cada estratégia de maneira individualizada, coerentemente com a necessidade de cada paciente. Dentre as várias conceituações existentes, a humanização se traduz em uma forma de cuidar, compreender, abordar, perceber e respeitar o outro em momentos de vulnerabilidade. Os profissionais devem ainda transmitir segurança, confiabilidade e conforto, com o intuito de buscar meios efetivos para reduzir os riscos e minimizar o sofrimento dos pacientes²⁷.

- Atendimento pós-hospitalar - psicólogos

Em cenários de emergências e catástrofes, a grande preocupação é proporcionar a segurança tanto da vítima quanto da equipe que presta auxílio nos momentos anteriores. Todavia, o período pós-hospitalar também possui relevância significativa, principalmente no que tange a saúde mental dos profissionais da saúde.

Dentro desse contexto, aplica-se o TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático – sendo caracterizado como uma angústia psíquica revelada após o indivíduo passar por um acontecimento impactante. Esse fenômeno pode ser causado por, além de eventos catastróficos, episódios de agressão sexual, guerra, sequestro ou terrorismo, por exemplo. Um ponto distintivo é que o diagnóstico de TEPT só pode ser aplicado a casos em que os sintomas persistem por no mínimo 30 dias após o ocorrido²⁸.

Esse tema despertou curiosidade, sobretudo, após os ocorridos no dia 11 de setembro de 2001 em Nova Iorque – EUA, com o ataque ao World Trade Center. O desgaste dos socorristas naquele episódio, associado às proporções gigantescas de destruição e caos geraram um TEPT nunca visto anteriormente. Os profissionais da saúde relataram sintomas de ansiedade e medo generalizados, possibilidade de morrer de repente, dores de estômago, emagrecimento, falta de apetite, palpitações, aperto no peito, sensação de sufocamento, cansaço e exaustão excessivos, entre outros²⁹.

Como uma autorresposta a essa situação, muitos profissionais optam por se debruçar ainda mais sobre o trabalho com o intuito de não pensar mais naquelas sensações de medo e ansiedade. No entanto, na área da saúde mais do que em outras áreas, o profissional precisa estar na sua melhor condição para prestar o auxílio efetivo a todos os pacientes. A não aceitação da condição de um TEPT é frequente, pois abala o falso pensamento de que os profissionais da saúde são imunes às doenças e transtornos que tratam na população geral³⁰.

Por isso, a conscientização da presença de TEPT é imprescindível para o grupo em questão. Ajudar o próximo com excelência e eficácia requer esse pré-requisito por parte do corpo técnico da saúde.

Grande parte dessa ajuda se dá pelos psicólogos. Esses profissionais atuam em dois momentos: a priori, com o cuidado intra-hospitalar, em que buscam atenuar a aflição do paciente trazida pela internação. A posteriori,

exercem um papel crucial no intermédio com os familiares e a reinserção dessas vítimas na sociedade, num contexto de assistência e psicoterapia pós-hospitalar.

Esses especialistas buscam alcançar resultados usando métodos individualizados para cada paciente, como TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) e EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). O primeiro fundamenta-se em reformular os pensamentos anómalos do paciente, ao fazer com que busque, repetidamente, os episódios que geram a ansiedade e tente se “acostumar” com eles, num ambiente calmo e seguro. Já o segundo se baseia numa técnica criada na década de 80, em que há estimulação bilateral dos hemisférios cerebrais, para buscar o evento traumático desencadenante, com o intuito de internalizá-lo de uma maneira diferente, visando assim, uma “superação” do acontecimento traumático³¹.

Medicina de catástrofe

- Fundamentos éticos e jurídicos

As Convenções de Genebra e seus protocolos adicionais consistem em tratados internacionais, assinados entre 1864 e 1949, em que foram estipuladas normas para reduzir os efeitos das guerras sobre os civis, oferecer proteção para militares capturados ou feridos, e lidar com as infrações graves nos conflitos armados³².

Essas Convenções e seus protocolos adicionais compõem o Direito Internacional Humanitário (DIH), também conhecido como “leis da guerra” ou “direito da guerra”, que é composto por regras aplicáveis durante os conflitos armados, internacionais ou não, para regular a condução dos combates, com limitação dos métodos e meios de guerra, e proteger os direitos das pessoas que não participam das hostilidades, civis e militares fora de combate^{6,32}.

- Desafios operacionais para a ação humanitária

As ações humanitárias visam aliviar o sofrimento imediato das pessoas afetadas por crises, além de abordagens mais transformadoras, com o intuito de avaliar as causas profundas da vulnerabilidade. A aplicação dos princípios humanitários de forma ética e consistente atua como um guia para fornecer a ajuda humanitária adequada em diferentes contextos³².

Em muitos momentos, os profissionais do trabalho humanitário podem se encontrar em situações complexas, como enfrentar desde divisões políticas até radicalizações inerentes a conflitos armados. Essas são situações em que a aplicação dos princípios é posta à prova e pode sofrer tensões ou contradições diretas. Movimentos radicalizados muitas vezes não concordam com a ideia da ação humanitária. Os valores em que se baseiam os princípios podem esbarrar em limites culturais de sociedades. A própria barreira linguística pode ser um desafio, visto que as mesmas palavras podem ter significados distintos nas sociedades. Seguramente, nem sempre o ponto de vista da sociedade civil será completamente alinhado com os compromissos das entidades internacionais³².

É preciso, entretanto, seguir a filosofia dos princípios humanitários, adaptando-os quando necessário, a fim de atingir o objetivo final: responder às necessidades decorrentes de crises e catástrofes. Desde 2000, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) realiza reuniões com organizações humanitárias, autoridades religiosas e grupos militantes para discutir fundamentos comuns e aspectos convergentes entre princípios religiosos, culturais e filosóficos, a fim de compreender melhor as diferentes realidades e aprimorar o trabalho em situações adversas³².

A humanização em diferentes contextos

A aplicação da humanização tem premissas e princípios gerais norteadores para as situações de catástrofes e emergências, tais como as diretrizes que já foram descritas neste capítulo. Entretanto, compreender perigos, exposições e vulnerabilidades das situações emergenciais específicas fornece os meios para auxiliar no processo de decisão, entender os riscos locais e desenvolver intervenções para reduzi-los³³. Por meio da interação das pessoas e dos grupos envolvidos, ocorre a realização de trocas solidárias e buscas pelas melhores alternativas para lidar com as diferentes necessidades. As ações desenvolvidas durante e após a situação emergencial, bem como o acesso à tecnologia, segurança e assistência qualificada, terão impacto direto no desfecho positivo da situação³⁴.

Pandemia da COVID-19 e a escolha de Sofia

O coronavírus associado à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) e causador da doença coronavírus 2019 (COVID-19) levou a uma enorme crise de saúde pública mundial. Após ter sido identificado em dezembro de 2019, na China, os casos de infectados pelo patógeno começaram a aumentar substancialmente pelo mundo. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia de COVID-19 e emergência de saúde pública de importância internacional³⁵. Com inúmeros infectados em estado grave, com insuficiência respiratória, houve sobrecarga na demanda por leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), equipados com respiradores, para atendimento das vítimas³⁶.

Nesse contexto, muitos médicos e equipes de saúde precisaram lidar com a “escolha de Sofia”: decidir quais pacientes devem ocupar os últimos leitos de UTI disponíveis no hospital e quais não terão a oportunidade do tratamento. Essa expressão, originada em 1979, invoca a imposição de se tomar uma difícil decisão sob enorme pressão e angústia, e remete a um livro homônimo, escrito por William Styron, no qual a protagonista Sofia devia escolher um entre seus dois filhos para sobreviver, ou ambos morreriam³⁷.

Devido ao alto grau de estresse emocional da equipe de saúde, principalmente dos profissionais da linha de frente no combate à COVID-19, associações médicas desenvolveram um protocolo técnico e ético para ser usado para basear a tomada de decisão. Essa medida minimiza o peso que recai sobre os profissionais de saúde nessas circunstâncias. De modo geral, o protocolo consiste na avaliação de parâmetros vitais dos pacientes que pleiteiam um leito de UTI, constatação de comorbidades que comprometem a sua sobrevivência e avaliação do nível de autonomia do paciente. A decisão de qual vítima deve ocupar o leito de UTI no sistema de saúde em colapso é tomada pelo princípio do indivíduo que tiver a maior chance de sobreviver, e assim será dada a ele maior atenção³⁶.

Este contexto pandêmico impacta duramente os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na linha de frente, que além de passarem pela sobrecarga psicológica, adoecem fisicamente devido às longas jornadas de trabalho e devem lidar constantemente com o risco direto de exposição ao vírus. Além disso, devem ser capazes de lidar empaticamente com os pacientes, que muitas vezes estão em situações delicadas e não podem ter contato

algun com seus amigos e familiares. Nos casos de falecimento, a dor do luto é multiplicada pela ausência de despedida e restrições ao velório, como preconizam as normas sanitárias para evitar a propagação do vírus³⁵. O cenário é devastador na sociedade como um todo e muitos passam a conviver com o medo constantemente.

Considerações finais

Em virtude das considerações levantadas acerca da humanização em situações de catástrofes e emergências, evidencia-se que a formação e capacitação permanente dos profissionais é essencial para o êxito das fases de preparação e resposta, e deve incorporar diferentes setores responsáveis pela gestão de risco de desastres. Para que a prática laboral seja fundamentada em ações humanizadas, os profissionais devem receber capacitações periódicas, bem como devem ser submetidos a exercícios simulados, tanto para testar, como para atualizar o plano elaborado para o momento da emergência. Programas de capacitação profissional em saúde e desastres podem ser ofertados por meio de um esforço conjunto entre o setor saúde, recursos humanos e instituições de ensino, levando em conta a realidade local.

Recentemente, houve uma crescente preocupação com a forma humanizada de atendimento em casos de catástrofes e emergências. Em paralelo, diversas instituições de ensino e pesquisa passaram a ofertar capacitação e estratégias para que a humanização seja alcançada, podendo ser através de cursos, palestras, cartilhas, materiais educativos e ambientes virtuais de aprendizagem.

Todos os profissionais devem ser capacitados em algum momento, mesmo que em grupos separados por especialidade, para que, dessa forma, a humanização traduzida nos atos de cuidar, compreender, respeitar e amparar possa ser cumprida da forma mais genuína possível. É importante ressaltar que o atendimento humanizado e o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas o compartilhamento de saberes, angústias e invenções.

Referências

1. Gomes CA. A GESTÃO DO RISCO DE CATÁSTROFE NATURAL UMA INTRODUÇÃO NA PERSPECTIVA DO DIREITO INTERNACIONAL.

2. De AS, Silva J. “CATÁSTROFES NATURAIS EM SAÚDE PÚBLICA” IMPACTOS E PLANOS DE EMERGÊNCIA Caso de Estudo: São Miguel-Açores Orientador: Professora Doutora Carla Nunes.
3. da Motta MV, Piasek G, Mena H. Urgência e Emergência. Os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. *Rev Saúde, Ética Justiça* [Internet]. 2017;22(2):81–94. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/144375/147091>
4. Nunes Bueno Da Silva¹ B, Avanzi A, Pinto² M. Humanização Da Assistência a Saúde Nos Setores De Urgência/Emergência: Uma Visão Da Equipe De Saúde. :1–13.
5. Gaúcha R. Humanização nos serviços de urgência e emergência : contribuições para o cuidado de enfermagem. 2019;
6. Elizabeth. *Direito Internacional Público*. 1970;1–19.
7. Médicos Sem Fronteiras: Organização de Ajuda Humanitária [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.msf.org.br/>
8. História do CICV - CICV [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.icrc.org/pt/doc/who-we-are/history/overview-section-history-icrc.htm>
9. UNICEF [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.unicef.org/>
10. OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.paho.org/pt>
11. World Bank Group - International Development, Poverty, & Sustainability [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/home>
12. Romagnoli RC. Entre a educação e a saúde: o desafio das redes TT - Between education and health: the challenge of the networks. *Pesqui prátc psicossociais* [Internet]. 2010;4(2):182–92. Available from: http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume4_n2/romagnoli.pdf
13. Pacheco JG. Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização. 2011;393.
14. Civil C. *Presidência da República*. 2021;1–11.
15. Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil — Português (Brasil) [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/protecao-e-defesa-civil/sinpedc>
16. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil — Português (Brasil) [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/composicao/secretarias-nacionais/protecao-e-defesa-civil>
17. Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. [Internet]. 2016;482.[cited 2021 Mar 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf
18. Social D, Sistema F, Prote S. *Cras. ADLFI. Archéologie de la France - Informations*. 1997.

19. Brasília. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL-CREAS GUIA DE ORIENTAÇÃO N° 1 (1ª Versão).
20. Brasil. Decreto n. 10.290. Mar 24, 2020. [cited 2021 Mar 25]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10290.htm
21. Ministério da Saúde. Portaria n. 1863 [Internet]. 2003 [cited 2021 Mar 25]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
22. Brito Lopes Moreira J, Carla de Sousa Oliveira A, Bárbara Silva Sousa L, Allyson Mendes de Araújo J, Socorro de Araújo Dias M, Nazaré Oliveira E. FAZENDO SAÚDE PELO SUS E PARA O SUS: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. SANARE - Rev Políticas Públicas [Internet]. 2015 Nov 24 [cited 2021 Mar 25];14(0). Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/876>
23. Servin SCN; Eliene Pinheiro; Oliveira MD, Serra NA, Rodrigo Matos de; BRITO, Luis Carlos Vieira; PORTELA, Maria dos Anjos; BELFORT, Joserina Feitosa; CABRAL, Leyd Laiane S.; MENESES, Milena da R. R.; ARAUJO, Deusa de Maria Mendes; MELO, Maria dos Remédios Baldez Costa F; LIMA F. Protocolo De Acolhimento Com Classificação De Risco Sistema Único De Saúde (Sus). Dados [Internet]. 2020;1–32. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf
24. Manual operacional de bombeiros: resgate pré-hospitalar. /Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás – Goiânia. 2016; 11-306.
25. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. revistas.ufg.br. [cited 2021 Mar 25]. Available from: http://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a05.pdf
26. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2005 Feb 1 [cited 2021 Mar 25];13:105–11. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4P9yYkX8xW4Z3vFB94b9yv/abstract/?lang=pt>
27. Vivas M, Reis B. Atendimento humanizado em unidade de urgência e emergência. Santa Catarina. 2014. [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/78554578.pdf>
28. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Caderno técnico de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático - TEPT. 2019. 194p.
29. De R. 11 DE SETEMBRO DE 2001. 2005;26(3):425–33.
30. Taylor CM. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.passeidireto.com/arquivo/55256038/fundamentos-de-enfermagem-psiquiatica>
31. Sataloff RT, Johns MM, Kost KM. DESSENSIBILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO POR MOVIMENTOS OCULARES BASEADA EM INTERFACE NATURAL, TRANSPARÊNCIA E VIRTUALIDADE PARA TRATAMENTO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.

32. As Convenções de Genebra de 1949 e seus Protocolos Adicionais - CICV [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. 2010. Available from: <https://www.icrc.org/pt/doc/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions/overview-geneva-conventions.htm>
33. Sena A, Ebi KL, Freitas C, Corvalan C, Barcellos C. Indicators to measure risk of disaster associated with drought: Implications for the health sector. *PLoS One*. 2017 Jul 25;12(7).
34. Falk MLR, Gonçalves AVF, dos Santos DS, de Oliveira FJAQ, Fagundes LB, Ramos MZ, et al. Depoimentos de profissionais de saúde sobre sua vivência em situação de tragédia: Sob o olhar da Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface Commun Heal Educ*. 2014 Dec;18(c):1119–24.
35. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>
36. Escolha de pacientes para a UTI deve ser baseada no estado de gravidade do paciente [Internet]. *Jornal da USP*. 2020 [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://jornal.usp.br/atualidades/escolha-de-pacientes-para-uti-deve-ser-baseada-no-grau-de-gravidade-do-paciente/>
37. A escolha de Sofia no mundo real: quem salvar na pandemia? - Jus.com.br | Jus Navigandi [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://jus.com.br/artigos/81889/a-escolha-de-sofia-diante-da-pandemia>

PRÉ-NATAL HUMANIZADO

Bruna Segaspini Felber¹; Catarina Mayer Soares Ogasavara Beggiano²;
Danielle Rodrigues Vendramini³; Elisa Havro da Silva⁴;
Sarah Carolina Amorim de Lima⁵; Sophia Lecheta Venske⁶;
Stefani Lopes Silva⁷; Tassiana Hreczka Moulepes⁸.

Revisoras:

Késsia Lorena de Oliveira⁹;
Luciana Reichert da Silva Assunção¹⁰;
Luiza Sviesk Sprung¹¹.

-
1. Medicina - 4º período - PUCPR.
 2. Medicina - 5º período - PUCPR.
 3. Medicina - 11º período - PUCPR.
 4. Nutrição - último período - UFPR.
 5. Psicóloga graduada pela UP.
 6. Odontologia - 4º período - UFPR.
 7. Fisioterapia - 5 período - UMC.
 8. Medicina - 5º período - PUCPR.
 9. Doula pela SMdeSaúde-BH, medicina - 8º período - PUCPR, membra da liga acadêmica de saúde da mulher da PUCPR, pesquisadora no inquérito nacional Nascer No Brasil 2 pela ENSP/FIOCRUZ.
 10. Graduada em Odontologia pela PUCPR, especialista em Odontopediatria pela UNPR e em Estatística com Ênfase em Pesquisa pela PUCPR, Mestrado e Doutorado em Odontopediatria pela UNESP, Professora Associada do Curso de Odontologia da UFPR, membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia UFPR e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPR.
 11. Médica graduada pela PUCPR, ginecologista e obstetra pelo HSC de Curitiba, mestranda em ciência pela USP, especializada em Uroginecologia e Disfunções do Assolho pélvica pelo HC da FMUSP e Educação e Terapia em Sexualidade Humana pela UP.

Elucidação

Destaca-se que a linguagem não é um elemento inclusivo e de promoção de igualdade de gênero, portanto esta não traz consigo uma leitura neutra e sem marcação de gênero. Logo, o gênero feminino será adotado para generalizações na redação deste capítulo, apenas para garantir fluidez na leitura, já que há a impossibilidade de utilizar uma linguagem neutra. Sendo assim, elucida-se que o feminino terá referencial linguístico à palavra “pessoas” (ex. pessoas gestantes, pessoas grávidas, pessoas puérperas) que será ocultada, visando garantir fluidez na leitura, utilizando apenas: “a gestante”, “a grávida”, “a puérpera”. Vale ressaltar que apesar do capítulo adotar o gênero feminino, este não exclui homens trans e outras pessoas masculinas, pois esta convenção foi apenas adotada para padronização.

Introdução

A assistência pré-natal é aquela garantida por lei a todas as pessoas grávidas em território nacional, que tem como objetivo atendimentos com acolhimento que promovam a autonomia e o bem-estar da paciente^{1,3}. O Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, prevê que este seja iniciado até o 4º mês de gestação e inclua ao menos seis consultas durante a gravidez e uma consulta no puerpério, até o 42º dia após o nascimento¹. Estas consultas são extremamente importantes para garantir a segurança e o bem-estar da gestante e do feto durante a gravidez⁴.

Desta forma, considerando que no período gravídico-puerperal ocorrem grandes mudanças fisiológicas e psicossociais, se torna imprescindível a atenção multiprofissional a fim de prevenir, diagnosticar e tratar eventuais adversidades encontradas nesta fase³. Sendo função dos profissionais da saúde reforçar o atendimento integrado entre a equipe visando garantir a autonomia da paciente, promovendo um processo de educação em saúde que permita autocuidado em todas as fases da gestação^{2,3,5}. A atuação multidisciplinar, nesta fase da vida da mulher, pode evitar complicações durante todo o ciclo gravídico, por meio do acesso à informações pertinentes a sua situação individual, viabilizando a redução dos níveis de estresse e ansiedade neste período^{4,6,8}.

Por outro lado, para que a saúde do binômio mãe-filho seja promovida de forma eficiente e multifatorial, é importante que seja baseada em cuidados humanizados⁹. O cuidado humanizado durante o período pré-natal consiste

em um conjunto de condutas que promovam o acolhimento, evitando intervenções desnecessárias e garantindo o bem-estar da paciente e do feto, sendo o empoderamento a ferramenta de promoção de saúde⁹. Valorizar o pré-natal multiprofissional humanizado significa ampliar as práticas baseadas no respeito e fortalecimento da dignidade humana, subtraindo os cuidados mecanicistas automatizados, dando lugar a um ambiente empático de preparação para a maternidade¹⁰. Sendo assim, a consulta pré-natal é estabelecida através de um espaço acolhedor e seguro, baseado no diálogo, interação e escuta ativa para que a gestante, acompanhantes e familiares sintam-se confortáveis para expor dúvidas, intimidades e vivências, a fim de discutir informações e adquirir conhecimentos sobre o processo de gestação¹¹.

Este tipo de atendimento é de direito de toda a população, e obrigação das Unidades de Saúde, devendo contar com profissionais treinados e ambientes bem-preparados para que isso seja possível¹. Ao priorizar o cuidado humanizado a equipe de saúde trabalha com a pessoa grávida de forma a atender à sua realidade e histórico de vida, não deixando de lado seus conhecimentos prévios, crenças e desejos, mas sim trabalhando de forma conjunta¹⁰. Portanto, a humanização na assistência pré-natal proporciona meios para uma gestação e nascimentos saudáveis, que possam ser empregados sem discriminação ou negação do protagonismo da pessoa grávida^{1,4,9}.

Histórico e políticas públicas

Os conceitos definidos pelo Ministério da Saúde¹² em relação à atenção pré-natal foram moldados com o tempo, sinalizando que a atenção pré-natal deve contribuir com a diminuição da morbimortalidade materno-infantil e promover acolhimento à gestante. Somado a isso, o tratamento da gestante durante esse processo também passou por mudanças nos últimos anos, seguindo diversas diretrizes e projetos do Estado.

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, comprometido com a redução da morbimortalidade da mulher e da criança. O programa recebia recursos financeiros para custear melhor infraestrutura da saúde, estimular o aleitamento materno e ampliar as ações dirigidas à gestante. Apesar do compromisso com as demandas relativas à gravidez e ao parto, traduzia uma visão fechada da mulher, restrita ao papel biológico e social de mãe e dona do lar.

Então, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em resposta aos agravos e demandas femininas¹³. O PAISM propunha atenção integral à mulher nas diversas etapas da vida e nos contextos em que estão inseridas, configurando um movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde. Além disso, tinha como princípios a integralidade e a autonomia sobre o corpo feminino, ações educativas com base em critérios epidemiológicos, levando em consideração a condição da mulher como determinante para o processo saúde-doença¹⁴.

Em 1990, o Brasil participou da 23^a Conferência Sanitária Pan-Americana e comprometeu-se com a redução da mortalidade materna em 50% no decorrer da década seguinte, conforme o Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade Materna, da Organização Pan-Americana da Saúde. Em 1994, durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em Cairo, o país reafirma o direito à liberdade e aos direitos humanos no exercício da sexualidade, concepção e anticoncepção¹⁵.

À essa altura, já era consenso que o excesso de intervenções é responsável por grandes perdas no momento do nascimento, uma vez que o parto necessita, na maioria dos casos, apenas de observação, com base no princípio de que nenhuma técnica é obrigatoriamente boa ou ruim, mas sua aplicação sem indicação não deve ser efetuada. Surge, então, a necessidade de humanizar o nascimento e reconhecer a autonomia da mulher. Nesse contexto, em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um Guia para Assistência ao Parto Normal, com indicações que reduziam as intervenções desnecessárias e que inspirou a elaboração de outro material técnico pelo Ministério da Saúde seguindo as mesmas recomendações¹⁶.

Em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), considerado um grande marco na assistência pré-natal e puerperal no Brasil. O programa comprometia-se na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, na ampliação ao acesso à assistência pré-natal, no estabelecimento de procedimentos e ações que ampliassem o vínculo entre a assistência e o momento do parto. Essas estratégias foram possíveis a partir da criação de um sistema informatizado, o SISPRENATAL, que fazia acompanhamento do programa e dos incentivos financeiros, além de fornecer relatórios para monitorar a atenção pré-natal¹⁷.

O PHPN era complementado pela Rede Cegonha¹⁸, composta por medidas para garantir atendimento adequado a todas as gestantes e puérperas, desde a confirmação da gravidez até os dois primeiros anos de vida do bebê. Esse projeto recebia recursos a serem aplicados em cuidados primários à mulher e à criança, usando a Unidade Básica de Saúde como referência, exames de pré-natal, transporte seguro e parto em leitos do SUS. Com esses dois programas, estavam instalados preceitos de que a humanização da assistência pré-natal era condição primária para o acompanhamento adequado do parto e do puerpério.

Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que assumiu ações estratégicas para promover melhorias na atenção obstétrica e neonatal com a participação dos gestores das três esferas de governo. Nesse ano, ainda, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)¹⁹, que reflete o compromisso com a garantia de direitos humanos das mulheres, com enfoque de gênero e integralidade. A partir desses dois pontos, deu-se a importância do empoderamento da mulher usuária do Sistema Único de Saúde e sua participação na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Existem, ainda, tentativas de mudanças legais para maior qualidade da assistência obstétrica. O direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto só seria assegurado em 2005, pela Lei 11.108/2005²⁰, um importante ponto para melhores confortos da assistência pré-natal e puerperal. Além disso, pela portaria 2.799 de 2008²¹, foi instituído no SUS a Rede Amamenta Brasil, uma política nacional de incentivo ao aleitamento materno na rede de atenção básica. Por fim, recentemente, a portaria nº 306 de 2016²² aprovou diretrizes para a utilização da cesariana e o acompanhamento das mulheres submetidas a ela.

Acesso e vulnerabilidades

Mesmo após a visível que a evolução na elaboração das políticas públicas de saúde específicas e inclua todos os grupos populacionais medidas legais, ainda é possível observar um acesso desigual à população, agravando os quadros de vulnerabilidade e gerando, portanto, violações dos princípios norteadores do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no país, dentre eles a equidade e a universalidade dos serviços públicos de saúde²³.

Primeiramente, para melhor compreensão das falhas no panorama atual, faz-se necessário a compreensão do conceito da própria problemática. Vulnerabilidade pode ser entendida como um conjunto de condicionantes estruturais que indicam suscetibilidade e é composta por três eixos interdependentes: individual (referindo-se ao grau e qualidade de informação do indivíduo), social (fatores sociais que influenciam nas tomadas de decisão e/ou acesso a informações, serviços, políticas e ações) e programático (programas e políticas desenvolvidas para reagir diante de determinadas problemáticas)²⁴. Tais eixos e influências estão presentes no âmbito da prestação do serviço de pré-natal através de vários recortes integrados e complementares entre si, como: distribuição geográfica, discriminação socioeconômica, racial e/ou etária. Mesmo com avanços já vistos na atenção pré-natal, ela ainda é considerada inadequada no Brasil como um todo, tanto referente à disponibilidade de infraestrutura das Unidades de Saúde da Família, quanto nas ações gerenciais para garantia de acesso. Observa-se cenários ainda piores nas unidades de atendimento no Norte e Nordeste do país, relacionados primariamente às áreas com piores indicadores de renda e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)²⁵. Esse dado é ainda mais explícito quando avaliadas taxas de mortalidade neonatal nessas localidades, sendo os maiores valores encontrados entre as classes sociais D e E, com progenitor apenas com ensino fundamental cursado, nas regiões Norte e Nordeste - assim como número de óbitos por infecção perinatal²⁶.

Quando avaliada a vulnerabilidade etária, pode-se destacar as particularidades e dificuldades da gravidez na adolescência, geralmente relacionadas à baixa renda e à baixa escolaridade aos menores níveis de escolaridade, muitas vezes configurando rejeição da gravidez e a consequente adesão tardia ao pré-natal e resistência à nova rotina²⁷.

Diante desse cenário, ambulatórios específicos para atendimento a gravidez na adolescência, como o implementado na cidade de Santo André/SP, são uma alternativa interessante em busca de aperfeiçoar a prestação do serviço pré-natal, disponibilizando atendimento multidisciplinar, assim como palestras sobre amamentação, parto, evasão escolar, planejamento familiar e debate em grupos para troca de experiências, visto que os perfis são similares (baixa escolaridade, baixa renda, relações pouco estáveis com parceiro e, em alguns casos, múltiplos)²⁷.

Já as informações referentes a assistência pré-natal para mulheres de cor preta e parda indicaram uma série de problemáticas, como maior ocorrência de gestação não planejada e uso de rede pública (SUS), menor número de consultas e de orientações sobre parto normal e sobre o local de parto, além de que uma parcela menor dessas mulheres teve acompanhante na hora do parto²⁸.

Os aspectos raciais estão relacionados à maior ocorrência de gestação não planejada, logo, mulheres pretas e pardas fazem maior uso da rede pública (SUS), têm menor número de consultas e menos orientações sobre parto normal e sobre o local de parto, além de que uma parcela menor dessas mulheres tem a oportunidade de ter um acompanhante na hora do parto.

Ao avaliarmos ainda mais o extremo desse espectro, tem-se os proge-nitores em situação de rua, com os quais a precariedade se intensifica ainda mais; uma vez que, mesmo após a criação da política População em Situação de Rua (PSR), muitos ainda se veem dependentes da implementação de equipes de Consultório na Rua. Além do mais, a adesão e dificuldade de comunicação são, muitas vezes, justificadas pelo preconceito no acolhimento e falta de vínculo estabelecido com os profissionais, principalmente tratando-se de usuárias de drogas ilícitas²⁹.

Outra questão a ser abordada sobre vulnerabilidades no atendimento pré-natal é a gravidez de homens transgêneros. Embora alguns indivíduos realizem tratamento hormonal e/ou cirurgia que desfavorecem a gravidez, outros preservam seus órgãos reprodutivos e, logo, podem engravidar. Com isso, tem-se casos de gravidez de homens transgêneros altamente desejadas como também indesejadas. Porém, mesmo com o aumento da visibilidade social da comunidade de pessoas transgêneros, o serviço de saúde ainda é despreparado para essa população, acarretando inequidades nos cuidados a saúde pré-natal.

Portanto, é necessário a implementação de debates e estímulo de conversas sobre saúde reprodutiva da população LGBT+, tanto nos ambientes de ensino, quanto de trabalho dos profissionais de saúde, de modo a reforçar os direitos de pessoas transgêneros de receber cuidados de saúde e atendimento humanizado qualificado que leve em considerações suas necessidades e particularidades³⁰.

Equipe multidisciplinar

A multidisciplinaridade consiste em uma equipe com enfoque no paciente e com um olhar mediado por diversos especialistas, garantindo segurança e humanização em relação aos cuidados que cada paciente necessita. A multidisciplinaridade no contexto da humanização no pré-natal, conta com diversos especialistas a fim de promover às gestantes um cuidado mais humanizado, seguro e esclarecedor em um momento em que muitas mulheres possam se sentir mais vulneráveis³.

A gestação é uma fase da vida que vem cheia de apreensão, medo e dúvidas. A multidisciplinaridade proporciona mais segurança às gestantes durante todo o período de gestação, pois é através dessa equipe multiprofissional, que as gestantes encontram suporte para suas demandas nos mais diversos âmbitos³¹.

O atendimento médico, no contexto da assistência pré-natal, visa acolher a gestante desde o início da gravidez, acompanhando a paciente ao longo do período gravídico e pós-natal. Cabe ao médico fornecer o cartão da gestante, o calendário de vacinação, a solicitação dos exames de rotina e as orientações sobre atividades educativas, como palestras, encontros interdisciplinares e grupos educativos.

O pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde inclui minimamente seis⁶ consultas, sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. De modo geral, o intervalo entre as consultas varia conforme a semana gestacional, de modo que até a 34^a semana as consultas devam ser mensais, entre as 34^a e 38^a semanas, o indicado seria uma consulta a cada duas semanas quinzenal e, a partir da 38^a semana, as consultas devem ser realizadas toda semana até o parto. Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter a consulta médica assegurada, ou ser referida para um serviço de maior complexidade. A estratificação de risco é muito importante e é realizada pelo médico da unidade básica de saúde que acompanha a gestante. É muito importante também realizar todas as rotinas de exames obrigatórios durante os trimestres visando a evitar o parto prematuro ou as complicações materno fetais preveníveis.

A assistência do pré-natal bem estruturada pode promover a redução dos partos prematuros e de cesáreas desnecessárias, de crianças com baixo

peso ao nascer, de complicações de hipertensão arterial na gestação, bem como da transmissão vertical de patologias como o HIV, sífilis e as hepatites. No entanto, para que essa assistência seja efetiva, é importante que contemple os seguintes aspectos: captação precoce, extensão de cobertura e qualidade. E além da tradicional abordagem fisiológica da gestante e do feto, é essencial que o pré-natal amplie seu foco, garantindo o acolhimento à futura mãe, repleta de dúvidas, possíveis medos e ansiedade³².

Outra profissão essencial no pré-natal é a enfermagem, que atua na introdução de ações preventivas e promocionais às gestantes, buscando compreender a pessoa gestante no seu modo de vida, e com habilidade de comunicação, a partir da escuta e ação dialógica, além da competência técnica. As informações prestadas sobre o processo gestacional contribuem para o autoconhecimento da gestante, bem como o entendimento e identificação de sinais e sintomas de cada período³³. Como por exemplo a assistência do profissional de enfermagem no aleitamento materno, a qual é relevante no pré-natal, uma vez que o ato de amamentar contribui para contato profundo entre mãe e filho. Além do leite materno ser fonte de nutrientes, estimular o sistema imunológico e também ajudar no desenvolvimento cognitivo, emocional e afetivo. Sendo assim, contribuições da enfermagem na prática do aleitamento materno são muito importantes. Logo, a partilha de conhecimento, informações, aconselhamento e estímulo sobre a amamentação na atenção pré-natal, promove uma relação mãe-filho mais saudável, além de garantir maior autonomia da puérpera no processo de aleitamento³⁴.

Além disso, o profissional de enfermagem também pode auxiliar no processo de lactação induzida, seja este para casais de mulheres, nos quais uma pode gestar e a outra amamentar, ou então para mães adotivas. Na lactação induzida, o organismo da mulher é estimulado para produzir leite, mesmo na ausência de alterações hormonais anteriores, que ocorrem durante a gestação. Dessa forma, a pessoa que não gestou pode amamentar. Portanto, é necessário que o profissional em questão esteja apto a adaptar estratégias específicas para cada circunstância, onde exija o processo de indução de lactação³⁵.

Então, o profissional de enfermagem é essencial, por exercer um papel educativo, contribuir para a ocorrência de mudanças saudáveis nas atitudes das gestantes e de seus familiares, além de promover autonomia da gestante para sua própria saúde³⁶.

A fisioterapia é extremamente importante pois promove o bem-estar, previne e diminui as consequências geradas no período gestacional, atuando através de diversas formas, como por meios de alongamentos, cinesioterapia, fortalecimento (foco no assoalho pélvico), exercícios focados no sistema respiratório, exercícios que promovam o relaxamento, diminuição das compensações posturais, além de auxiliar no alívio da retenção de líquido por intermédio da drenagem linfática, atuação na oxigenação materna fetal através de exercícios respiratórios, deambulação, atuando nas contrações e diminuição do tempo de trabalho de parto³⁷.

A terapia ocupacional, visa trabalhar o indivíduo como um todo, em todas as fases da vida, e é claro, atua-se também no pré, puerpério e no momento do parto, orientando e fornecendo informações que vão desde as questões que envolvem as mudanças corporais e atuando também quanto aos aspectos físico, mental, desenvolvimento e social, onde o maior objetivo é manter o equilíbrio e a realização das atividades de vida diária, promovendo às gestantes e seus parceiros a segurança, tranquilidade e funcionalidade em todo o período gestacional³⁸.

Em relação a psicologia, destaca-se o profissional como agente essencial para a criação de um ambiente de escuta ativa diante de recorrentes sentimentos de ansiedade e inseguranças que permeiam o período da gravidez. É principalmente a partir do acolhimento psicológico que serão trabalhadas questões de vínculo entre a mãe e o bebê, relação com a família, formação de redes de apoio, sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, depressão, dentre outros. Diante disso, pode-se perceber que o trabalho da psicologia é essencial para garantir uma relação de confiança e humanização entre equipe de saúde e paciente^{39,40}.

Conforme exposto anteriormente, a gravidez é um momento de grandes transformações corporais, mudanças emocionais repentinas, variações de níveis hormonais e, maior vulnerabilidade social. Nesse contexto, o adequado controle de ganho ou perda de peso durante a gestão pode influenciar diretamente na saúde, tanto da gestante, quanto da criança. Ou seja, o ganho de peso gestacional insuficiente pode levar a um maior risco de prematuridade, como também baixo peso ao nascer; já o ganho de peso gestacional em proporções maiores do que as recomendadas podem ter consequências como recém-nascidos considerados grandes para a idade gestacional e com necessidade de cesárea. Ademais, nutricionistas podem auxiliar a paciente a fazer

melhores escolhas alimentares durante a gestação, do ponto de vista da qualidade dos alimentos e também quantidade a ser consumida, visto que uma nutrição materna inadequada está relacionada com o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, obesidade e hipertensão arterial sistêmica⁴¹.

Considerando todos os aspectos supracitados, é necessário considerar, mais do que índices corporais, principalmente fatores sociais, emocionais, econômicos e culturais da paciente em foco, e sendo indispensável a criação de um espaço de escuta e acolhimento à gestante para que ela possa expor suas dúvidas, medos e angústias, otimizando assim o elo entre o profissional da saúde e a paciente e levando a um atendimento mais humanizado e com mais chances de desenvolvimento de estratégias reais para ultrapassar as dificuldades expostas durante a consulta^{41,42}.

O acompanhamento odontológico através de práticas educativas, informações e diálogos, estabelecidos pelo dentista, possibilita autonomia da gestante em relação à sua saúde bucal e de seu bebê, bem como propicia procedimentos de reabilitação da saúde bucal, a fim de que patologias não interfiram negativamente na gestação. O dentista também contribui para orientações sobre a higiene bucal materna e do bebê, principalmente levando em conta que determinadas doenças bucais são mais recorrentes na gestação⁴³.

Na perspectiva da fonoaudiologia, o pré-natal é estabelecido por procedimentos de orientação às gestantes a partir de ações educativas sobre aspectos de audição, linguagem e voz, motricidade orofacial e hábitos orais, a fim de habilitar e aperfeiçoar a comunicação humana durante a gestação e desenvolvimento do bebê. O estímulo da linguagem é importante como primeira forma de socialização da criança e é através desta que a criança acessa o meio em que está inserida. As orientações em relação às questões auditivas, feitas pelo fonoaudiólogo às gestantes, trazem a realização de testes de detecção de perda auditiva em seus bebês, assegurando um diagnóstico e reabilitação precoces e a efetividade em seu processo de comunicação⁴⁴.

Orientações fonoaudiológicas e odontológicas a respeito da amamentação são essenciais, uma vez que a amamentação, ao garantir o crescimento craniofacial e assim, a aquisição do desenvolvimento da linguagem, promove a saúde da comunicação. Além disso, esses profissionais possuem importante papel na orientação sobre os hábitos orais deletérios como sucção em mama-

deira, dedo e chupeta, que podem alterar funções mastigatórias, respiratórias, de deglutição e fala do bebê⁴⁵.

O olhar pelo profissional de educação física pode promover inúmeros benefícios físicos e psicológicos, ajudando no controle de desconfortos e ganho de peso, e facilitar as condições ponderais do pós-parto, além de prevenir o desenvolvimento de algumas doenças como, diabetes gestacional, obesidade materna, hipertensão arterial sistêmica e pré-eclâmpsia^{46,47}.

Dentre as modalidades de exercícios prescritos às pessoas gestantes inclui-se, os exercícios aeróbicos, os quais favorecem a manutenção da capacidade respiratória e do condicionamento físico, como também auxiliam na prevenção das doenças já citadas⁴⁶. Por sua vez, os treinos de resistência e alongamento muscular, os quais contribuem para o tratamento de desconfortos músculo esqueléticos e garantem fortalecimento muscular e flexibilidade, permitindo assim, melhor adaptação do organismo materno às alterações posturais que decorrem da evolução gestacional. E também, treinamentos específicos para as musculaturas mais afetadas pela gestação⁴⁷.

A atuação completa da equipe multiprofissional garante um pré-natal holístico e esclarecedor. No entanto, vale ressaltar que ainda existem lacunas e déficits na atuação prática dessa equipe. Sendo importante então, estimular e fortalecer ainda mais a necessidade dessa atuação dinâmica nos serviços de saúde pré-natal^{3,48}.

Referências

1. Ministério da Saúde. PORTARIA N° 569, DE 1° DE JUNHO DE 2000 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; Jun 1, 2000. Available from:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_re_p.html
2. Serruya SJ, Di T, Lago G, Cecatti JG. The scenario of pre-natal care in Brazil and the Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program. Vol. 4, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004.
3. Louroza TFD. A importância de uma intervenção multidisciplinar para gestantes no período pré-natal acompanhadas por unidades públicas de saúde. *ConScientiae Saúde*. 2013;
4. Martinelli KG, Santos Neto ET dos, da Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. *Rev Bras Ginecol e Obstet* [Internet]. 2014 Feb [cited 2020 Dec 14];36(2):56–64. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000200056&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
5. Tomazetti BM, Hermes L, Martello NV, Schmitt PM, Braz MM, Hoffmann IC. A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. *Ciência & Saúde* [Internet].

- 2018 Apr 17 [cited 2020 Dec 14];11(1):41. Available from: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.1.27078>
6. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: Reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2007 Mar;12(2):477–86.
7. Falcone VM, Mäder CV de N, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Multiprofessional care and mental health in pregnant women. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005 [cited 2020 Dec 14];39(4):612–8. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
8. Souza VB de, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2011 Jun 30 [cited 2020 Dec 14];13(2):199–210. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>.
9. Zampieri M de FM, Erdmann ALE. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. 2010 Jul [cited 2020 Dec 14];359–67. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009&lng=pt&tlng=pt
10. Zampieri M de FM. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. 1998. 179 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-475492>
11. Assunção LR da S. Humanização em Odontologia: cuidado à gestante e puerpera. 1995;37–49.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 3. ed. Brasília: MS; 2006. 163 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3_ed.pdf
13. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil, In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-35.
14. Osis Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1998 [citado 2020 Dez 16]; 14(Suppl 1): S25-S32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt
15. Galvão L, Díaz J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. 1. ed. Brasília: MS; 2001. 199 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília-DF [Internet]. Available from: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

18. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha [Internet]. Brasília. 2011. Available from:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.ht ml
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília: MS; 2004. 82 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.p df
20. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108/2005. Dispõe sobre o direito a acompanhante às mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2005. Available from:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.ht ml
21. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.799/2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Amamenta Brasil. [Internet]. Brasília. 2008. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2799_18_11_2008.ht ml
23. Ministério da Saúde. Portaria nº 306/2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. [Internet]. Brasília. 2016. Available from:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.ht ml
24. NORONHA, JC., and PEREIRA, TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
25. Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 121-145.
26. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad Saúde Pública 2018; 34:e00110417.
27. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saude Publica. 2014;39(Supl 1):S192-207.
28. Motta M, Jesus MP, Moraes FR. Dificuldades e desafios do pré-natal sob a perspectiva das adolescentes grávidas. Adolesc Saude. 2017;14(3):54-62.
29. Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. Ciênc Saúde Coletiva. 2018 Nov;23(11):3505-16.
30. Araujo AS, Santos AAP, Lúcio IML, Tavares CM, Fidélis EPB. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. Revista de Enfermagem UFPE, Recife, 2017; 11(10): 4103-4110. doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3- SM.1110sup201713

31. Nascimento CM, Barbosa DSP, Pereira ALF, Mouta RJO, Silva SCSB. Questões de gênero na consulta pré-natal de enfermagem: percepções das enfermeiras residentes. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020; vol.10 e91: 1-22. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769241974>
32. Silva MdC et al. Acompanhamento pré-natal: papel do profissional fisioterapeuta [internet]. Cuiabá; 2018. [Acesso em: 16 dez. 2020]. Disponível em:revistafaipe.lifesistemas.com.br
33. Pré-Natal. Secretaria do estado de Saúde do Governo do Estado de Goiás. [Internet]. c2019 [cited 2010 Dec 16]. Available from: <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>
34. Shimizu HE, Lima MG de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009 Jun;62(3):387–92.
35. Da Cunha ÉC, De Siqueira HCH. Aleitamento Materno: Contribuições da Enfermagem. *Ensaios e Ciência C Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2016;20(2):86.
36. Bordalo JD. Relactação e lactação induzida. *Univ Da Beira Inter - Fac Ciências da Saúde*. 2008;1(1):117.
37. Barbosa TL de A, Gomes LMX, Dias OV. O Pré-Natal Realizado Pelo Enfermeiro: a Satisfação Das Gestantes. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):29– 35
38. Campanha MM, Vilagra JM. Acompanhamento do fisioterapeuta em gestantes na sala de parto [internet]. 2012. [Acesso em: 16 dez. 2020]. Disponível em <http://www.fiepbulletin.net>
39. Marques KR, Chaves SM, Gonzaga MG. A importância da terapia ocupacional no pré-parto, parto e puerpério. RM [Internet]. MS; 2016.
40. Benincasa M, Freitas VB, Romagnolo AN, Januário BS, Heleno MG. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Rev. SBPH**. 2019; 22 (1): 238-257
41. Bonassi SM, Melgaço DAC. Somatização na gestação: a relação das ansiedades e impressões oníricas sob a perspectiva psicanalítica. **Vínculo**. 2020. 17(1): 138-162.
42. Becker PC, Mariot MDM, Kretzer DC, Bosa VL, Goldani MZ, Silva CH, Bernardi JR. O consumo alimentar da gestante pode sofrer influência de sua condição clínica durante a gestação? **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. 2020; 20(2):2: 525-534.
43. Moreira LN, Barros DC, Baião MR, Cunha MB. “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2019; 28(3).
44. Harb DA, Carmo WD, Boaventura RM. A importância do pré-natal odontológico. *Revista Cathedral*. 2020;2(3):145-56.
45. Daniela CN, Aline Maria de Araújo Aguiar, Izabella Santos Nogueira dA. The knowledge of pregnant teenagers on Speech Therapy related to maternal-infant health care. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2007;20(4):207-212.
46. Rebecka Ferreira PL, Maria Cláudia Mendes CM, Izabella Santos Nogueira dA. Maternal knowledge on Breast Feeding and speech-language therapy at rooming-in care. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2009;22(1):36-40.

47. Velloso EPP, Reis ZSN, Pereira MLK, Pereira AK. Maternal-fetal response resulting from the practice of physical exercise during pregnancy: a systematic review. *Rev Médica Minas Gerais*. 2015;25(1):93–9.
48. do Nascimento SL, Godoy AC, Surita FG, e Silva JLP. Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: Uma revisão crítica da literatura. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2014;36(9):423–31.
49. Ministério da Saúde (BR). Assistência Pré-natal: Manual técnico. [internet]. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000 [cited 2020 Dec 16]. 68 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf

Humanização do Parto

Ana Carolina Lopacinski Gomes¹; Danielle Rodrigues Vendramini²;
Evelyn Eskelsenn de Souza³; Fernanda Estevam de Avila⁴;
Giovana Pomin Barros Sachetim⁵; Isabeli Lopes Kruk⁶;
Laísa Silva Toledo⁷.

Revisores:

Carolina Pereira Novaes⁸;
Késsia Lorena de Oliveira⁹;
Luiza Sviesk Sprung¹⁰;
Marilene Loewen Wall¹¹.

1. Medicina - 9º período - FPP.

2. Medicina - 11º período - PUCPR.

3. Enfermagem - 6º período - UFPR.

4. Medicina - 6º período - FPP.

5. Medicina - 4º período - UP.

6. Medicina - 5º período - FPP.

7. Medicina - 4º período - UFJF-GV.

8. Enfermeira Obstetra, pós graduada pela UNASP. Laserterapeuta pela DMC, Consultora em amamentação por Bianca Balassiano IBCLC cursos. Possui 3 anos de experiência em Pré-Natal, acompanhamento de parto hospitalar na rede privada e amamentação.

9. Doula pela SM de saúde-BH, medicina - 8º período - PUCPR, membra da liga acadêmica de saúde da mulher da PUCPR, pesquisadora no inquérito nacional Nascer No Brasil 2 pela ENSP/FIOCRUZ.

10. Médica graduada pela PUCPR, ginecologista e obstetra pelo HSC de Curitiba, mestranda em ciência pela USP, com complementação especializada em Uroginecologia e Disfunções do Assoalho pélvica pelo HC-FMUSP e Educação e Terapia em Sexualidade Humana pela UP.

11. Enfermeira graduada pela UFPR, especialista em Enfermagem Obstétrica pela UFPR, mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC e doutora em Enfermagem pela USFC. Professora no Curso de Graduação em várias Disciplinas, dentre elas Cuidados de Enfermagem à Saúde da Mulher e Docente nos Programas de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado e Doutorado e Mestrado Profissional da UFPR.

Conceito

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) define parto humanizado como um conjunto de condutas e procedimentos que possuem como finalidade a promoção do parto e nascimento saudáveis, com o mínimo de intervenções desnecessárias possíveis, respeitando o processo natural e visando a saúde do bebê e da mãe¹. Dessa maneira, o parto humanizado significa respeitar e criar condições para satisfazer as dimensões da condição humana: biológicas, psicológicas e espirituais². No Brasil, a partir de 1990, esse modelo passou a ser utilizado pautado nas evidências científicas e direitos humanos das usuárias nos serviços de saúde, trata-se de um processo que envolve a união de condutas, conceitos e conhecimentos que tenham como objetivo respeitar a individualidade e autonomia da mulher.

Dentre condições necessárias para humanização do parto, estão, principalmente: o abandono às práticas intervencionistas durante a evolução do parto e do nascimento; o respeito às decisões da mulher parturiente, dando-lhe condições de exercer escolhas sobre seu corpo no período pré, intra e pós-parto; o direito de ter um acompanhante e a qualidade das relações entre profissionais e parturiente³. Dessa forma, a humanização do parto depende de três pilares essenciais: autonomia das mulheres; equipe interdisciplinar e atendimento baseado em evidências científicas⁴. Contemporaneamente, com o maior acesso a internet, mulheres de classe média passaram a fomentar discussões online acerca da temática, e em sites de apoio, assim, isso contribuiu para a disseminação de informações acerca do parto humanizado⁵.

Do ponto de vista terminológico, a palavra humanização é utilizada há décadas e possui os mais diversos significados, sendo não apenas um termo, mas também um movimento internacional que privilegia a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre as mulheres que dão à luz e seus cuidadores⁶. O atendimento humanizado ao nascimento deve ser feito de tal forma que a parturiente tenha autonomia sobre o seu corpo no momento do parto, sendo informada pelos profissionais que à assistem sobre os riscos, benefícios e necessidade de cada intervenção, sendo capaz dessa forma de decidir e consentir sobre o que será realizado no seu corpo. É necessário abandonar a visão medicalocêntrica e a patologização do nascimento, este que na maioria das vezes irá acontecer sem a necessidade de intervenção dos profissionais envolvidos na assistência, que tem como principal função a monitorização do binô-

mio mãe-bebe, garantindo dessa forma a segurança da assistência e sabendo identificar o momento oportuno de sugerir intervenções, quando necessárias.

Outro ponto que vale destacar, é que a humanização no parto busca proporcionar o momento do parto como uma experiência verdadeiramente humana, colocando a mulher como a protagonista e respeitando seu direito de escolha para esse momento. Desta forma, apoia-se em práticas benéficas para a parturição, isto é, deixa de lado intervenções desnecessárias que não beneficiam a mulher e nem o recém-nascido, buscando o acolhimento e a orientação da parturiente, promovendo apoio emocional e respeitando seus aspectos culturais e sociais⁷.

Estudos mostram que, durante a assistência humanizada do parto, as mulheres adquirem um intenso sentimento de força e otimismo no processo parturitivo e no cuidado ao bebê. Humanizar o parto é devolver o protagonismo da mulher. Logo, tal humanização objetiva proporcionar autonomia e autoconfiança à parturiente, enquanto garante seus direitos promovendo o acolhimento da gestante e respeitando tanto o processo fisiológico da parturição, quanto, acima de tudo, a escolha da mulher⁸.

Histórico e cenário atual

O Brasil possui uma das maiores taxas de parto por cesárea no mundo⁹ e detém um histórico a respeito da assistência ao parto marcada pelo caráter tecnocrático, no qual a mulher, na condição de paciente, estava alienada ao seu próprio processo, muitas vezes segmentado e carregado de intervenções técnicas¹⁰. Mesmo a assistência ao parto normal ainda é bastante instrumentalizada e centrada no profissional médico¹¹. Nesse contexto, com o passar dos anos, o anseio por diferentes modelos ficou cada vez mais em evidência e mulheres passaram a reivindicar seus direitos no que diz respeito à gestação e ao parto, visando condições melhores de saúde e um atendimento integral à mulher¹².

A partir de meados dos anos 1980, o Sistema Único de Saúde elaborou programas que visavam alterar esse panorama, dentre eles o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Em 1993 foi aprovada a portaria com as normas básicas para implantação do Sistema de Alojamento Conjunto¹³. No entanto, todas essas iniciativas ainda não recebiam a alcunha da humanização, a qual ficava a cargo de resoluções isoladas regionalmente¹⁴.

Somente em 2000 o Ministério da Saúde implementou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que definiu estratégias para reduzir as taxas de partos cirúrgicos, baseando-se nos princípios da humanização obstétrica e neonatal para realizar o acompanhamento adequado do parto e puerpério¹³. A publicação foi marcante por iniciar em âmbito nacional a legislação específica sobre humanização no parto¹⁵. Além dela, também foi criado o Projeto Maternidade Segura, com objetivo de elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil.

Em 2005, foi instituída a lei que assegura às gestantes o direito de ter a presença de um acompanhante escolhido por elas no momento do trabalho de parto, no parto, e no pós-parto imediato^{13,16}. Outra legislação que se destacou na sequência garantiu a vinculação da gestante, durante o pré-natal, à maternidade em que será realizado o parto¹⁷, processo importante para garantir sua vaga e acalmá-la no dia do parto, uma vez que lhe permite conhecer o seu destino e evitar peregrinações.

Tentativas isoladas em algumas cidades ou estados do país têm sido feitas no sentido de dar direito à mulher de escolher a via de parto. No entanto, ainda não há uma iniciativa federal sobre esse assunto, o qual é muito polêmico e diverge opiniões, tanto na população quanto em especialistas, quanto ao seu real benefício e papel na humanização.

Por fim, em 2011, um projeto de grande escala foi lançado pelo governo federal: a Rede Cegonha. Esta funcionou como uma integração de toda a legislação já existente. A Rede Cegonha foi responsável por incentivar a presença de doulas nas maternidades, capacitar em maior grau as parteiras tradicionais, fomentar busca e disponibilidade de especialização em obstetrícia e garantir qualidade e suficiência de leitos para mãe e bebê. Um dos tópicos mais frisados por essa legislação é justamente a humanização, por meio de menor medicalização, atenção às crenças e opiniões da mãe no momento do parto e busca por naturalização desse momento¹⁸.

Em suma, os avanços no tema fomentam a possibilidade de mudança do modelo atual, assistencial e tecnocrático, por um modelo de assistência holística e integral, que valorize o autocuidado, com menor custo e mais humano¹⁹.

Equipe interdisciplinar

Importância da equipe interdisciplinar na saúde e no parto

Equipe multidisciplinar é um grupo com diferentes especializações funcionais que trabalham para alcançar um objetivo comum. A atuação multiprofissional favorece a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e seus fazeres, dando mais sentido à teoria, ampliando a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorando a prática¹⁹. Essa formação resulta em mais produtividade e na melhoria da comunicação e da tomada de decisões.

O trabalho em equipe no âmbito da saúde tem se mostrado cada vez mais importante dentro das estratégias que buscam mudanças dos modelos de assistência à saúde frente a contextos sociais, culturais e econômicos complexos. Percebe-se uma tendência em reconhecer a interdependência e a complementaridade das ações de vários profissionais da saúde, uma vez que o grau de interação entre os membros da equipe multiprofissional está diretamente ligado à qualidade da assistência prestada²⁰.

No contexto do parto humanizado, fica evidente a importância de uma equipe multiprofissional. Para que a humanização e qualidade de assistência à parturiente seja alcançada, é fundamental a presença de uma equipe interdisciplinar unida pelo mesmo propósito, prestando assistência em todas as fases do trabalho de parto e garantindo a autonomia da gestante, tendo em vista que um dos pilares da humanização ao parto é garantir o papel de protagonista à mulher durante todo o processo.

Apesar de cada profissional possuir uma área de atuação específica, para que seja prestada uma assistência humanizada é fundamental que todos os membros da equipe tomem suas decisões pautados nos mesmos princípios. Assim, além do estímulo à autonomia da parturiente, a equipe deve garantir a presença de um acompanhante à escolha da mulher, ouvir suas necessidades, vontades e medos, informar à paciente a respeito de todos os procedimentos aos quais será submetida e reconhecer os valores culturais da família, bem como suas crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento²¹.

Atuação dos profissionais da equipe interprofissional na humanização do parto

OBSTETRA

Os conceitos de humanização ao parto na obstetrícia ainda são difundidos de maneira desigual entre os programas de residência médica. Nesse cenário, é de suma importância a disseminação de conhecimento sobre as práticas que caracterizam uma assistência humanizada desde a formação médica²².

Os médicos obstetras devem favorecer a autonomia da parturiente durante todo o trabalho de parto, prezando pelo respeito ao plano de parto escolhido pela família. As medidas devem iniciar com a escolha do local do parto, priorizando a privacidade da família sempre que possível, optando por um local agradável para o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Juntamente com a equipe multiprofissional, o médico obstetra deve orientar a gestante sobre as possíveis posições de trabalho de parto, cabendo à ela escolher a que melhor lhe agrada²³.

Todas as condutas médicas que forem realizadas devem ser comunicadas previamente à paciente, deixando clara sua real necessidade. Tais cuidados são essenciais tanto em casos de parto normal como nos casos de cesáreas. Vale ressaltar ainda que todos os procedimentos cirúrgicos, quando bem indicados, têm um papel fundamental na obstetrícia como redutores da morbidade e mortalidade perinatal e materna.

PEDIATRA/NEONATOLOGISTA

O médico pediatra faz parte da equipe multiprofissional que presta assistência ao nascimento. Entre os pilares do nascimento seguro, estão o acompanhamento pediátrico não apenas no pré-natal, mas também durante o nascimento e nos cuidados pós-natais²⁴. O pediatra que irá assistir ao parto deve ter conhecimento do histórico da gestante, das particularidades do seu pré-natal e também das vontades e anseios da família.

É fundamental que após o nascimento, o médico pediatra assistente informe à família sobre todos os cuidados que serão realizados com o recém-nascido, transmitindo informações detalhadas e usando linguagem acessível e de fácil compreensão. A garantia do contato precoce pele a pele e o incen-

tivo ao aleitamento materno ainda na sala de parto, se possível, devem ser realizados em conjunto com a equipe multiprofissional.

ANESTESISTA

O médico anestesista é parte fundamental no parto humanizado, visto que o trabalho de parto é acompanhado de dores intensas. O médico anestesista, portanto, utilizará técnicas analgésicas para redução da dor, promovendo maior conforto à parturiente durante o trabalho de parto²⁵.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os enfermeiros obstetras e obstetrizes são profissionais habilitados para a assistência ao parto normal no Brasil. A Lei 7498/86, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências, e o artigo 9º do decreto de Lei 94.406/87, ressaltam que os enfermeiros obstetras e obstetrizes têm autonomia profissional na assistência ao parto²¹. A resolução 516/2016 normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos²⁶.

Em sua atuação na assistência ao parto, o enfermeiro deve buscar um atendimento focado na mulher em todos os aspectos, levando em consideração suas particularidades e seus anseios e resgatando o processo fisiológico do parto. A humanização, acima de tudo, requer do enfermeiro uma visão humanística e a necessidade de compreender o outro. A partir de uma escuta ativa e silenciosa e da consolidação de um vínculo com a paciente, a equipe de enfermagem é fundamental para proporcionar uma maior segurança, conforto e redução da ansiedade das parturientes²⁷.

O papel dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem não se limita apenas à assistência durante o trabalho de parto, mas também ao pré-natal e no puerpério, auxiliando no aleitamento materno, nos cuidados iniciais com o recém-nascido e esclarecendo eventuais dúvidas que surgirem, a fim de garantir uma completa condição e saúde tanto para a mãe como para criança²⁸.

Além disso, a equipe de enfermagem poderá orientar a mulher sobre as modificações que ocorrerão no seu corpo, os sinais e sintomas que podem surgir, orientar sobre todos os cuidados necessários naquele momento e elucidar as possíveis dúvidas da parturiente. Observa-se que, a assistência da

enfermagem, por se tratar de cuidados físicos e emocionais da mulher, reduz o risco de complicações nesse período²⁹.

DOULA

A atuação das doulas no trabalho de parto emerge da necessidade de humanização do parto diante da mecanicidade do atendimento à parturiente onde está inserida a medicalização do parto, a violência obstétrica e o desrespeito à mulher. As doulas são profissionais capacitadas para acompanhar e apoiar a mulher desde o período pré-parto até o puerpério, incluindo a comunicação efetiva e medidas de conforto para atender às necessidades das mulheres durante todo o processo. Além disso, o cuidado prestado por essas profissionais está pautado na qualidade do processo de cuidar, no uso eficaz de tecnologias e uma garantia de que as escolhas da mulher sejam cumpridas³⁰.

Conforme a Associação de Doulas da América do Norte (DONA), as doulas são profissionais treinadas para prestar apoio, suporte físico, emocional e informativo durante o trabalho de parto³¹.

FISIOTERAPEUTA

A fisioterapia pélvica acompanha a mulher desde o pré-natal até o puerpério, valendo-se de exercícios terapêuticos para o alívio da dor, conferindo à mulher uma gestação mais tranquila, pautada no conforto e no alívio da dor. No puerpério, a fisioterapia se mostra importante para prevenir e tratar intercorrências, assegurando o bem-estar da mulher³².

Sendo o fisioterapeuta um profissional que compreende todos os movimentos do corpo humano, torna-se um dos profissionais habilitados a acompanhar a gestante desde o pré-natal até o puerpério, oferecendo suporte físico e emocional a essas mulheres³³. Segundo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região (Crefito9) o fisioterapeuta adota com a parturiente exercícios que ajudem na descida do bebê, como exercícios de cócoras e na bola de pilates³⁴.

Além de todo aporte com exercícios que o fisioterapeuta pode oferecer, ele também está apto a orientar a parturiente sobre todas as mudanças físicas que ocorrerão em seu corpo durante toda a gravidez e no puerpério, minimizando o estresse que a mulher possa vir a ter por desconhecimento. A cinesioterapia, técnica exclusiva do fisioterapeuta, ajuda a parturiente no trabalho de parto, onde por meio de uma reeducação da parte musculoesque-

lética é possível uma maior liberdade de movimento ao tornar a parturiente mais consciente de seu corpo e o quanto ter o domínio sobre ele pode ajudar na hora do parto. Além disso, a intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica valoriza o papel da mulher no seu trabalho de parto, fazendo com que ela use o seu corpo como facilitador durante o processo³⁵.

Desafios na implementação do parto humanizado

Alguns obstáculos podem ser contemplados no contexto da implementação da prática do parto humanizado no Brasil, o que influencia grandemente no bem-estar da mulher e o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, dentre outras questões essenciais envolvendo a gestação. Esses obstáculos envolvem, por exemplo, fatores econômicos, de infraestrutura hospitalar e questões laborais relacionadas à disponibilidade de tempo e falta de preparo profissional³⁶.

Estratégias, como a Política Nacional de Humanização, que visam garantir a atenção em saúde de maneira humanizada para a população, já existem no país, mas, sobretudo no caso das gestantes, percebe-se uma significativa disparidade entre o que é proposto em teoria e a assistência que é de fato demandada por essas mulheres durante o processo de parto¹⁵. Dessa maneira, observa-se uma falha na comunicação entre os serviços de saúde e suas usuárias, já que seus desejos não têm sido supridos de maneira efetiva, o que constitui um reflexo de uma questão ainda mais abrangente: a insuficiência de recursos para a saúde pública³⁷.

Esses aspectos estão intrinsecamente relacionados, visto que o investimento financeiro direcionado à saúde afeta a disponibilidade e a qualidade dos subsídios assistenciais ofertados às gestantes³⁷. A própria oferta de leitos nos hospitais, a qual pode ser limitada em muitos casos, além de questões como as condições estruturais precárias desses estabelecimentos, a falta de integração entre os componentes da equipe multiprofissional responsável pelo parto³⁸ e a sua dificuldade em promover o acolhimento, tanto da gestante, quanto de seu acompanhante, constituem alguns dos desafios para a promoção do parto humanizado no Brasil.

Um dos aspectos também preponderantes para a existência dessa dificuldade está relacionado ao direcionamento do foco do processo de parto

que, muitas vezes, se concentra no médico em vez da parturiente, a qual deveria ser a absoluta prioridade nesse momento. Isso, somado à não compreensão da paciente e de sua família quanto aos seus direitos em relação à atenção e à humanização do parto, contribui para que o quadro atual em nosso país seja caracterizado pela realização de diversos procedimentos desnecessários que visam acelerar o processo de parto e o descaso com o cuidado integral à parturiente³⁷.

Portanto, pode-se dizer que o modelo intervencionista no qual os profissionais ainda são preparados dificulta muito a humanização no trabalho de parto. Tal modelo, ao tirar o protagonismo da parturiente durante o parto, diminui a qualidade do serviço prestado, visto que é estabelecido por ações antagônicas, muitas vezes, às que abrangem o modelo humanizado, o qual, por sua vez, traz muitos benefícios desde o pré-parto até o puerpério. Tendo em vista esse modelo organizacional, é necessário que haja a capacitação dos profissionais envolvidos em todo esse processo e também o envolvimento dos gestores nessa proposta, uma vez que um dos pontos dificultadores é a infraestrutura física fragilizada dos hospitais e maternidades que realizam esse atendimento³⁸.

A formação dos profissionais centrada no modelo biomédico, somada ao tabu referente à discussão sobre gênero e sexualidade, culmina na falta de preparo para o manejo da assistência à população LGBTQIA+. A capacitação dos profissionais de saúde visando o atendimento adequado desse grupo se faz necessária, de maneira que seja evitada a negligência e o descaso que ocorrem muitas vezes na busca pela assistência em saúde. Dessa maneira, os constrangimentos, preconceito e discriminação contra esses indivíduos no contexto dos serviços de saúde podem ser evitados³⁹.

A ausência dos profissionais durante o trabalho de parto e a falta de repasse de informações para as parturientes também constituem obstáculos para a humanização do parto, pautando-se nas vulnerabilidades na parturição, como a falta de segurança e o sentimento de estar sozinha fazem a mulher ter a necessidade de ter um profissional lhe acompanhando durante todo o processo⁴⁰. O trabalho da equipe multiprofissional é de extrema importância para o bom andamento do parto e os profissionais envolvidos nesse processo devem estar centrados no bem estar da parturiente⁴¹.

A falta de orientação da parturiente e sua família, assim como a falta de preparação dos profissionais mostraram-se agravantes para a efetivação

do parto humanizado, o que demonstra a necessidade de capacitação dos profissionais conforme o modelo. Tal situação acontece, pois apesar dos profissionais estarem habituados a ouvir sobre humanização, há uma dificuldade em mudar suas práticas assistenciais. Juntamente a isso está o problema do número insuficiente de funcionários e as rotinas rígidas que os profissionais da saúde enfrentam³⁶, o que se constitui como um reflexo de salários baixos e jornadas exaustivas de trabalho aos quais eles estão condicionados, levando a uma queda da qualidade da assistência prestada por esses profissionais³⁷.

Assim como o acolhimento se mostra essencial para uma humanização efetiva no parto, o acesso à saúde é de extrema importância. É importante debater a respeito das dúvidas que a parturiente possa vir a ter, minimizando suas inseguranças e receios no que tange à desumanização do processo, que mostra-se presente não apenas na sala de parto, mas também ao longo de toda a experiência da parturiente em sua hospitalização⁴⁰.

Essa realidade infelizmente ainda vivenciada no Brasil, caminha em um sentido diferente do que deve envolver o processo de parto humanizado. Neste, não basta que o profissional detenha o conhecimento teórico para garantir a assistência, mas se faz necessário também que ele desenvolva uma sensibilização em relação a esse momento que é tão singular para a mulher. É importante que ele compreenda além da pura fisiologia do parto, vislumbrando a ocorrência natural desse processo como fundamental para o vínculo entre mãe e filho. Não somente o profissional deve adquirir a compreensão do significado desse momento, mas também a gestante, de modo que ela possa se posicionar conforme as suas preferências e exercer sua autonomia de maneira plena⁴².

Melhora do quadro atual e intervenções

Levando em consideração as condições desumanas a qual muitas parturientes são expostas, fica clara a fundamentação de que o momento do pré/durante/pós parto seja baseado em ações éticas, pautadas no respeito mútuo dos profissionais envolvidos em uma conjuntura tão única para a paciente e seu bebê. Infelizmente, o despreparo profissional faz com que, estando em um momento de vulnerabilidade, em muitos casos, a mulher que não teve informações no pré-natal, acaba por assentir por condutas consideradas desnecessárias e abusivas nas esferas física e psicológica.

No contexto da implantação do parto humanizado no Brasil, alguns obstáculos podem ser encontrados, como citados previamente: os fatores econômicos, infraestrutura hospitalar e questões trabalhistas relacionadas ao tempo limitado e à falta de preparo profissional.

Como uma das soluções para tal obstáculo enfrentado, o país já possui estratégias como uma Política Nacional de Humanização que visa garantir que a atenção à saúde da população seja humanizada, mas, principalmente no caso das gestantes, acredita-se que existam grandes diferenças entre as recomendações teóricas. Em muitos casos, a autonomia da parturiente é ignorada e as condutas médicas não são informadas previamente, deixando de esclarecer a real necessidade de tal intervenção.

Essa falha de comunicação entre os serviços de saúde e a usuária reflete um recorte de um problema mais amplo: a insuficiência de recursos públicos de saúde. Dessa maneira, expõe-se a real necessidade de investimentos desde a formação profissional da equipe que virá a atender e prestar de forma humanizada toda a assistência para essa mulher, respeitando sua singularidade, vontades e a informando dos procedimentos; como também do ambiente em que essa paciente virá a ser atendida, com a infraestrutura necessária para um atendimento digno, um nascimento saudável, respeitando o processo natural e visando a saúde do binômio mãe e bebê.

Assim, a participação conjunta dos profissionais em apoio às gestantes e puérperas, além da elaboração de planos de parto participativos⁴³, com a participação ativa da mulher desde o seu pré-natal, incluindo suas reivindicações; constitui-se a maneira de humanizar esse momento tão único: o parto.

Referências

1. Matei EM, Carvalho GM de, Silva MBH, Merighi MAB. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. Cadernos : Centro Universitário São Camilo. 2003 ; 9(2): 16-26
2. Largura M. Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais: Uma análise crítica, por um parto mais humano e solidário. 3 ed; São Paulo (SP): Sarvier; 2006.
3. Posati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton L, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Escola Anna Nery. 2017; 21(4): 1-6. 4.
4. Braz E. Canal Saúde - Fiocruz [Internet]. Parto Humanizado e Violência Obstétrica – informação para garantia de direitos; 22 mar 2018 [citado 12 dez 2020]. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/parto-humanizado-e-violencia-obstetrica-informacao-para-garantia-de-direitos-2018-03-22>

5. Hirsch ON. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas - Revista de Ciências Sociais* [Internet]. 4 set 2015 [citado 12 dez 2020];15(2):229. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17933>
6. Grilo Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*. 2005; 10:627-37.
7. Cordeiro Xavier de Barros T, Marron de Castro T, Pereira Rodrigues D, Gueitcheny Santos Moreira P, da Silva Soares E, da Silva Viana AP. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2018;12(2):554-8.
8. Monteiro MC de M, Holanda VR de Melo GP de. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. *R. Enferm. Cent. O. Min.* [Internet]. 20º de dezembro de 2017 [citado 12º de dezembro de 2020];7. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1885>
9. Schönborn CS. Análise das políticas públicas da ANS, MS e ANVISA para reduzir a taxa de cesáreas no Brasil. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/28547>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2014.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2003.
12. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização no parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cad. Cult. Ciênc.* 2015 mar;13(2):76-89.
13. Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2018 nov;23(11):3517-3524.
14. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [cited 2020 Dec 14]; 13(Suppl 1): 759-768. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Gabinete do Ministro. 2000, jun. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html
16. Presidência da República (Brasil). Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União. 2005, abr. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
17. Presidência da República (Brasil), Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá

assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2007, dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm

18. UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha [Internet]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf

19. Louroza TFD. A importância de uma intervenção multidisciplinar para gestantes no período pré-natal acompanhadas por unidades públicas de saúde. IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão; 2013 p.1-24. https://www.inovarse.org/sites/default/files/T13_%200687_3522.pdf

20. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Interface (Botucatu). [Internet]. 2013, mar. [acesso em 09 dez 2020];17(45):327-340. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2013.v17n45/327-340/>

21. Braz IMA, Paiva MTG, Feitosa KMA, Mendes MES, Feitosa TMA, Silva SL. Interdisciplinaridade na assistência ao parto: percepção dos enfermeiros obstetras. Rev enferm UFPE on line. 2019, ago;13:e241715. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2019 Set 24; 13(0). doi: 10.5205/1981- 8963.2019.241715

22. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. Ciênc. Saúde Coletiva. [Internet]. 2005, mai. [acesso em 09 dez 2020]; 10(3):639-649. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2005.v10n3/639-649/pt>

23. Ministério da Saúde. FEBRASGO. Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher [Internet]. 2001. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf >

24. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Nascimento seguro. [Internet]. 2018; n. 3:1-16. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro__003_.pdf>

25. Silva IP, Palhares AOM, Neto AP. Anestesia no parto humanizado: aplicações das normas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. e-Scientia. [Internet]. 2019;12(2):6-9. Disponível em: <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2970/pdf>>

26. Brasília. Resolução COFEN N° 516/2016 - Alterada pela Resolução COFEN N° 524/2016. [Internet]. Brasília, 24 junho 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>

27. Melo A, Paganini, Silva A, Marques, Peixoto M, Rodrigues, et al. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO. 2018;(14):3407–8000. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/CIAOegJj-Jw8lyxQ_2018-7-26-10-46-43.pdf >

28. Leas RE, Cifuentes DJ. Parto humanizado: contribuições do enfermeiro obstetra. Rev. Ciênc. Cidadania. [Internet]. 2016;2(1):74-90. Disponível em: <http://periodicos.unibave.net/index.php/cienciaecidadania/article/viewFile/64/53>>

29. Monteiro MSS, Barro MJG, Soares PFB, Nunes RL. Importância da assistência de enfermagem no parto humanizado. ReBIS. [Internet]. 2020; 2(4):51-58. Disponível em: <<http://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/139/128>>
30. Grecia LM, Lopes Neto D, Dias VP, Moisés MS. DOULAS' PERCEPTIONS AND ACTIONS IN THE PROCESS OF HUMANIZATION OF LABOR AND DELIVERY. Reme Revista Mineira de Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 16 out 2022];23. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190057>
31. Silva RM da, Barros NF de, Jorge HMF, Melo LPT de, Ferreira Junior AR. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 Oct;17(10):2783–94.
32. Padilha JF, Gasparetto A, Braz MM. Atuação da fisioterapia em uma maternidade: percepção da equipe multiprofissional de saúde. *Fisioterapia Brasil*. 2016 Jul 1;16(1):4–7.
33. 1. Silva HCF da, Luzes R. CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PARTO HUMANIZADO: Alumni- Revista Discente da UNIABEU- ISSN 2318-3985 [Internet]. 2015 Dec 29 [cited 2022 Jun 13];3(6):25–32. Available from: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2146>
34. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9º Região. Os benefícios da Fisioterapia antes, durante e após a gravidez. [Internet]. 2016. Disponível em: <<https://www.crefito9.org.br/noticias/os-beneficios-da-fisioterapia-antes-durante-e-apos-a-gravidez/977#>>
35. 1. Da A, Freitas S, Da V, Lima S, Nogueira De Sousa J, Tami L, et al. Atuação da Fisioterapia no parto humanizado Physiotherapy in humanized labor [Internet]. [cited 2022 Oct 16]. Available from: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/15/10>
36. Souza TG, Gaiva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) 2011 Set;32(3):479-486.
37. Souza GC, Figueiredo RM, Silva EVA, Valcarenghi RV, Mattos ARS, Piccini DGO. PARTO HUMANIZADO SOB A ÓTICA DA PUÉRPERA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Eletrônica Estácio Saúde* [Internet]. 2020 Jul 30 [cited 2022 Oct 14];9(2):25–33. Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/6958>
38. Pereira RM, Fonseca G de O, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Nov [cited 2021 Jan 8];23(11):3517–24. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3517.pdf>
39. Angonese M, Lago MC de S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2017 Mar [cited 2021 Dec 2];26(1):256–70. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FqFGyngp-CS9xJp4zrZYBcL/?format=pdf&lang=pt>

40. Dodou HD, Rodrigues DP, Oriá MOB. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. *Rev Fund Care Online* 2017 jan/mar;9(1):222-230.
41. 1. Portela MC, Reis LG da C, Martins M, Rodrigues JL da S de Q, Lima SML. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018 May 28 [cited 2022 Oct 14];34. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CQvfnJVv-G3xHLLmR8RrkCZb/?lang=pt&format=html>
42. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização no parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cad. Cult. Ciênc.* 2015 Mar;13(2):76-89.
43. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015 Jun 24;10(35):1–12.

Humanização no Cuidado de Pessoas em Situação de Rua

Maria Karoline Cunha¹; Amanda Khetleen Gusso²;
Mayara Oliveira Ruthes³; Emanuelle Rosá Grobério Pinto⁴;
Rafaela Bock Predebon⁵; Júlia Vicentin de Souza⁶;
Ludymila da Silva Tavares⁷; Gabriel Savogin Andraus⁸.

Revisores:

Mario Vicente Campos Guimarães⁹;
Rodrigo Alvarenga¹⁰.

1. Enfermagem - 7º período - PUCPR.

2. Enfermagem - 10º período - UFPR.

3. Biomedicina - 5º período - FPP.

4. Medicina - 7º período - PUCPR.

5. Medicina - 2º período - PUCPR.

6. Biomedicina - 5º período - FPP.

7. Medicina - 3º período - UFS.

8. Medicina - 6º período - PUCPR.

9. Professor Titular de Neurologia e Neurocirurgia - UAM e Pesquisador em Neuro-oncologia e Neurociências - USP. Médico dos Hospitais Albert Einstein, Beneficência Portuguesa (Mirante e Paulista), Lefort, Sírio-Libanês, Hospital das Clínicas, Hospital da Polícia Militar. Chefe do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

10. Professor pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas e do Curso de Filosofia da PUCPR. Doutor em Filosofia pela UFSC, com estágio de pesquisa na Université Paris 1 (Panthéon-Sorbonne), na França, com financiamento da CAPES.

Introdução

A população em situação de rua (PSR) é uma população heterogênea e que apresenta em comum a condição de extrema pobreza e a falta de pertencimento à sociedade formal. Essa população dispõe de uma configuração própria e das mais diversas especificidades e, por esse motivo, é de suma importância que se estabeleça o reconhecimento humanizado dos indivíduos que constituem esse grupo em todos os aspectos que integram a vida em sociedade¹.

Desse modo, para que se estabeleça o reconhecimento humanizado dessa população, seja em quais forem os aspectos, é necessário, em primeiro lugar, conhecer sua configuração. Essa medeia fatores psicológicos, sociais, culturais e espirituais, sendo que tais se encontram inter-relacionados e influenciados um pelo outro. Um exemplo disso seria no âmbito espiritual, no qual a condição social de vulnerabilidade e marginalidade, acarretada pela situação de rua, suscita sentimentos de inferioridade e desmotivação, que por sua vez, podem fazer com que esses indivíduos intensifiquem a busca pela espiritualidade e um sentido da vida^{1,2}.

Tendo em vista essa configuração, há uma política específica para a garantia dos direitos dessa população, a qual é denominada de Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR). A PNPSR engloba os mais diversos direitos, dentre os quais estão o direito à segurança, à justiça, à alimentação, ao lazer, à educação, à moradia e à saúde^{3,4}.

Ademais, a PNPSR traz uma perspectiva integral de saúde, instituindo medidas que promovem a articulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, por sua vez, seguindo seus princípios, é responsável por assegurar a universalidade, a equidade e a integralidade através do acesso à saúde dessa população, principalmente por meio dos consultórios de rua e unidades básicas de saúde (UBS), os quais deveriam constituir a porta de entrada da PSR para o Sistema Público de Saúde^{3,5,6}.

Entretanto, cabe ressaltar que a realidade da PSR em relação ao acesso e a atenção em saúde se dá majoritariamente em casos agudos e para suprimento de suas necessidades básicas. Essa realidade impacta diretamente na continuidade da atenção à saúde e na impossibilidade da promoção dessa e da prevenção de agravos. Além disso, o preconceito e a estigmatização por parte dos profissionais de saúde frente a PSR influencia diretamente no acesso a uma atenção em saúde integral e humanizada^{7,8}.

Ainda cabe ressaltar as especificidades em saúde da PSR, tais como doenças crônicas, sendo estas principalmente doenças cardiovasculares, as quais são a principal causa de morte da porção adulta dessa população. Assim como, também estão presentes nas especificidades problemas odontológicos, doenças dermatológicas como micoses e dermatites, doenças infecto-contagiosas, dentre as quais estão a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sífilis e tuberculose. É importante também considerar as particularidades psicossociais dessa população que englobam notavelmente o abuso de substâncias como álcool e outras drogas^{9,12}.

Por fim, com o advento da pandemia da COVID-19 em 2020, as especificidades em saúde da PSR se intensificaram e foram acrescidas de adversidades, tais como a dificuldade de acesso à informação a respeito da pandemia e desafios na aplicação de medidas de prevenção. Na tentativa de diminuir essas adversidades, foram realizadas algumas ações, principalmente no quesito da infraestrutura, como implementação de novos abrigos para acolher a PSR durante a pandemia. No entanto, mesmo com as tentativas de amenizar as dificuldades proporcionadas pelo cenário pandêmico, as falhas e desafios que já existiam anteriormente passaram a ser ainda mais evidenciados^{13,16}.

A Configuração Psicossocioespiritual da PSR

A população em situação de rua (PSR) é uma população heterogênea e que demanda das mais diversas especificidades, estabelecendo em comum a condição de pobreza absoluta e marginalização da sociedade. Tendo isso em vista, essa população dispõe de condições de vulnerabilidade e fragilidade psicológica, social e espiritual^{1,2}.

Desse modo, ao se tratar da configuração psicológica da população em situação de rua, pode-se citar as diversas situações vivenciadas no seu dia a dia, tais como a violência, o preconceito, a intolerância, a insegurança e o sentimento de exclusão social. Em virtude dessas situações, constrói-se uma condição psicológica de inferioridade e perda de motivação, bem como perda de segurança para mudança de vida por parte dessa população^{2,17}.

Diante desse cenário, essa população torna-se vulnerável ao desenvolvimento de transtornos mentais. Em um estudo realizado em Belo Horizonte com a participação de 251 pessoas em situação de rua, foi mostrado que

49,8% dessa população apresenta algum transtorno mental, sendo a depressão e a ansiedade os transtornos mais comuns⁹.

Ademais, cabe ressaltar, que os transtornos mentais, assim como o uso abusivo de substâncias psicoativas como álcool e drogas ilícitas, são fatores coadjuvantes para que um indivíduo se encontre e permaneça em situação de rua. A droga, nesse sentido, passa a adquirir um estatuto de preenchimento de necessidades básicas de existência emocional, servindo como forma de fuga da situação desafiadora da realidade na rua. Entretanto, o uso dessas substâncias, por vezes, pode preceder a situação de rua, como relatado pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua^{18,21}.

Além das condições psicológicas que atingem a PSR, é de suma importância ressaltar que a configuração social é o fator determinante para que os indivíduos vivam em situação de rua e permaneçam nessa condição. Isso se justifica pela ruptura de relações familiares e afetivas, ausência de trabalho assalariado e falta de moradia convencional^{1,2}.

Em virtude dessas condições, a PSR apresenta falta de participação social concreta e é conseqüentemente estigmatizada por boa parte da sociedade. Essa, por sua vez, perpetra um comportamento antiquado de modo a ignorar a condição humana dessa população, deixando-a marginalizada²².

Assim sendo, por estarem à margem da sociedade e não disporem integralmente de suporte psicológico e social, não é infrequente que pessoas em situação de rua encontrem na espiritualidade uma fonte de suporte e de esperança. Além disso, cabe destacar que as dificuldades e o sofrimento desses indivíduos têm o potencial de induzir uma busca por explicações que possam gerar uma força impulsionadora para seguir em frente^{23,24}.

Diante do exposto, denota-se que a configuração psicossocioespiritual da população em situação de rua necessita de uma compreensão aprofundada e fundamentada. Isso é necessário devido às diversas particularidades e especificidades dessa população, levando-se em consideração que as condições psicológicas, sociais e espirituais estão inter-relacionadas, ou seja, influenciam-se diretamente uma pela outra²².

Direitos da PSR

A população em situação de rua (PSR) possui os mesmos direitos que os outros cidadãos, porém especificar esses direitos, seja por leis, seja por po-

líticas nacionais promove um olhar mais sensível para a situação dessa população. Nesse âmbito, a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR) tem proeminência notável por garantir alguns direitos específicos a PSR e estabelecer deveres das autoridades governamentais em relação ao cumprimento desses. Nos parágrafos a seguir, detalha-se a conjuntura relacionada aos direitos à saúde, à segurança, à justiça, à alimentação, ao lazer, à educação e à moradia observada nessa população na atualidade.



Esquemática de alguns dos direitos da população em situação de rua

No que diz respeito à saúde, essa é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Nesse contexto, a PNPSR também traz uma perspectiva integral de saúde, instituindo medidas que promovem a articulação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com a finalidade de qualificar os serviços voltados à PSR. Adicionalmente, tal legislação também reconhece as particularidades dessa população, definindo a criação de políticas voltadas tanto para a assistência em saúde propriamente dita quanto para esferas da vida com influência sobre o bem-estar sob um olhar global^{3,4}.

Na perspectiva dos direitos à segurança e à justiça, tem-se resguardado pela Constituição Federal o acesso igualitário aos serviços associados a tais, independente da condição socioeconômica-cultural, naturalidade ou outras

distinções de qualquer natureza que qualifiquem o indivíduo. Dessa forma, fica evidente que a população em situação de rua tem igual direito à garantia da proteção de sua integridade física, moral, emocional e psicológica e ao registro de ocorrências pela delegacia de polícia, independentemente da natureza das denúncias. Também deve haver, por parte das autoridades envolvidas, resguardo ao anonimato e atendimento humano, ético e profissional às vítimas, testemunhas e terceiros envolvidos²⁵.

Por sua vez, o direito à alimentação se enquadra nos parâmetros da saúde, sendo o ato de comer fundamental para estabelecer equilíbrio no organismo e dificultar o adoecimento desse. Entretanto, torna-se importante ressaltar que o ato de comer na rua dificulta que os significados psicossociais associados a essa atividade sejam adequadamente abordados. A comida para a PSR é ligada diretamente ao fator biológico, sendo a resolução de uma necessidade fisiológica voltada para sua sobrevivência e frequentemente advinda do lixo ou de doações. Dessa forma, não é incomum que o alimento perca o elo de lembranças da experiência afetiva com a comida²⁶.

Outro fator com estreita relação à saúde é o direito ao lazer, sendo relatado no parágrafo terceiro do artigo 217º da Constituição Federal de 1988, como responsabilidade do poder público, que deve incentivá-lo como forma de promoção social. Contudo, torna-se evidente que esse direito é o mais renegado a PSR visto que a dificuldade de obter vínculo empregatício é um problema recorrente, prejudicando o acesso aos meios de lazer sob a perspectiva popular. Desse modo, uma forma sugerida de abordar essa conjuntura seria a criação de programas, projetos e ações, por parte dos órgãos governamentais, que favoreçam a seguridade desse direito²⁷.

De forma análoga, o direito da PSR à educação é igualmente conferido pela PNPSR, a qual dispõe sobre a inclusão desses indivíduos em ações e programas educacionais, bem como sobre a efetivação do acesso regular à educação. A relação do direito ao trabalho está estritamente ligada ao fundamento da educação, pois, sem a escolaridade adequada torna-se mais dificultosa a inserção no mercado de trabalho, que por sua vez não tem diretrizes próprias para ativamente empregar pessoas em situação de rua²⁸.

O desenvolvimento urbano e a garantia de habitação são essenciais ao desenvolvimento da sociedade como um todo. Contudo, no que se refere à PSR, o Brasil não realiza contagem oficial em nível nacional, o que pode demonstrar falha na abordagem da garantia constitucional do direito à mo-

radia em relação a essa população. Esta situação possivelmente está ligada à compreensão de que a situação de rua é uma responsabilidade apenas do indivíduo, negando os processos sociais pertinentes à condição²⁹.

Em contexto global, é importante ressaltar que a dificuldade do cumprimento de certos direitos da PSR não encontra-se apenas no acesso aos meios criados para garanti-los, mas também no ato de assegurá-los continuamente³⁰. Assim, perante as necessidades de melhoria observadas em esferas que se estendem desde a saúde até o lazer, há o imperativo de desenvolver estratégias que, fazendo-se valer do princípio da equidade, considerem as especificidades tanto do indivíduo em situação de rua quanto do contexto que cerca sua realidade.

SUS, Consultórios de Rua e os Níveis de Atenção à Saúde Relacionados com a PSR

O acesso humanizado à saúde para a população em situação de rua (PSR) é de suma significância e ainda é um desafio para as políticas públicas. No entanto, pode ser conquistado, com um primeiro passo apropriado sendo reconhecer as especificidades do relacionamento da PSR com o sistema de saúde. Uma vez que estas especificidades são conhecidas, assim como definido pela Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua, tem-se como plataforma para a execução de mudanças que promovam tal acesso ao sistema de saúde público no Brasil, denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos anos, esse tem passado por diversos processos de avanço e por mais que enfrente os mais variados desafios e obstáculos, tem se mostrado cada vez mais ativo e presente na saúde da PSR^{8,25,31}.

De acordo com a Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), o SUS tem de estar descentralizado e em consonância com os princípios que o estruturam, dentre os quais estão a universalidade, a equidade e a integralidade. Ao se tratar da universalidade, esta determina que todo e qualquer ser humano têm direito ao acesso a ações e serviços de saúde, sem qualquer forma de discriminação. Entretanto, mesmo sendo o atendimento à saúde um direito de todo cidadão conforme prevê a Constituição Federal de 1988, somente em 2018 vigora a lei (Lei nº 13.714/2018) que não exige comprovação de residência para ter acesso aos serviços oferecidos pelo SUS. Fica evidente, então, que há pouco tempo o direito de acesso da PSR ao SUS não estava

sendo garantido na prática. Portanto, essa lei representou um marco de inclusão social para as pessoas em situação de rua, entretanto ainda necessita ser implementada na rotina dos serviços para efetivamente promover o acesso dessa população ao SUS^{31,33}.

Por sua vez, no que se refere a equidade, essa traz consigo o atendimento aos indivíduos de acordo com as suas necessidades, ou seja, reconhece que todos precisam de atenção, mas não especificamente dos mesmos atendimentos. Ainda, em relação aos princípios, no tocante a integralidade, esta busca a contemplação do indivíduo em todos os níveis de atenção em saúde, levando em consideração os contextos em que este está inserido, como o social, familiar e cultural. Assim sendo, ao relacionar esses princípios com a PSR, pode-se observar que todos, em sua singularidade, podem ser aplicados para prover o acesso humanizado em uma realidade sólida e consistente^{31,33}.

De acordo com esses princípios, a introdução dos Consultórios de Rua (CR) iniciou diante da necessidade de trazer a assistência à saúde para pessoas em situação de rua com problemas de drogadição e alcoolismo e, também, para serem a porta de entrada ao SUS. Em consonância aos fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, os CRs integram a rede de atenção básica, promovendo assistência em saúde que preza não apenas pela atenção voltada para patologias, mas também pela promoção da saúde e prevenção primária, além de buscar qualidade de vida e atender situações de consumo excessivo de álcool e toxicodependência^{5,6}.

A atenção primária, para a PSR também representada pelos CRs, detém maior atuação em ações de prevenção de agravos e promoção à saúde e é porta de entrada para o SUS. Representada também por Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia de Saúde da Família. Investir na atenção primária, pode ser uma das melhores estratégias no quesito de acesso para a PSR, além de também ser de baixo custo em comparação com outros níveis de atenção em saúde^{8,34}.

No entanto, em diversas circunstâncias já foi observado que a porta de entrada de preferência da PSR consiste nos serviços de urgência e emergência, ou seja, serviços do nível de atenção secundária. A partir dessa realidade, pode-se interpretar que a PSR acaba procurando assistência quando em situações agudas e de maior gravidade à saúde. A conjuntura firmada sugere que tal população, em geral, acaba não usufruindo dos benefícios da prevenção de

agravos e da promoção da saúde, que acontecem principalmente no cenário da atenção primária^{8,30,35}.

Realidade da Atenção em Saúde da PSR

O Sistema Único de Saúde (SUS), assegura legalmente o acesso aos serviços de saúde com igualdade, integralidade e equidade para todo e qualquer ser humano. No entanto, ao se tratar da população em situação de rua (PSR), este direito não é totalmente assegurado em termos práticos, uma vez que a acessibilidade a estes serviços ainda é excludente, seletiva e focalizada. Esses fatores se justificam por diversos aspectos, dentre os quais estão a burocratização no atendimento (ausência do cartão SUS e identificação pessoal), desvalorização social e falta de capacitação dos profissionais de saúde^{7,30}.

Tendo isso em vista, a realidade da atenção em saúde da PSR é direcionada majoritariamente pelos serviços de urgência e emergência, os quais caracterizam-se pela rapidez e ausência de vínculo. Esses serviços são procurados por essa população apenas em situações de extrema necessidade como lesão por agressão física ou por arma branca e/ou de fogo^{7,8}.

Entretanto, por mais que grande parte da busca dessa população à atenção em saúde seja em episódios agudos, também ocorre a procura dessa para suprimento de suas necessidades básicas, como higiene pessoal e alimentação. Tal realidade justifica-se pela carência de serviços de proteção social, como centros de convivência e abrigos⁷.

Desse modo, em decorrência do desprovimento de condições básicas do dia a dia, falta de moradia, situações de alcoolismo, drogas ilícitas, transtornos mentais, sexualidade, e até mesmo dificuldades para manter a continuidade de um acompanhamento com os serviços de saúde, é que surgem os mais diversos preconceitos e estereótipos por parte dos profissionais de saúde para com esta população. Assim sendo, o acesso e atenção integral à saúde torna-se difícil para PSR^{7,36,37}.

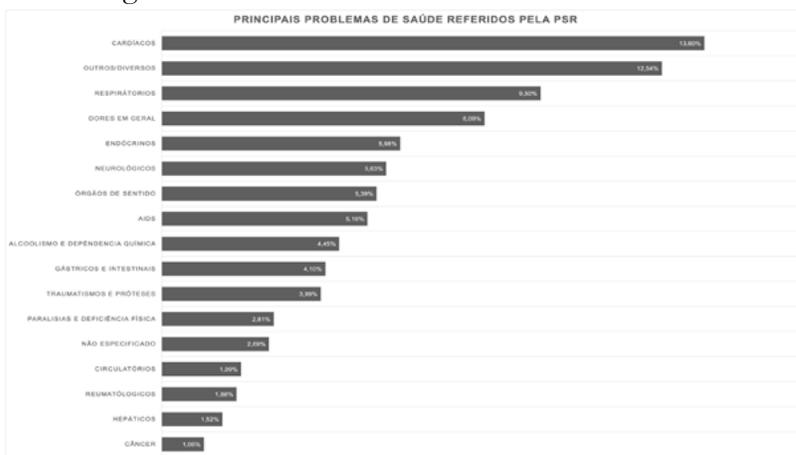
Diante dessa realidade de preconceitos, estereótipos, falta de conhecimento de seus direitos e dificuldades na abordagem apropriada de suas necessidades, há uma baixa expectativa da PSR em relação aos serviços de saúde. Essa realidade impacta diretamente na continuidade do acesso a uma atenção em saúde integral e humanizada, uma vez que constroem padrões menos exigentes em relação à assistência à saúde ofertada a eles⁸.

Especificidades da Saúde da PSR

A situação de saúde da PSR pode revelar tanto as causas quanto as consequências da vida nas ruas, além de demonstrar um conjunto de relações complexas entre o abuso de substâncias, condições psicossociais, doenças crônicas e doenças infectocontagiosas, bem como seus respectivos agravos.

Nesse âmbito, o uso de substâncias psicoativas, tais como álcool e drogas, pode ser caracterizado tanto como a etiologia da situação de rua como consequência dessa. Essas substâncias, por possuírem efeitos psicotrópicos, atuam principalmente no sistema nervoso central, alterando o estado emocional e a consciência. Assim, são muitas vezes utilizadas como meio de suporte da situação de rua, com o intuito de minimizá-la, afugentando as sensações ruins e angustiantes provocadas pelo ambiente hostil. Desse modo, quando utilizadas de forma constante, caracterizando uso abusivo, essas podem acarretar em riscos à saúde para essa população, tais como dependência psicológica, quadros de transtornos mentais e crises de abstinência. Ademais, o uso frequente de substâncias psicoativas por parte de crianças e adolescentes em situação de rua pode ocasionar até mesmo deficiências neurocognitivas^{9,12}.

As doenças crônicas na PSR também apresentam algumas especificidades e diferenças de intensidade quando comparadas com a população geral. Por exemplo, doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte na PSR adulta, mas sua incidência é notável por exceder a observada em pessoas fora da situação de rua. Uma descrição geral desse cenário pode ser observada na figura 1.



Distribuição de doenças mais frequentemente relatadas pela população em situação de rua. Informações retiradas da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua⁵¹.

No que concerne aos problemas odontológicos enfrentados por essa população, o Censo da População em Situação de Rua 2015 realizado pela Prefeitura de São Paulo constatou que cerca de 30% desse grupo apresenta uma ou mais das seguintes alterações na saúde bucal: cáries, mau hálito, inflamação e sangramento na gengiva³⁸. Alinhado com esse achado, no censo realizado pela Prefeitura de Porto Alegre, o percentual foi ainda maior, com 47,2% dos entrevistados apresentando problemas bucais que, sem o devido tratamento, apresentavam o potencial de evoluir para quadros de maior gravidade, como a perda dos dentes e infecções³⁹. Esse quadro tem origem no fato que a situação de rua favorece a maior propensão a problemas odontológicos, visto que as condições diárias de cuidado, alojamento e higiene pessoal se mostram mais dificultadas¹⁸.

Já em relação às dermatoses, a associação da permanência na rua, cuidados de higiene e alimentação inadequados, elevada prevalência de comportamentos aditivos e transtornos psiquiátricos subjacentes torna esta população mais suscetível a doenças dermatológicas (40%). De acordo com o “Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua,” de 2012, as seguintes condições se apresentam de forma mais recorrente: micoses, erisipela, dermatite seborreica, unha encravada, calos e bicho-de-pé. Essas tendem a ser resultantes, principalmente, dos longos períodos que passam em pé, uso de calçados inadequados e exposição por longos períodos a umidade e sol. Além disso, doenças que poderiam ser facilmente resolvidas com medidas simples de higiene pessoal, como infestações por piolhos e sarna, também são apontadas como frequentes no cotidiano de quem está em situação de rua⁴¹.

Na esfera das doenças infecto-contagiosas, destaca-se a tuberculose (TB) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) resultante da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A TB apresenta, na contemporaneidade, ligação com fatores de exclusão social e marginalização e, portanto, contribui para uma relevância epidemiológica considerável na PSR. O HIV, cuja prevalência nessa população representa quase três vezes a estimativa na população geral, de modo análogo tem sido associado a amplificação da situação de miséria econômica associada ao abuso de substâncias psicoativas, à falta de moradia fixa, à marginalização e à violência^{42,44}.

Semelhante ação combinada dos fatores que assolam a PSR sobre doenças infectocontagiosas pode ser observada na prática. Por exemplo, o crack (cocaína) induz tosse, favorece o contato íntimo em ambientes fecha-

dos e o fluxo intermitente de pessoas, contribuindo para expandir o número de infecções por TB na PSR. De forma semelhante, a desnutrição contribui para o aumento do risco de desenvolver quadros de AIDS por HIV nesses indivíduos vulneráveis^{45,46}.

O tratamento dessas doenças nessa população também é desafiador. Para pacientes com TB em situação de rua, esse assume uma dimensão complexa e custosa em virtude das circunstâncias vivenciadas, como dificuldades na aceitação do diagnóstico e na adesão do tratamento, dinâmica da vida na rua, precariedade de alimentação e repouso, abuso de substâncias, baixa autoestima e autocuidado insuficiente. Outro desafio no processo origina-se a partir do fato que uma vez iniciado o tratamento para TB, ele não deve ser interrompido, salvo após rigorosa revisão clínica e laboratorial que determine mudança de diagnóstico⁴³. Considerando esses fatores, as intervenções que requerem uma vinculação maior aos medicamentos e serviços de saúde, como são os casos dos que envolvem a TB e a AIDS, são especialmente dificultados neste segmento, o que facilita a agudização destas doenças e o contágio para outras pessoas que vivem nas mesmas condições⁴⁷.

Nessa linha, uma forma de promover a adesão e a continuidade do tratamento correto é a construção de vínculo profissional/paciente através do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Semelhante modalidade de acompanhamento pode estabelecer um elo de confiança e torna mais fácil o compartilhamento de inseguranças no tratamento, além de promover maior acesso ao sistema de saúde⁴⁸.

Relacionado a esse cenário global, inclui-se a concepção de “saúde” e de “doença” para essa população, com a saúde associada à capacidade de estar vivo e doença relacionada ao estado de debilidade a ponto de não poder exercer atividades do dia a dia. Essas perspectivas ajudam a compreender a razão da persistência, apesar dos avanços no manejo advindos da medicina moderna, dessas condições que acometem a PSR.

A Pandemia de COVID-19 e a Saúde da PSR

A Organização Mundial de Saúde, no dia 11 de março de 2020, decretou como pandemia o surto mundial da COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). As pandemias, de modo geral, trazem consigo mudanças significativas no modo de vida e no comportamento interpes-

soal de toda sociedade e com a COVID-19 não foi diferente. A situação de rua em si já apresenta desafios diários muito difíceis de lidar e o contexto de uma pandemia intensificou e acrescentou adversidades. “Mantenha distanciamento social, use máscara, lave as mãos, use álcool gel, fique em casa.” Essas são algumas das principais instruções dadas pelos profissionais da saúde que parecem simples de serem executadas, porém esbarram em grandes entraves quando o público alvo se torna a PSR. Como lavar as mãos quando não há acesso livre à água potável? Como manter um distanciamento mínimo quando sua habitação é compartilhada com muitos? Como ficar em casa quando não há uma casa para lhe abrigar?

Além disso, o surto de COVID-19 trouxe questionamentos acerca do modo pelo qual ocorre a disseminação de informações na sociedade moderna. Nesse viés, o seguinte questionamento adquire uma proporção de caráter social preocupante: como a população em situação de rua, que já sofre diariamente com a marginalização social, recebe as devidas informações e orientações acerca dos cuidados básicos para prevenir o contágio?

É possível notar as falhas de comunicação com a PSR observando a forma que nessa se deu a ciência da pandemia. Conforme apresentado em estudo divulgado na Revista Brasileira de Enfermagem, essa população vulnerável notou o esvaziamento das ruas e o fechamento do comércio, de forma repentina, sem entender de forma clara o motivo de tais mudanças. Há relatos do conhecimento da COVID-19 por meio de periódicos nas bancas de jornal e assistindo a noticiários em televisões em estabelecimentos comerciais, enquanto esses permaneciam abertos⁴⁹. Tal conjuntura demonstra que o acesso à informação por parte dessa população, normalmente já defasado, revela-se bastante dependente das instituições associadas ao funcionamento normal da sociedade, as quais durante a pandemia foram severamente prejudicadas.

Outro desafio que a pandemia trouxe foram as novas dificuldades associadas à problemática, antes já existente, do acesso à alimentação por parte da PSR. Essa situação fica evidente ao observar relatos de diminuição involuntária do número de refeições diárias, chegando a observar períodos de jejum de até três. Tal situação pode ser explicada por um conjunto de fatores, variando desde o fechamento de estabelecimentos comerciais até a redução no número de restaurantes populares (RP) ativos. O fechamento de estabelecimentos comerciais teve como intuito diminuir a disseminação do vírus, porém também resultou na diminuição de oportunidades de emprego e oferta de alimentos

realizada pela sociedade civil. A redução no número de RPs ativos, efetuada também para o controle da pandemia, dificultou o acesso a um meio existente para garantir o acesso à alimentação para essa população vulnerável¹⁶.

Tendo em vista esses desafios, nota-se uma série de medidas recorrentes em diversos países, que variaram desde o controle da propagação da COVID-19 em populações vulneráveis até a manutenção, apesar das dificuldades vigentes, de programas que promovem o bem estar da PSR. A preservação dos centros de acolhimento em ocupação reduzida, a continuidade no fornecimento de alimentos e serviços para a PSR e o treinamento voltado para o enfrentamento da pandemia em profissionais em contato com esse grupo foram medidas frequentemente observadas no exterior. Adicionalmente, observou-se investimento em centros próprios para acolher indivíduos com COVID-19 de populações vulneráveis, incluindo a PSR^{14,15}.

No Brasil, algumas ações foram realizadas, principalmente no quesito de infraestrutura. Foram implementados novos abrigos para acolhimento temporário e realizadas adaptações dos centros já existentes para contemplar as especificidades da pandemia. Nesse âmbito, dentro desses abrigos, foram adotadas ações como a redução da capacidade de pessoas e o distanciamento dos beliches (13). No que tange às estratégias de prevenção e conscientização em níveis mais amplos, mostrou-se como ações mais frequentes nos municípios brasileiros a distribuição de itens de higienização e alimentação, bem como a orientação sobre a existência da doença e formas de prevenção. Ainda como complemento às medidas de higiene, foram instaladas pias em locais de grande movimentação com o intuito de possibilitar a lavagem de mãos¹³.

Dessa forma, percebe-se que as medidas que foram tomadas para abordar os desafios enfrentados pela PSR contemplam alguns dos problemas que assolam esse grupo e, simultaneamente, abordam as especificidades da pandemia. Todavia, é preciso ter em mente que a pandemia de COVID-19 trouxe agravos para a sociedade como todo, mas seus efeitos sobre a população em situação de rua adquiriram uma dimensão própria que intensificaram as falhas e desafios debilitantes antes já existentes.

Conclusão

A população em situação de rua (PSR) caracteriza-se por ser uma população frágil e que se encontra à margem da sociedade, disposta de um ca-

ráter heterogêneo e de extrema pobreza. Dessa maneira, torna-se essencial observar com um olhar perspicaz as particularidades e o contexto que envolve esse grupo^{1,50}.

No que concerne ao acesso à saúde, a PSR ainda enfrenta grandes desafios, visto que esse grupo vulnerável necessita de um atendimento que reconheça suas especificidades. Nessa linha, encontram-se morbidades passíveis de serem adquiridas pela existência nas ruas, que podem ou não se sobrepor a doenças pré-existentes. Sendo assim, há uma grande diversidade de problemas de saúde mencionados pela PSR, assim como diversas dificuldades associadas à realização de atividades de asseio e higiene pessoal. Se por um lado o perfil de morbidade não parece se distinguir muito do encontrado na população em geral, por outro, viver nas ruas padecendo de certas doenças torna muito mais difícil o cotidiano assim como os cuidados ou tratamentos necessários⁵¹

A introdução dos Consultórios de Rua (CR) se apresentou como um avanço significativo nesse âmbito, prezando pela promoção da saúde e prevenção primária, além de buscar qualidade de vida para essa população. Entretanto, observa-se que apesar de conquistas desse tipo, ainda há falhas para serem abordadas. Isso fica evidente ao observar que somente em 2018 vigorou a Lei nº 13.714/2018, que retira a exigência de comprovação de residência para ter acesso aos serviços ofertados pelo SUS, o que evidencia, então, que há pouco tempo o direito da PSR a íntegra do SUS foi de fato possibilitado^{5,6}.

Ademais, cabe destacar que a pandemia da COVID-19 em 2020, outro grande desafio enfrentado pela PSR, dificultou ainda mais a vida e o acesso dessa população à atenção à saúde. Isso deve-se ao fato de que o impacto da pandemia sobre diversas instituições, prejudicou a rede de apoio essencial para esse grupo de pessoas. Semelhante conjuntura não gerou desafios inéditos, e sim intensificou os problemas debilitantes antes já enfrentados pela PSR^{13,16}.

Nesse sentido, tendo em vista todas as informações apresentadas, a PSR demonstra a necessidade da concretização de políticas sociais de assistência e atenção à saúde humanizada, assim como iniciativas voltadas para abordar as especificidades da vida dessa população. Em suma, deve-se destacar a importância da realização de uma maior discussão a respeito desse assunto e do desenvolvimento de estudos focados em detalhar o processo de saúde-doença da PSR^{1,50}.

Referências

1. Abreu D de, Salvadori LV. Pessoas em situação de rua, exclusão social e rualização: Reflexões para o serviço social. In 2017. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180819>
2. Arruda AM. A VIDA NAS RUAS: Aspectos psicossociais das vivências de moradores de rua de Campo Grande - MS. [Internet] [text]. [Campo Grande]: Universidade Católica Dom Bosco; 2014 [cited 2021 Aug 3]. Available from: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/14839-final.pdf>
3. Ministério da Saúde. Saúde da população em situação de rua: um direito humano [Internet]. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social; 2014 [cited 2021 Mar 8]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf
4. Constitution of the World Health Organization. Am J Public Health Nations Health. 1946 Nov 1;36(11):1315–23.
5. Hallais JA da S, Barros NF de. Consultório na Rua: Visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cadernos de Saúde Pública. 2015 Jul;31(7):1497–504.
6. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: Desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2014 Jun;18(49):251–60.
7. Cervieri NB, Uliana CH, Aratani N, Fiorin PM, Giacon BCC. O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2019 Dec;15(4):1–8.
8. Schervinski AC, Merry CN, Evangelista IC, Pacheco VC. Atenção à saúde da população em situação de rua. Extensio. 2017;14(26):55–64.
9. Botti NCL, Castro CG, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro ACHOA, et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. Barbaroi [Internet]. 2010 Dec [cited 2021 Mar 9];(33):178–93. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-65782010000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
10. Nery Filho A, MacRae E, Tavares LA, Rêgo M. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas [Internet]. Salvador, Brazil: EDUFBA; 2009 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <http://books.scielo.org/id/qk>
11. Santos AF dos. A relação entre os transtornos mentais e a população em situação de rua. Psicologiapt [Internet]. 2019 Oct 14 [cited 2021 Mar 8];26. Available from: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0466.pdf>
12. Tilio RD, Oliveira J de. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. Psicologia em Estudo. 2016 Jul 12;21(1, 1):101–13.
13. Honorato BEF, Oliveira ACS, Honorato BEF, Oliveira ACS. População em situação de rua e COVID-19. Revista de Administração Pública. 2020 Aug;54(4):1064–78.

14. Kirby T. Efforts escalate to protect homeless people from COVID-19 in UK. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020 May 1;8(5):447–9.
15. Aguiar A, Meireles P, Rebelo R, Barros H. COVID-19 e as pessoas em situação de sem-abrigo: Ninguém pode ser deixado para trás. In: *Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença – Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19)* [Internet]. 1st ed. Porto: Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; 2020 [cited 2021 Mar 8]. Available from: <https://ispup.up.pt/news/internal-news/da-emergencia-de-um-novo-virus-humano-a-disseminacao-global-de-uma-nova-doenca/896.html?lang=pt>
16. Oliveira MA de, Alcântara LBC de. Direito à alimentação da população em situação de rua e pandemia da COVID-19. *SER_Social*. 2021 Jan 22;23(48, 48):76–93.
17. Vieira ÉD, Romagnoli RC. Acolhimento psicológico com sujeitos marginalizados: tensões entre o tradicional e o instituinte. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2019;71(1):112–27.
18. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012 Jan;28(1):115–24.
19. Campos LCM, Oliveira JF de, Porcino C, Reale MJ de OU, Santos MVS, Jesus MEF de. Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre morador de rua que usa drogas. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 9];e26778–8. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502019000100301
20. Patrício ACF de A, Silva RAR da, Araújo RF de, Silva RF da, Nascimento GT de S, Rodrigues TD de B, et al. Transtornos mentais comuns e resiliência de pessoas em situação de rua. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019 Dec;72(6):1526–33.
21. Tondin MC, Neta M da APB, Passos LA. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *R Educ Public*. 2013 Jul 4;22(49/2, 49/2):485–501.
22. Machado RWG. População em Situação de Rua e Questão Social no cenário brasileiro. *MOITARÁ - Revista do Serviço Social da UNIGRANRIO* [Internet]. 2019 Dec 4 [cited 2021 Mar 9];2(4, 4):35–54. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/mrss/article/view/5833>
23. Castro LZ, Andrade MC de, Chernicharo RL. A população em situação de rua e a busca pelo sentido da vida: uma questão de sobrevivência. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas* [Internet]. 2018 Sep 12 [cited 2021 Mar 9];3(6, 6):223–35. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/16001>
24. Sarto G. Religiosidade marginal: um estudo da religião e caridade na vida de moradores de rua de Juiz de Fora [Internet]. [Juiz de Fora]: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://www.ufjf.br/bach/files/2016/10/GIOVANNA-SARTO.pdf>
25. Política Nacional para a População em Situação de Rua [Internet]. *Diário Oficial da União, Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009* Dec 23, 2009. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
26. Duarte M do CB. O comer e a comida para a população em situação de rua [Internet]. [Taubaté]: Universidade de Taubaté; 2019 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://>

mpemdh.unitau.br/wp-content/uploads/2017/dissertacoes/mdh/b/Maria-do-Carmo-Benedita-Duarte.pdf

27. Silva APA da. População em situação de rua e o direito ao lazer [Internet]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/189241>

28. Cardoso M de AS, Cintra AL. População em situação de rua: Trabalho e desemprego como possíveis fatores de visibilidade. In 2017 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/180028>

29. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020) [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais; 2012 [cited 2021 Mar 9] p. 20. Report No.: 73. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_di-soc_n_73.pdf

30. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS de, Miranda MG de O, Saraiva AK de M. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? Revista Mineira de Enfermagem. 2019;23(0):1–8.

31. Silva CC. População em situação de rua e atenção primária: a prática de cuidado em um Consultório de Rua na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24517/1/469.pdf>

32. Lei n. 13.714, de 24 de agosto de 2018 [Internet]. Diário Oficial da União, Lei n. 13.714, de 24 de agosto de 2018 Aug 24, 2021. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13714.htm

33. Mattos RA de. Principles of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the humanization of healthcare practices. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2009;13:771–80.

34. Campos A. População de rua: Um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. Saúde e Sociedade. 2018 Oct;27(4):997–1003.

35. Bezerra IHP, Filho IM, Costa RJLM da, Sousa VJ de, Carvalho MVG de. População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. Enfermagem Revista [Internet]. 2015 Apr 13 [cited 2021 Mar 10];18(1, 1):3–14. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9365>

36. Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCS de A, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde e Sociedade. 2015 Jun;24:219–32.

37. Vale AR do, Vecchia MD. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. Estudos de Psicologia (Natal). 2019 Mar;24(1):42–51.

38. Prefeitura Municipal de São Paulo. Relatório Completo do Censo da População em Situação de Rua na Cidade de São Paulo [Internet]. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; 2015 May [cited 2021 Mar 10] p.

138. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/0001.pdf
39. Fundação de Assistência Social e Cidadania, Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Cadastro e Mundo da População em Situação de Rua de Porto Alegre/RS [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Fundação de Assistência Social e Cidadania; [cited 2021 Mar 10]. Available from: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?reg=41&p_secao=120
40. Fernandes BC, Ferreira B, Vaquinhas M. Patologia Dermatológica numa População Sem-Abrigo. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*. 2019 Oct 10;77(3, 3):227–32.
41. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua [Internet]. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2014 [cited 2021 Mar 10]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua.pdf
42. Malta M, Petersen ML, Clair S, Freitas F, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy: A qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005 Oct;21(5):1424–32.
43. Freitas ACG de, Laudelino ACF, Rocha SHD de N, Prado MRM do, Serea RVP. Tuberculose pulmonar e os desafios do tratamento em paciente em situação de rua: relato de caso. *Brazilian Journal of Development*. 2020 Oct 5;6(10, 10):74922–34.
44. Brito VOC, Parra D, Facchini R, Buchalla CM. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2007 Dec;41:47–56.
45. Cruz VD, Harter J, Oliveira MM de, Gonzales RIC, Alves PF. Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas* [Internet]. 2013 Apr [cited 2021 Mar 10];9(1):48–55. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-69762013000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
46. Castro S de S, Scatena LM, Miranzi A, Miranzi Neto A, Nunes AA, Castro S de S, et al. Characteristics of cases of tuberculosis coinfecting with HIV in Minas Gerais State in 2016. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 2019;61.
47. Garcia MRV. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Temas em Psicologia*. 2013 Dec;21(3):1005–19.
48. Hino P, Monroe AA, Takahashi RF, Souza KMJ de, Figueiredo TMRM de, Bertolozzi MR. O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26.
49. Paula HC de, Daher DV, Koopmans FF, Faria MG de A, Lemos PFS, Moniz M de A. No place to shelter: Ethnography of the homeless population in the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73.
50. Paiva IKS de, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MG de O, Saraiva AK de M, Paiva IKS de, et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 Aug;21(8):2595–606.

51. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Aprendendo a Contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social; 2009 [cited 2021 Mar 10] p. 240. Available from: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf

O PAPEL DO PALHAÇO NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Antonio Sérgio Mathias¹; Betina de Melo Ilkiu²;
Emanuelle de Lima Scherbai³; Fernanda Silva Hojas Pereira⁴;
Ana Julia Taborda Machado⁵; Luiza Silva de Castro⁶;
Carlos Eduardo Dziombra⁷; Raisia Natalia Dotto⁸.

Revisores:

Eduardo Roosevelt⁹;
Dr. Renato Soleiman Franco¹⁰.

-
1. Medicina - 7º período - FCM/SJC.
 2. Medicina - 4º período - FEMPAR.
 3. Psicologia - 8º período - PUCPR.
 4. Medicina - 7º período - FPP.
 5. Fisioterapia - 7º período - UNIFACEAR.
 6. Medicina - 4º período - FEMPAR.
 7. Psicologia - 7º período - PUCPR.
 8. Medicina - 10º período - PUCPR.
 9. Cofundador e Diretor da Associação Nariz Solidário.
 10. Médico Psiquiatra e professor da PUCPR.

Introdução: um breve histórico

A presença dos palhaços na assistência à saúde provavelmente existe desde Hipócrates, considerado o “pai da Medicina” e o maior médico da Antiguidade, já que os médicos daquela época acreditavam que o bom humor influenciava positivamente o processo de cura, porém o primeiro relato só foi descrito no ano de 1908 em uma enfermaria infantil em Londres¹. No entanto, o uso do riso na área da saúde, tendo como principal referência os palhaços de hospital, passou a ser valorizado mais recentemente, principalmente após o declínio do modelo biomédico hegemônico².

O primeiro relato da presença de palhaços em hospitais ocorreu em Londres, em uma enfermaria infantil, em 1908². O *Le Petit Journal* registrou o marco, no qual dois homens vestidos de palhaço brincavam com as crianças do hospital³. Posteriormente, a palhaçaria, como passou a ser chamada a arte do palhaço, se expandiu para outros países e continentes.

Já na contemporaneidade, surgiram grandes nomes, como o médico Patch Adams e o ator e palhaço Michael Christensen. Patch Adams, foi o fundador do Instituto Gesundheit, organização de saúde sem fins lucrativos, idealizado no início da década de 1970⁴. Christensen deu início, em 1986, ao programa *Big Apple Circus Clown Care Unit* em Nova Iorque, o primeiro programa estruturado para palhaços em hospitais⁵.

No Brasil, a prática da palhaçoterapia se iniciou em 1991, trazida de Nova Iorque pelo ator, palhaço e empreendedor social Wellington Nogueira. Ele trabalhou na *Big Apple Circus Clown Care Unit* e aqui fundou os Doutores da Alegria⁶, organização da sociedade civil que influenciou muitos outros grupos, tanto na prática quanto na pesquisa da palhaçoterapia. O objetivo do grupo sempre foi levar alegria a todos os indivíduos presentes no ambiente hospitalar, incluindo pacientes, acompanhantes e profissionais da saúde³.

Desde então, tal atividade tem se espalhado pelo país, de forma que, segundo um levantamento feito em 2020 pelo grupo Doutores da Alegria, há mais de 1300 grupos de palhaços profissionais e amadores ativos que realizam ações e formações de palhaços de hospitais no Brasil⁷.

O palhaço é uma ferramenta de empatia e aproximação, não apenas com o paciente, mas também com toda a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado. Não se pode separar a saúde do indivíduo da saúde do coletivo, seja da família, da comunidade ou até mesmo da sociedade que o mesmo

está inserido, assim o palhaço visa atender o conceito de saúde apresentado pela OMS, de forma a tornar o hospital um local capaz de atender de forma incondicional as necessidades biopsicossociais do ser humano. Ele requer humanização para uma boa abordagem ao paciente, enxergando-o de forma integral e humana, devendo sempre respeitar os seus saberes que estão ligados à sua cultura e dão sustentação no seu pensamento sobre a forma de adoecer. É justamente por corroborar com os pilares da política nacional de humanização (PNH) do SUS - a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos – que o palhaço se tornou ainda mais inserido no ambiente da saúde no Brasil^{13,15}.

O palhaço e as políticas públicas

A PNH busca provocar transformações nos modos de cuidar e de fazer gestão e regulamenta que todos os profissionais de saúde consigam articular as ações de eficiência técnica e científica, postura ética, mas que respeite a necessidade e singularidade de cada usuário^{13,14}. A PNH tem como suas diretrizes a inclusão dos usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras¹⁵. Sendo assim, é constante o seu processo de reinvenção, seja desestruturando relações de poder dentro do sistema de saúde, ou baseando-se em diferentes experiências do SUS. A PNH aposta e acredita na mudança, entendendo que o sujeito constrói o mundo enquanto constrói a si mesmo¹⁴.

No âmbito da PNH, a humanização é uma construção coletiva, na qual o palhaço tem um papel que vai muito além de construir um caminho para o riso. Sua missão no ambiente hospitalar é criar conexões com paciente hospitalizado, seus familiares e toda a equipe de saúde através da sua arte, sensibilizando com o estado físico e, especialmente, emocional de cada paciente, na busca de minimizar as consequências da enfermidade e das condições que o cercam em um hospital. Além disso, a presença do palhaço^{16,18}.

Palhaço, palhaço de hospital e palhaçoterapia: o que é?

O arquétipo do palhaço está presente em todas as culturas, em diversos contextos e em diferentes formatos sociais, que vão desde as tribos mais

remotas e primitivas até a sociedade contemporânea. Como personagem, é considerado extremamente importante justamente por desempenhar um papel capaz de espantar o medo, fazer com o que o riso surja e o sujeito consiga escapar das tensões presentes no ambiente no qual ele está¹⁰. Entende-se ainda o palhaço como um agente social que busca revolução por meio da estratégia do riso¹¹. Com o passar do tempo, o palhaço passou a ser inserido dentro de hospitais visando a promoção da saúde¹⁰. Além disso, a palhaçoterapia tem potencial terapêutico quando realizada de maneira contínua e assistida por uma equipe multidisciplinar.

A palhaçoterapia pode ser definida como uma implementação de técnicas de palhaços com o objetivo de melhorar o humor daqueles que estão dentro do ambiente hospitalar e ressignificar esse contexto⁸. Por meio dessa técnica se tem uma união entre o cuidado eficiente e mais humanizado, levando em consideração a multiplicidade do paciente e a realidade que ele passa a vivenciar dentro do hospital e os sentimentos decorrentes disso⁹.

Os sujeitos que aderem à figura de palhaço ajudam a criar um ambiente hospitalar mais acessível, amoroso e humanizado àqueles que estão em processo de tratamento e em internamento⁹. Isso acontece porque, por meio dessa abordagem lúdica e artística, o palhaço, tentando realizar algumas atividades, acaba criando uma relação que pode ser cômica, emotiva ou reflexiva, muitas vezes relacionado ao seu “fracasso” ao tentar concluir uma atividade. O palhaço é capaz de subverter a lógica esperada, gerando no paciente um sentimento de confiança e empoderamento¹¹. As habilidades do personagem dentro desse contexto dos hospitais passam a ser relacionadas com técnica de improvisação, associadas a técnica de expressão corporal para que se consiga atender as demandas dos pacientes de modo imediato¹².

O riso é um fenômeno universal que engloba um aspecto transversal, por ser condicionado a aspectos da cultura, da filosofia, da história, da saúde; e dialógico porque, ao trilharmos os sentidos do humor, nos deparamos com a comédia e o escárnio que existe por trás de cada riso, um código de comunicação inerente à natureza humana. É também a distância mais curta entre duas pessoas sendo importante para a construção de vínculos com a população nos serviços de saúde, pois desarma, aproxima, quebra barreiras e estimula a capacidade de reflexão¹⁵.

Nesta perspectiva, o riso é um elemento que pode ser incorporado como ferramenta de promoção da saúde¹⁵. Dentre os seus benefícios po-

demos citar o alívio da tensão, mesmo em momentos de nervosismo o riso pode reduzir o stress e a ansiedade. O riso pode atenuar a dor liberando a endorfina, hormônio produzido pelo cérebro, produzindo sensação de bem-estar e alívio da dor. Rir gera redução a pressão arterial no sistema cardiovascular e aumento a frequência cardíaca, promovendo a vasodilatação das artérias ocasionando uma queda de pressão benéfica, especialmente para os hipertensos, além disso, rir aumenta a quantidade de oxigênio captada pelos pulmões e facilita a saída de gás carbônico, maléfico ao nosso organismo. Pesquisas mostram que rir fortalece o sistema imunológico, aumentando a liberação de células imunes que melhoram nossas defesas. O ato de rir ajuda na memorização gerando um sentimento, além de ser uma importante estratégia para aumento do interesse, facilitando a aprendizagem^{15,19}.

O palhaço, é um agente social pronto para a revolução, tendo como estratégias não apenas a alegria como é de senso comum. Ele trabalha com a verdade através dos sentimentos. Sua principal atuação é na forma de compreender, por meio da simulação lúdica, os procedimentos e intervenções de que é alvo, podendo, igualmente, surgir como um “canal” de comunicação alternativo geralmente da criança com os seus cuidadores, e adicionando importantes ganhos na sua confiança relativamente aos profissionais de saúde. Trata-se de um ressignificador de pessoas, estruturas e funções, beneficiando não apenas o paciente, mas todos aqueles que estão envolvidos, direta ou indiretamente no cuidado. Entre o mundo real e o mundo imaginário, o palhaço com a sua capacidade lúdica, promove descontração e contribui para mudanças nas condutas antes adotadas, desconstruindo hierarquias e devolvendo o protagonismo ao paciente²⁰.

O palhaço e o cuidado à criança

No caso da criança, a arte do palhaço permite-lhe expressar-se livremente, promover a sua autonomia, criatividade e exploração do mundo, possibilitando-lhe, assim, ampliar o seu conhecimento sobre o mesmo e promover o seu desenvolvimento psicossocial. Trata-se de um excelente meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do desenvolvimento da criança hospitalizada e neutralizar os fatores afetivos negativos associados à doença e à hospitalização. Neste sentido, a intervenção dos palhaços do hospital não é puro entretenimento, mas sim, uma forma de melhorar a comunicação, a relação e a aceitação da hospitalização e dos tratamentos, constituindo-se num

fator importante de promoção de bem-estar e melhoria da qualidade de vida da criança hospitalizada, garantindo um atendimento humanizado²⁰.

O processo de hospitalização de crianças e adolescentes é marcado pelo medo, desconforto e inseguranças²¹. Essas crianças são deslocadas para uma realidade e ambiente diferentes – em que além de encarar mudanças em suas rotinas e hábitos, precisam passar pelo rompimento afetivo, social e físico com sua família, amigos e escola, causando tensão, tristeza e estresse não só para o paciente, mas também para seus acompanhantes^{22,23}.

Segundo Mitre, no Brasil cerca de 15% das internações correspondem à hospitalização infantil, ou seja, mais de um milhão de crianças são internadas a cada ano e passam por procedimentos técnicos que por vezes dói, machuca e impede de brincar. O uso do lúdico auxilia no processo de adaptação, deixando o ambiente mais descontraído e intensificando o processo de saúde-doença. O humor tem importante influência na saúde, visto que está relacionado principalmente com a redução da dor e diminuição do estresse, além de auxiliar no estado emocional da criança e proporcionar relações de qualidade entre paciente – família – profissionais. A nível fisiológico o riso afeta o metabolismo como um todo, em que é capaz de diminuir o nível de cortisol e de modular o sistema imune por meio de liberação de endorfinas que promovem a sensação de bem estar e aliviam a dor^{16,22,26}.

A Lei Federal no 11.104 de 2005, dispõe que todas as unidades de saúde pediátricas devem disponibilizar em suas instalações um espaço para que a criança hospitalizada possa brincar. Dessa maneira a implementação da palhaçoterapia é uma forma de controlar problemas advindos da hospitalização e de tornar o ambiente mais humanizado^{22,28}.

O palhaço pode ser atrapalhado, pode errar e se divertir com os erros, também tem atitudes improvisadas e propõe soluções inesperadas para situações reais, causando curiosidade e alegria aos seus espectadores, bem como estimulando a autonomia de crianças e adolescentes hospitalizados. A interação com os palhaços pode trazer benefícios tanto para os profissionais quanto para os pacientes e familiares, auxiliando na ressignificação do ambiente e facilitando a adesão aos tratamentos e a rotina hospitalar, acalentando os familiares e impulsionando o vínculo e a confiança da criança hospitalizada, uma vez realizado de maneira contínua para que seu potencial terapêutico possa ser alcançado^{4,21,23,27}.

No que concerne à família do paciente pediátrico, o sofrimento parental não deve ser ignorado, especialmente em pais com filhos admitidos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI's Pediátricas). Além da preocupação acerca dos procedimentos médicos necessários, os critérios para admissão de pacientes em UTI's Pediátricas são assustadores por si só e podem causar nos pais o medo da possível morte e debilitação dos filhos. Aliado a tais fatores, até mesmo os sons e imagens do ambiente contribuem para a angústia dos responsáveis. Apesar dos inúmeros desafios relacionados ao ambiente técnico, gravidade da doença e altos níveis de estresse parental, a palhaçoterapia foi implementada em diversas UTI's Pediátricas devido aos seus efeitos benéficos^{29,30}.

Um estudo publicado no *Journal of Paediatrics and Child Health* avaliou as percepções parentais sobre o cuidado por meio da palhaçoterapia em UTI's Pediátricas e constatou que tal cuidado foi considerado pelos pais entrevistados como “muito útil” em 19 casos (57,6%), “opcional” em 13 (39,4%) e “desnecessário” em apenas 1 caso (3,0%). Ainda 78,8% dos pais sugeriram a presença dos palhaços de forma diária ou pelo menos, a cada 2 dias^{30,31}.

A terapia com palhaços auxilia os pais de forma a lhes oferecer uma pausa, reduzindo os níveis de ansiedade e humanizando o cuidado por meio de breves momentos de riso ao lado dos filhos, dessa forma a adoção da palhaçoterapia em UTI's Pediátricas demonstra sua importância no cuidado centrado no paciente e na família³¹. Não apenas no âmbito familiar, mas também no profissional a palhaçaria demonstra a sua importância. Os próprios profissionais de saúde concordam que o brincar do palhaço contribui com a redução do isolamento vivenciado pelos pacientes, auxilia na interação e colaboração do paciente com a equipe médica, melhora a aceitação dos procedimentos médicos, produz uma imagem mais positiva da hospitalização e ainda, acelera a recuperação pós-operatória³².

O palhaço e os adultos

Não apenas crianças e adolescentes são beneficiados pela presença do palhaço. Em adultos e idoso, quando se atribui o significado da doença, além das alterações fisiopatológicas, é necessário verificar, ainda, os valores culturais e o sofrimento do indivíduo adoecido. Dessa forma, atualmente há um cuidado expressivo relacionado ao bem-estar emocional do paciente por parte da equipe de saúde³³. Ao se referir à terapia do palhaço, o cuidado é trans-

ferido do paciente e da doença e passa a focar na pessoa³⁷. Ainda, o objetivo da terapia do riso não é somente o atendimento humanizado, mas também um melhor relacionamento entre o paciente e o profissional da saúde, sendo resgatados valores como solidariedade, afetividade e colaboração³³.

É importante, ainda, notar a importância da palhaçaria no toque e na quebra de seriedade, já que o ambiente hospitalar tende a ser tomado por austeridade e por uma preocupação no momento do toque, geralmente realizado por luvas e por equipamentos de segurança. O palhaço traz a possibilidade do erro e da quebra de padrão, o que torna humanizado. Há uma desmistificação, portanto, do ambiente hospitalar e fornece ao paciente a busca pela saúde. Além disso, a terapia do riso favorece uma diminuição da ansiedade para aqueles pacientes que passam muito tempo sozinhos e auxilia o paciente a se sentir melhor com o silêncio, sendo importante no âmbito psicossocial³⁷. A terapia do riso é utilizada como tratamento alternativo não farmacológico com objetivo de obtenção de benefícios tanto fisiológicos quanto psicológicos, além de ser acessível e não exigir preparações especializadas, sendo, portanto, de fácil acesso^{34,35}

Em estudo realizado por Kim et al. no ASAN Medical Center, foi utilizado uma escala para avaliação do nível de depressão, ansiedade e estresse em mulheres em tratamento de câncer de mama, associado a terapia do riso. Foram avaliadas 60 pacientes e foi verificada eficácia na redução dos fatores observados entre essas pacientes^{36,37}. Em outro estudo, também em pacientes com câncer, foi observado um aumento em níveis de imunidade quando utilizada uma técnica denominada Smile-Sun, em que há uso tanto de comunicação verbal quanto não verbal com humor positivo. Nesses pacientes, é explorado os efeitos do riso na imunidade, qualidade de vida e resiliência, sendo que os resultados foram positivos³⁸.

No que concerne a saúde mental, especialmente em pacientes com depressão, o riso estimula, por ações sensitivas do cérebro, o sistema hipotalâmico pituitário adrenal. Como visto, a depressão está relacionada com doenças crônicas e, portanto, é bastante importante utilizar a terapia do riso nesses casos³⁸. Pacientes que passam pelo processo de diálise, em que a prevalência de depressão, ansiedade e transtorno do estresse é muito expressiva, principalmente devido a uma queda massiva na qualidade de vida, a terapia do riso também se mostra benéfica^{40,41}. Devido a imunidade alterada, o riso pode ser utilizado como tratamento alternativo não farmacológico, por aumentar

células *natural-killer* no sistema renal do paciente. Além disso, foi observada redução nos níveis de interleucina-6 nos pacientes submetidos à diálise³⁸.

Além da terapia do riso convencional utilizada entre os pacientes que realizam diálise, é observada também a Yoga do Riso nesses casos, a qual associa o exercício de riso com os movimentos de yoga, como palmas, movimentos de braços e pernas, além de respiração profunda e alongamentos. O objetivo dessa terapia consiste em propiciar o bem-estar subjetivo, reduzir estresse, depressão e ansiedade e melhorar a satisfação com a vida^{3,41}.

O palhaço e os idosos

O internamento, especialmente em idosos, torna o paciente suscetível ao desenvolvimento de transtornos mentais, doenças crônico-degenerativas e psiquiátricas, como ansiedade e depressão. Nesse cenário, as atividades lúdicas, com destaque para a palhaçoterapia, apresentam-se como uma alternativa para minimizar tal problemática⁴². Na literatura é frequente o emprego da expressão em inglês “Elder-Clowning”, ou seja, a palhaçoterapia focada no cuidado do idoso. Elder-Clowns apresentam inúmeras diferenças daqueles voltados ao público pediátrico, por exemplo. Nessa modalidade os palhaços empregam o uso de nariz vermelho, porém mantém o rosto natural, com o mínimo possível de maquiagem e utilizam roupas que evoquem eras anteriores, como os vestidos de balanço da década de 1950. Também se contam com detalhes clínicos, sociais e familiares para garantir uma melhor interação com o público idoso⁴³.

Rossi, Batigália e Júnior (2016), realizaram um estudo transversal, baseado em intervenções da palhaçoterapia, com abordagem descritiva e qualitativa com 35 pacientes geriátricos, internados no setor de Geriatria e Cardiologia do Hospital da Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina em São José do Rio Preto e dessa forma, demonstraram a eficácia da palhaçoterapia no cuidado do idoso. Através do estudo realizado, os autores constataram que a associação entre ansiedade e a redução da dor foi observada em 57,1% dos pacientes após as intervenções e ainda, em comparação ao início das intervenções, houve decréscimo das autoanálises de preocupação, ansiedade e tristeza, aliado ao aumento da alegria e animação dos idosos⁴².

Outro estudo de métodos mistos publicado pela The American Geriatrics Society, avaliou o efeito da palhaçoterapia nos sintomas comportamen-

tais e psicológicos moderados a grave de demência, principalmente do tipo Alzheimer, em idosos residentes de casas de repouso no Canadá. Dois palhaços visitaram os idosos selecionados para o estudo duas vezes por semana, com média de 10 minutos por visita, durante 12 semanas de estudo. Ao final, foi constatado aumento na qualidade de vida dos idosos participantes, redução nas pontuações de agitação, angústia e, principalmente, diminuição nominal na dosagem de medicamentos psicotrópicos. Para atingir tais resultados e com o intuito de envolver os idosos a cada visita, os palhaços responsáveis utilizaram recursos como improviso, humor, empatia e modalidades expressivas como música, instrumentos e dança⁴³.

Cada uma das artes utilizadas apresenta um efeito terapêutico benéfico em pacientes com demência, demonstrando o potencial de acréscimo da terapia com palhaços nos protocolos de atendimento ao paciente com demência, tanto nos aspectos físicos quanto emocionais⁴⁴. Dessa forma, a intervenção dos palhaços no cuidado e assistência ao idoso é uma prática promissora ao promover melhora na qualidade de vida, fortalecer as relações interpessoais e modificar o ambiente do cuidado, quebrando sua seriedade com algo inesperado e não convencional⁴⁵.

O palhaço e a equipe de cuidado

A equipe de saúde, sejam aqueles envolvidos direta ou indiretamente no processo do cuidado, também passam por dificuldades quanto ao processo de internação de um indivíduo, que apresenta sintomas de estresse, tristeza, angústia e medo, e quanto ao acompanhante, que em alguns casos há a falta de compreensão ao tratamento ou a falta de colaboração frente aos cuidados básicos com o indivíduo internado. Um dos objetivos da palhaçaria é promover uma melhor relação e comunicação entre equipe-paciente-acompanhante, e abrir novas possibilidades de visão frente ao paciente biopsicossocial, buscando a eliminação de problemáticas como as citadas acima⁴⁶.

O foco da palhaçaria é o indivíduo hospitalizado, mas através do lúdico, desenvolve a integração, fortalecendo as relações interpessoais entre os membros da equipe de saúde, entre o indivíduo enfermo e o acompanhante, gerando nesses indivíduos sentimentos e emoções de diversão, bem-estar e descontração, promovendo a melhora da autoestima, aceitação das intervenções e redução das inseguranças. A promoção do vínculo e da confiança entre o palhaço e a equipe favorece a comunicação⁴⁶.

Enfim, o palhaço surge nas políticas de humanização ao redor do mundo, como um amenizador da doença e das condições envolvidas na mesma, valorizando a importância dos aspectos biopsicossociais e espirituais existente por detrás de um corpo, não focando apenas na doença, mas em todos os aspectos que contemplam aquele corpo. A humanização do ambiente hospitalar através do palhaço, aliada a empatia, cria atenuantes das experiências negativas vividas durante uma internação, garantindo aos pacientes a quebra da rotina hospitalar, amenizando os efeitos da separação do convívio social e garantindo muito mais que apenas momentos de descontração.

Quem pode ser palhaço de hospital?

Existem dois tipos de palhaços de hospital. O primeiro é o palhaço profissional, com formação na área e que vivencia a palhaçaria em nível ativo de aprendizado e experiência. Esse profissional é capacitado para exercer a palhaçoterapia, ou seja, de evocar o máximo potencial de atuação do palhaço em ambiente hospitalar, inclusive, sendo capaz de resultados terapêuticos quando de forma contínua. Existe, por outro lado, o palhaço voluntário, que é aquele com formação informal ou inexistente. No geral, a maioria dos grupos de palhaçaria hospitalar brasileira é composta por palhaços voluntários, contudo, existem programas como o Doutores da Alegria, o Nariz Solidário e os Risologistas que realizam processos intensos de formação e inserção hospitalar através de programas estruturados e princípios éticos que regem o trabalho.

Para ser palhaço não é preciso de nariz vermelho, é preciso verdade, energia e motivação. Além disso, é importante um grau de formação que permita a compreensão de todo universo envolvido no cuidado. O foco do palhaço no hospital não é no riso, mas no cuidar e é preciso estar preparado para isso. O palhaço de hospital é agente de transformação e humanização de pessoas e ambientes que necessitam de escuta, atenção, cuidado e empatia. O ofício “palhaço”, ainda que de forma voluntária, além da característica técnica, de um modo geral, exige atenção, honestidade, leveza, simplicidade, generosidade e prazeres somados a outras habilidades que cada profissional possa ter.

É muito importante a presença de um olhar sincero sobre si próprio, pois é conhecendo e admitindo os defeitos e dificuldades que o palhaço encontra suas mais potentes ferramentas. A frase célebre “A maior vitória do

palhaço é a sua derrota”, representa a síntese desse comportamento, uma vez que permite que as pessoas se identifiquem com ele na sua fragilidade, nos seus defeitos e erros na sua mais profunda humanidade.

Uma das características principais do palhaço não é apenas encantar, fazer um espetáculo ou criar uma diversão, mas acima de tudo, a capacidade de se conectar genuinamente e se relacionar através de um olhar aprofundado para cada situação. É fundamental entender que cada faixa etária possui especificidades, necessidades e complexidades diversas, além das peculiaridades dos quadros clínicos, o que exige um tipo de abordagem e atuação específicas para cada caso.

Referências

1. Dionigi A, Flangini R, Gremigni P. Clowns in hospitals. In: Dionigi A, Flangini R, Gremigni P. Humor and Health Promotion. New York: Nova Science Publishers; 2012. 213 p.
2. Tan AKJ. A Qualitative Phenomenographical Study of the Experience of Parents with Children in Clown Care Services [thesis]. Helsinki: Helsinki Metropolia University of Applied Sciences; 2014.
3. Rossi I, Batigália F, Júnior RDS. Palhaçoterapia: alteração do perfil algico e emocional de pacientes geriátricos hospitalizados. Arq Ciências da Saúde. 2016;23(3).
4. Adams H. Patch Adams: O amor é contagioso. Rio de Janeiro: Sextante; 1999.
5. Tan AKJ, Hannula L, Metsälä E. Benefits and barriers of clown care: A qualitative phenomenographical study of parents with children in clown care services. Eur J Humour Res. 2014;2(2):1-10.
6. Nogueira W. Doutores da Alegria: O lado invisível da vida. [S. l.]: Mamo, 2006.
7. Masetti M. Por uma ética do encontro: a influência da atuação de palhaços profissionais na ação dos profissionais de saúde. Indagatio Didactica. 2013; 5(2):912-925.
8. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2013;66(1):123-127.
9. Navarro LM, Pena RS. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. Rev Psicol UNESP. 2013;12(1).
10. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface (Botucatu). 2009;13(Suppl 1).
11. Grupo Doutores da Alegria. Sobre Palhaços de Hospital no Brasil e no Mundo - Doutores da Alegria [acesso em 19 Nov 2020]. Disponível em: <https://www.doutoresdaalegria.org.br/blog/sobre-palhacos-de-hospital-no-brasil-e-no-mundo/>.

12. Rodrigues AL, Malo MC. Estruturas de governança e empreendedorismo coletivo: o caso dos doutores da alegria. *Rev Adm Contemp*. 2006;10(3):29-50.
13. Françani GM, Zilioli D, Silva PRF, Sant’ana RPD, Lima RAG. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. *Rev Latinoam Enferm*. 1998;6(5):27-33.
14. Rodrigues AFA, Nunes Filho WJ. A utilização do palhaço no ambiente hospitalar. *Ouvirouer*. 2013;9(1):72-81.
15. Matraca MVC, Wimmer G, Araújo-Jorge TC. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(10).
16. Catapan SC, Oliveira WF, Rotta TM. Palhaçoterapia em ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(9):3417-3429.
17. Catapan SC. Significados das práticas dos “terapeutas da alegria” sobre pacientes adultos internados em um hospital universitário [tese]. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.
18. Sato M, Ramos A, Silva CC, Gameiro GR, Scatena CMC. Palhaços: uma revisão acerca do uso dessa máscara no ambiente hospitalar. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):123-34.
19. Cassoli T. Humanização, psicologia e riso: produção de liberdade e processos de subjetivação. *Rev Polis e Psique*. 2016;6(2):109-133.
20. Esteves CH, Antunes C, Caires S. Humanization in a pediatric context: the role of clowns in improving the environment experienced by hospitalized children. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(51):697-708.
21. Walter MO, Brum CN, Coutinho TB, Moraes CB, Zuge SS, Giesel CO, et al. The clown as an inspiring force in facing the hospitalization process in pediatrics and hebiatry. *Res, Soc Dev*. 2021;10(1):1-9.
22. Amorim KPC, Rocha AKC, Silva ICDS, Melo LMB, Araújo MAA. Mediarte com Amor e Humor: uma Experiência a partir do Olhar dos Participantes. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(2):294-301.
23. Frota M, Fortaleza U, Carneiro KM. Práticas lúdicas com crianças em tratamento oncológico desenvolvidas pelo programa anjos da enfermagem – Núcleo Ceará. *Rev Tendên da Enferm Profis*. 2014;6(3):1341-1344.
24. Mitre RMA. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: Deslandes SF (Org). *Humanização dos cuidados em saúde – conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 283 p.
25. Furtador ARA, Jorge NFW. A utilização do palhaço no ambiente hospitalar. *Ouvirouer*. 2013;9(1):72-81.
26. Braz P, Neto DL. Clown therapy in the hospital setting: A review of the literature. *Rev Portal Saúde Soc*. 2020;5(1):1380-1389.

27. Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.104 de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Diário Oficial da União 21 mar 2005; Seção 1.
28. Leyla F, Lima RA. Arte e Humanização: Olhar das mães sobre a visita dos palhaços na pediatria. *Sanare*. 2020;19(2):32-39.
29. Balluffi A, Kassam-Adams N, Kazak A, Tucker M, Dominguez T, Helfaer M. Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med*. 2004;5(6):547-53.
30. Mortamet G, Simonds C, Hattab A, Delpy S, Hubert P, Dupic L. Clowns in the pediatric intensive care unit in France. *Arch Pediatr*. 2015;22(7):718-23.
31. Mortamet G, Merckx A, Roumeliotis N, Simonds C, Renolleau S, Hubert P. Parental perceptions of clown care in paediatric intensive care units. *J Paediatr Child Health*. 2017;53(5):485-7.
32. Mussa C. O efeito do palhaço no estado emocional e nas queixas de dor de adultos hospitalizados. *Psicol Rev*. 2012;21(1):77-97.
33. Abreu GRF. A terapia do (bom) humor nos processos de cuidados em saúde. *Rev Baiana de Enferm*. 2011;25(1):69-74.
34. Yim J. Therapeutic Benefits of Laughter in Mental Health: A Theoretical Review. *Tohoku J Exp Med*. 2016;239(3):243-249.
35. Mora-Ripoll R. The therapeutic value of laughter in medicine. *Altern Ther Health Med*. 2010;16(6):56-64.
36. Capela RC. Riso e Bom Humor que promovem a Saúde. *Rev Simbio-Logias*. 2011;4(6):176-184.
37. Kim SH, Kim YH, Kim HJ. Laughter and Stress Relief in Cancer Patients: A Pilot Study. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015.
38. Bennett PN, Parsons T, Ben-Moshe R, Weinberg M, Neal M, Gibert K, et al. Laughter and Humor Therapy in Dialysis. *Semin Dial*. 2014;27(5):488-493.
39. Stasiak CES, Bazan KS, Kuss RS, Schuinski AFM, Baroni G. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. *J Bras Nefrol*. 2014;36(3):325-331.
40. Vasilopoulou C, Bourtsi E, Giaple S, Koutelekos I, Theofilou P, Polikandrioti M. The Impact of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Glob J Health Sci*. 2015;8(1):45-55.
41. Bennett PN, Parsons T, Ben-Moshe R, Weinberg M, Neal M, Gibert K, et al. Intradialytic Laughter Yoga therapy for haemodialysis patients: a pre-post intervention feasibility study. *BMC Complement Med Ther*. 2015;15(176).
42. Kontos P, Miller KL, Colobong R, Lazgare LIP, Binns M, Low LF, et al. Elderclowning in long-term dementia care: Results of a pilot study. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(2):347-353.

43. Raviv A. Humor in the “Twilight Zone”: my work as a medical clown with patients with dementia. *J Holist Nurs.* 2014;32(3):226-31.
44. Dionigi A, Canestrari C. Clowning in health care settings: The point of view of adults. *Eur J Psychol.* 2016;12(3):473-88. Disponível em:
45. Martins AKL, Silva RG, Fernandes CM, Souza AMA, Vieira NFC. Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online).* 2016;8(1):3968-3978.
46. Queiroz MYFD, Machado RIL, Cordeiro M, Oliveira SMD, Oliveira JCCD, Carvalho JMD, et al. Influência da palhaçoterapia na assistência à criança hospitalizada. *EFDeportes.com.* 2014;18(190).

CUIDADOS PALIATIVOS

Emanuella Spezia Dalla Costa¹; Maira Liane Ferreira de Oliveira²;
Maria Clara Moreira de Oliveira³; Natália Assolari da Silva⁴;
Renata Ferlin Saccomani Barbosa⁵;
Tainá Siqueira Thies⁶.

Revisores

Jociane Casellas⁷;
Homero Luis de Aquino Palma⁸;
Ronny Kurashiki Oliveira⁹.

-
1. Psicologia - 8º período - PUCPR.
 2. Psicóloga Clínica (CRP 08/28364) formada pela PUCPR e especialista em Psicologia Analítica pela PUCPR.
 3. Medicina - 8º período - FAMINAS – BH.
 4. Medicina - 7º período - PUCPR.
 5. Medicina - 8º período - FCM/SJC-HUMANITAS.
 6. Psicologia - 10º período - UTP.
 7. Psicóloga graduada pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), especialista em Cancerologia pelo HEG. Especialização em andamento em Cuidados Paliativos e Terapia da Dor pela PUCMG e mestre em Bioética pela PUCPR. Psicóloga pelo instituto Curitiba de Saúde (ICS).
 8. Médico graduado pela UNIGRANRIO), especialista em Medicina da Família pela PUCPR e especialista em Cuidados Paliativos pela PUCPR. Mestre em Bioética pela PUCPR e professor assistente da PUCPR.
 9. Psicólogo graduado pela UNICENTRO. Especialista em cancerologia pelo HEG e especialista em Cuidados Paliativos e Terapia de Dor pela PUCMG. Psicólogo clínico pelo HEG e pela clínica Valencis Curitiba Hospice atuando no setor de Cuidados Paliativos.

Durante a vida, nos deparamos com diversos ciclos e cada fase é composta por vivências únicas, experiências transformadoras e impactantes. Nossas vidas são surpreendentes, incertas e até os últimos dias entramos em contato com sentimentos e sensações muitas vezes nunca sentidas. Cada acontecimento que nos marca, inclusive a experiência da morte de ente queridos, conhecidos, ou até a nossa própria experiência de vida e morte, nos leva para reflexões profundas e transformadoras, porém, são momentos e sensações vistas na maioria das vezes com grande desconforto.

Isso pode acontecer devido ao fato de que essa incerteza que acompanha a experiência de vida e conseqüentemente a de morte, representa um momento marcado por dores e tristezas, sendo inclusive, considerado um tema tabu. Se pararmos para refletir sobre o assunto, já podemos ter em mente que o primeiro suspiro neste planeta, mesmo que represente um momento célebre, em contraposição, também concretiza a finitude. Porém, o momento da morte não precisa cumprir essas características, ele pode ser permeado por outras atribuições. Além disso, logo que nascemos, já temos idade suficiente para morrer¹, ou seja, a morte é algo que não podemos fugir e por isso vale a reflexão.

A medicina ao longo dos últimos séculos, avançou de forma efetiva nos tratamentos terapêuticos e, com isso, a expectativa de vida aumentou significativamente². A população que se encontra entre os 80 e 89 anos de idade é a que mais cresce, e como consequência, hoje, há uma cultura de supervalorização da vida. Isto é, as pessoas estão sempre em busca de mais e mais tempo, custe o que custar, para poder sobreviver. Porém, essa busca não garante uma qualidade de vida³.

A luta pela busca sem limites da cura das doenças e o investimento cada vez maior na sofisticação das técnicas na área da saúde podem ter levado a nossa sociedade a uma negação da morte⁴. Com isso, ela passou a não ser aceita por representar indiretamente uma derrota ou fracasso. Diante dessa realidade, acabam ficando em segundo plano as intervenções de saúde que promovam qualidade de vida e um final de vida digno para aqueles que vivem com diagnósticos de doenças sem garantia da cura⁴.

Quando um diagnóstico incurável bate à porta, clama-se por suporte e escuta, e é disso que se trata os cuidados paliativos: um suporte além da esfera física, na qual busca a promoção do bem-estar do paciente e de seus familiares, proporcionando uma melhor qualidade de vida (ou de morte) diante do

desconhecido de acordo com as preferências dele, respeitando também a sua autonomia diante desse momento⁵.

Essa modalidade de cuidado age através de uma rede tanto Inter multidisciplinar quanto multidisciplinar, na qual busca-se em conjunto, a promoção da qualidade de vida da pessoa enferma, através, essencialmente, da prevenção e alívio da dor do sofrimento. Isto é, os cuidados paliativos consistem em um sistema de apoio que ajuda a pessoa a viver de forma ativa, o quanto possível, no decorrer do tempo e/ou até a hora de sua morte^{5,6}.

A diferença entre os cuidados paliativos e a medicina curativa está no fato do primeiro atender-se não somente à tentativa de cura da doença, mas também à prevenção e o controle dos sintomas, oferecendo um cuidado integral a esses pacientes⁷. Diante disso, torna-se ainda mais importante termos em mente que os extremos, tanto o início da vida quanto a morte, nos relembram sobre o que se passa no meio, a experiência de estar vivo. Dessa forma, é importante relembrar que ambas (morte e vida) não são opostas, e sim complementares.

Histórico

Idealizado e abordado inicialmente em 1967 pela enfermeira, assistente social e posteriormente médica Cicely Saunders na Inglaterra, os cuidados paliativos foram trazidos para a América pela psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross ainda na década de 70, quando o movimento começou a disseminar-se pelo mundo⁸.

Foi em 1990 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu pela primeira vez o conceito e os princípios dos cuidados paliativos. Essa definição, de início, era voltada para a área oncológica e para os cuidados no fim da vida. Em 2002 esse conceito foi revisto, passou a incluir a assistência a outras doenças e é utilizado ainda nos dias de hoje³.

Cuidados paliativos consistem na assistência, promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais⁹.

Em 2017 um relatório publicado pela Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief elaborou um mecanismo para men-

surar a carga global de sofrimento relacionado a saúde (SHS), que foi baseado em 20 condições ou doenças, muitas delas agudas (como a desnutrição), que poderiam ser passageiras quando tratadas adequadamente. Com isso, a comissão recomendou que a definição da OMS fosse revisada, a fim de abranger os avanços do sistema de saúde e também a dificuldade de tratar os pacientes em localizações de baixa renda¹⁰. Baseada nisso, a International Association for Hospice & Palliative Care publicou em 2020 uma pesquisa com mais de 400 membros de 88 países para elaborar um novo conceito:

O cuidado paliativo é o cuidado holístico ativo dos indivíduos em todas as idades, com graves sofrimentos relacionados com a saúde, devido a doença grave e, especialmente, daqueles perto do fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores¹¹.

Já no Brasil, desde a década de 80 serviços de assistência paliativa foram sendo fundados, porém sem vínculos entre si (8). Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e, em 2005, fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)⁸.

Apenas em 2010 a área dos cuidados paliativos foi oficializada como formação médica específica no território brasileiro, no entanto, o assunto ainda é pouco trabalhado nas universidades do país, em disciplinas não obrigatórias ou ligadas à área da morte ou da oncologia¹². Além disso, no momento atual, menos de 10% dos hospitais do país apresentam equipe específica de cuidados paliativos e mais de 50% dos serviços estão concentrados na região sudeste, o que mostra a desigualdade na oferta desse atendimento¹³.

Cuidados paliativos e a humanização

O acompanhamento de um processo de tamanha carga emocional e de ressignificações se dá somente em nossa espécie, visto que somos os únicos viventes aos quais se atribui o verbo “ser” em sua caracterização¹⁴. Qualquer outra forma de vida simplesmente é o que é, o boi é boi, por exemplo, mas nisso surge a responsabilidade e importância de sermos humanos, o que compõe e nos considera seres bio-psico-sociais e toda a demanda que acompanha a nossa existência.

A humanização se encarrega de tornar o adoecimento mais leve de ser vivenciado, haja vista ser esse um momento tão impactante para o sujeito e sua rede de apoio. Isso faz com que a individualidade seja abraçada e usada

como guia, tornando o processo mais familiar e reconfortante quanto for possível. A humanização, portanto, é responsável por levar em conta questões como a autonomia do sujeito, os princípios da beneficência e não maleficência, assim como a justiça e equidade dos direitos da pessoa em questão¹⁵.

Desta forma, a humanização da saúde solicita a gestores, profissionais e usuários que se envolvam no cuidado, que compreendam cada paciente como um ser integral envolto de uma rede de apoio, ou seja, humanizar o serviço de saúde não significa olhar apenas para o paciente, mas sim para todo o sistema que o envolve. Em outras palavras, a humanização solicita dos profissionais de saúde um olhar individualizado e contextualizado¹⁵.

Humanizar o cuidado no âmbito da saúde significa levar em consideração a essência do ser, respeitando a sua individualidade e as suas necessidades, preocupando-se não somente com a dimensão física do paciente, mas também com as dimensões psíquica, social e espiritual. Em termos práticos, isso significa o respeito à dignidade de cada pessoa, personalizando a assistência à saúde prestada de acordo as demandas – sejam elas objetivas, relativas a aspectos (sic) materiais, ou subjetivas – que cada paciente traz^{16,p.29}.

A humanização deve ser um pilar para a busca de conforto para pacientes, familiares e profissionais, gerando condutas diferentes da equipe e possibilitando o cuidado individualizado. E para que ela ocorra de forma eficaz, a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar precisa ser trabalhada, promovendo, assim, o diálogo com o foco na solução para cada paciente e sua família¹⁷.

Além disso, no âmbito dos cuidados paliativos, a humanização do cuidado deve considerar ainda a voz e os desejos do paciente frente às decisões da equipe, uma vez que:

O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história. A humanização no atendimento exige (...) exercer na prática o re-situar das questões pessoais num quadro ético, em que o cuidar se vincula à compreensão da pessoa em sua peculiaridade e em sua originalidade de ser. Dessa forma, cada encontro entre o profissional agente de atendimento humanizado e o paciente reveste-se de uma tomada de consciência quanto aos valores e princípios norteadores de suas ações, num contexto relacional^{15,p.6}.

Neste cenário de compreender o paciente em sua subjetividade e a partir de suas peculiaridades, surgiu, em 2004, a PNH (Política Nacional de Humanização) no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde). Dentre os princípios norteadores da PNH encontramos: integração entre todos os envolvidos no processo de valorização da subjetividade; incentivo para um trabalho em equipe transdisciplinar com foco em processos humanizados; e educação permanente visando protagonismo e autonomia de todos os envolvidos¹⁸.

Logo, o cuidado humanizado, considerando a relação entre paciente e equipe na tomada das decisões sobre seu tratamento, liga-se à filosofia dos cuidados paliativos ao retomar a relevância de colocar no centro do processo o paciente, seu sofrimento e o diálogo, ou seja, ao implementarmos os cuidados paliativos, estamos justamente recolocando o ser humano no centro do processo e salientando que o que deve vir em primeiro lugar deve ser a dignidade de viver com qualidade. que muitas vezes se impõe¹⁶.

Diferenças entre cuidados paliativos, ortotanásia e distanásia

Os cuidados paliativos são focados nas necessidades do paciente, cujo foco é acima de tudo um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso com o paciente e seus familiares¹³. Possui como objetivo, oferecer um cuidado diferenciado desde o momento do diagnóstico, utilizando-se de uma relação de confiança entre profissionais, família e paciente, para que este seja ativo durante seu tratamento. Além disso, está entre os seus princípios, a busca pela compreensão da morte como um processo natural da vida, sempre buscando promover o alívio da dor e de outros sintomas por meio de cuidados integrados a partir de múltiplas terapias¹⁹.

Por ser uma modalidade de cuidados recente e que engloba e considera a morte como um processo natural da vida, a compreensão sobre o que seriam os cuidados paliativos passam por vezes por uma interpretação errônea e de senso comum. Isso acontece porque muitos acreditam que essa forma de atendimento é discutida somente quando não existem mais esperança para o paciente, sendo muitas vezes confundida com uma ideia de que “não há mais nada a fazer”, porém, é justamente o contrário²⁰.

Essa é uma ideia equivocada, pois os cuidados paliativos trabalham para estabelecer uma qualidade de vida para o paciente, sua rede de apoio e profissionais²⁰.

Os cuidados paliativos compreendem prevenção, identificação precoce, avaliação integral e controle de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e problemas sociais. Sempre que possível, estas intervenções devem ser baseadas em evidências científicas; Esses cuidados proporcionam apoio para auxiliar os pacientes a viverem de forma mais plenamente possível, até sua morte, ajudando-os, bem como suas famílias, a estabelecer os objetivos de seus tratamentos, através de uma comunicação facilitadora e eficaz; São aplicáveis durante todo o percurso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente^{10,p.1}.

Os cuidados paliativos possuem alguns princípios ligados à humanização do cuidado com pacientes portadores de doenças crônicas e graves³. O principal objetivo é a qualidade de vida, compreendendo-se a morte como processo natural. Assim, os cuidados paliativos não prolongam nem antecipam a morte, mas visam o manejo de sintomas por uma equipe multiprofissional, a qual trabalha em conjunto com paciente e família para a tomada de decisão de forma ética.

Ainda, os cuidados paliativos coordenam as ações, integrando a assistência à saúde, muitas vezes fragmentada, compreendendo o adoecimento de forma holística, isto é, que o processo de adoecer envolve a totalidade do paciente, incluindo sua espiritualidade, subjetividade e suas relações e seus desejos, bem como o cuidado com a família, inclusive no processo de luto após a morte do paciente³.

Assim, torna-se possível elencar como principais norteadores da assistência em cuidados paliativos: prevenção e controle de sintomas; intervenção psicossocial e espiritual; paciente e família como unidade de cuidados; autonomia e independência, comunicação e trabalho em equipe multiprofissional^{3,p.159}.

Logo, uma das principais tarefas dos cuidados paliativos é a promoção da ortotanásia, ou a morte digna, no seu tempo natural, o que possibilita um novo entendimento sobre o processo do morrer. Ou seja, busca-se a não efetivação da distanásia (obstinação terapêutica), ou a mistanásia (morte prolongada). Ainda, não se pode confundir o trabalho de cuidados paliativos

com a eutanásia (acelerar a morte) ou o suicídio assistido (auxiliar o paciente a terminar a vida), que promovem a antecipação da morte²¹.

O processo da ortotanásia é regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina pela resolução CFM No 1.805/06, a qual indica que:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal^{22,p.1}.

Já a distanásia, ao contrário da ortotanásia, é a prolongação do processo de morrer, marcada por uma obstinação que leva em conta na maioria das vezes a sacralidade da vida em detrimento da qualidade. O que é também caracterizada como uma “futilidade médica”, isto é, tratamentos que não conseguem trazer benefícios ou bem-estar ao paciente, e sim mais sofrimento por mantê-lo mais tempo em vida²³. Ou seja, a distanásia parece deixar à tona uma obsessão pelo afastamento da morte, ignorando-a como um processo natural e reforçando um cenário em que a tecnologia na área médica prolonga a vida, mesmo que sem qualidade e sem a compreensão dos limites e da finitude do ser humano²¹.

Há ainda um conceito que vem ganhando força no movimento hospice: o de kalotanásia. O movimento hospice surgiu no final dos anos 1960 com o objetivo de oferecer um atendimento centrado na pessoa a partir de um programa amplo para pacientes que estejam em processo de fase terminal ou com doença avançada²⁴. Assim, em seu bojo estão os cuidados paliativos e o cuidado hospice de acolhimento a pacientes que estão o processo avançado do morrer. Portanto, dentro deste ambiente de acolhimento da fase terminal surgiram as discussões sobre a boa morte, ou a kalotanásia, tratando-se:

[...] de um conjunto de características que pretende reviver um processo de morrer transformador e ritualizado socialmente, porém com o desafio de fazê-lo em um cenário médico submetido a constante e crescente incorporação tecnológica, de acordo com o vigente paradigma biotecnocientífico. [...] a kalotanásia –, com a descrição de seus elementos históricos e culturais, não exclui e, ao contrário, pode contribuir para melhor sistematização do significado da ortotanásia^{24,p.398}.

Isto posto, compreende-se que tratamentos fúteis e a obstinação terapêutica acabam por estender somente as funções fisiológicas do paciente, mas não levam em conta a totalidade do ser. Afinal, “pessoas podem estar vivas e não ter vida”^{23,p.155}, ou seja, somos um corpo, mas também somos a nossa consciência, nossa atuação no mundo e nossas relações sociais, indicando que é preciso mais que um coração batendo para haver de fato vida. É preciso re-humanizar o processo de morrer, entendendo que a finitude faz parte do ciclo de vida do ser humano.

Diante disso, entende-se a importância de lembrarmos, cada vez mais, a certeza da morte em nossas vidas, ou seja portanto, passaremos por ela não só com a nossa própria finitude, mas também com a finitude daqueles que amamos e que convivem conosco. Todas as pessoas tem o direito de receber um cuidado de saúde humanizado, e aquelas que enfrentam uma doença crônica, fora de possibilidade curativa tem o direito de receber cuidados paliativos, assim como sua família e rede de apoio também precisam de cuidados, em qualquer tempo.

A equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos

Um dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos, descrito pela OMS, é o emprego de uma equipe multidisciplinar, que vise abordar as necessidades tanto do paciente quanto a de seus familiares⁹. Nesse sentido, uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes espirituais, farmacêuticos e dentistas – que desempenhem suas funções específicas mas que primeiramente trabalhem com integração em suas relações, deve ser estabelecida não somente entre aqueles que cuidam, mas também com os que são cuidados, para a garantia de uma assistência harmônica e de qualidade para o paciente²⁵.

Tendo em vista essa necessidade de uma equipe multidisciplinar para o paciente em cuidado paliativo, a ANCP, em seu Manual de Cuidados Paliativos (2012) trouxe a descrição sobre o papel de cada um dos profissionais necessários²⁶.

O médico paliativista é responsável por conhecer as doenças, a evolução natural de cada uma delas, assim como realizar diagnósticos e estabelecer tratamentos, medicamentosos ou não, a fim de garantir não apenas alívio de

sintomas, como também a dignidade de vida de cada paciente. É também de responsabilidade do médico conversar com paciente e família para esclarecimento sobre cada aspecto da doença, agindo como elemento facilitador para que o paciente possa exercer sua autonomia. Essa comunicação é importante também com o restante da equipe multidisciplinar, para que todos tenham o mesmo entendimento e “falem a mesma língua”²⁷.

O enfermeiro atua no cuidado de pessoas, com ações objetivas como o controle de dor e realização de curativos em lesões cutâneas, mas também em técnicas de comunicação terapêuticas, manutenção do asseio, da higiene e do conforto²⁸. Já o psicólogo reconhece e trabalha o fator emocional envolvido nos sintomas do paciente, como a dor, ansiedade, depressão, os distúrbios de sono, entre outros. Do ponto de vista psicanalítico, o psicólogo oferece a escuta para aqueles que desejam falar, e através disso procura promover o paciente a elaborar vivências relacionadas ao processo, que contribui para reorganizar sua autoimagem. O profissional estimula também que doente e familiares falem livremente sobre a situação do paciente, legitimando o sofrimento e tornando possível a elaboração das experiências de adoecimento. Vale ressaltar ainda a importância do psicólogo também para os profissionais da equipe, como ponto de apoio para as situações enfrentadas pelos profissionais. O acompanhamento do psicólogo idealmente deve começar o mais precoce possível e, tendo em vista que os cuidados paliativos não se resumem aos cuidados ao final da vida, essa assistência pode ser acompanhada ao longo de anos²⁹.

O assistente social busca conhecer paciente, família e cuidadores, traçando uma rede de suporte social. Ele também estabelece o perfil socioeconômico, além de reconhecer se há, ou não, pessoas com quem o paciente tenha vínculos estabelecidos. Esse conhecimento de limites e possibilidades do paciente nem sempre é obtido em uma primeira conversa; por isso, o assistente social saberá o momento ideal para colher informações ou, então, apenas ouvir e acolher³⁰.

O nutricionista auxilia na qualidade de vida do paciente, ao ser responsável pela diminuição dos sintomas relacionados à nutrição. Sempre que possível, a dieta por via oral será a primeira escolha, visto que o alimento muitas vezes está relacionado a recordações prazerosas da vida. Além da demanda energética, a alimentação deve envolver afeto e carinho³¹.

O fisioterapeuta busca promover principalmente a condição física do paciente. Esse profissional, com técnicas e exercícios específicos, vai buscar aliviar o sofrimento, a dor e outros sintomas estressantes, a fim de que os pacientes vivam de forma mais ativa possível, influenciando diretamente na qualidade de vida, na dignidade e no conforto³².

O fonoaudiólogo lida com alterações de deglutição, náuseas, vômitos, dentre outros sintomas muitas vezes decorrentes de medicações ou de tratamentos quimioterápicos. Dessa forma, atua mantendo a deglutição e a dieta via oral seguras, através de manobras e correção de postura, por exemplo. Além disso, muitas vezes a comunicação do paciente apresenta-se alterada, e nesse momento o profissional pode oferecer auxílio tanto na fonação do paciente, quanto nas alternativas comunicativas, seja com pranchas de comunicação, gestos ou observação de manifestações corporais. Esse processo favorece a relação do paciente com sua família e com a equipe multidisciplinar, fazendo o paciente permanecer calmo e tranquilo³³.

O terapeuta ocupacional busca ampliar a autonomia do paciente, com atividades que possibilitem experiências, além do resgate de capacidades e a criação de projetos. Assim, o profissional atua com atividades como recurso terapêutico, sejam elas artísticas, manuais, de lazer, entre outras. Toda intervenção é focada em manter atividades significativas para o paciente³⁴.

O assistente espiritual disponibiliza um atendimento que oferece condições para refletir questões existenciais, como propósito de vida, perdão, acerto de contas, qualidade e utilidade de vida. Isso integra aspectos psicossociais e espirituais, dando a possibilidade de o paciente expressar sentimentos e emoções conversando abertamente, se for o caso, sobre a morte, reafirmando ela como um processo natural e expressando seus desejos finais. Quando se fala em espiritualidade, pensa-se em comunidades religiosas organizadas, mas o conceito vai além disso, compreendendo o amor, inspiração, integralidade, profundidade, sendo caloroso e espontâneo, com caráter pessoal³⁵.

O farmacêutico, esclarece os profissionais sobre medicações disponíveis e alternativas farmacocinéticas, além de orientar equipe e familiares sobre a forma adequada de armazenamento, posologia e via de administração. Ele tem contato direto com o paciente e atua não só distribuindo medicamentos, mas também pode avaliar a prescrição e intervir com o objetivo de promover segurança e eficiência com o menor número de interações medicamentosas e de efeitos adversos, além de realizar avaliação regularmente para evitar o uso

indevido de medicamentos. Como o controle dos sintomas é um dos focos dos cuidados paliativos, a presença do farmacêutico se faz muito necessária em relação ao uso do tratamento farmacológico que alivia e conforta³⁶.

Por fim, o dentista é o responsável, principalmente, pelo controle de infecções bucais e dentais, seja através de tratamento preventivo ou curativo, que ocorrem por decorrência da doença do paciente em cuidados paliativos. Assim, complicações sistêmicas podem ser evitadas, como a endocardite bacteriana, as infecções pulmonares e a septicemia³⁷.

Além dos profissionais citados acima, vale ressaltar ainda que o uso das terapias integrativas, como a homeopatia, fitoterapia, musicoterapia, aromaterapia e o uso de plantas medicinais também têm ganhado destaque quando se fala de cuidados paliativos, com resultados de estudos apontando que a implementação de tais métodos propicia ao paciente maior bem-estar físico e mental, alívio da tensão, autonomia sobre as decisões dos tratamentos e cuidados que recebe, além de possibilitar maior aproximação do profissional com o paciente ao utilizar métodos que se aproximam do conhecimento popular. Apesar de ser uma área que ainda carece de mais pesquisas, as terapias integrativas têm se mostrado como uma modalidade em expansão^{31,38}.

Com isso, exposta a importância de cada profissional na equipe, assim como o surgimento de terapias complementares, fica claro que devemos acima de tudo reconhecer que o cuidado adequado do paciente requer o respeito de sua integralidade e de suas demandas únicas que devem ser abordadas de forma conjunta. Percebe-se que as áreas de conhecimento são incompletas quando isoladas, o que reafirma a necessidade de um trabalho efetivamente em equipe multidisciplinar, que atenda por completo as necessidades múltiplas do paciente em cuidados paliativos³⁰.

Autonomia do paciente em cuidados paliativos

Entendendo o processo de adoecimento e enfrentamento do tratamento como um momento em que o paciente deve ser considerado em sua totalidade e dotado de autonomia, nada mais natural do que, diante dos fatos, considerar a opinião e expectativa do paciente diante de sua própria vida. Da mesma forma que deixamos em ordem os bens materiais e as relações emocionais e espirituais, é também coerente deixarmos em ordem como que-

remos que sejam nossos últimos momentos quando não mais pudermos expressar mais claramente nossas vontades.

Assim, já na década de 1960, surgiram iniciativas que culminaram no que conhecemos hoje como DAV (Diretivas Antecipadas de Vontade). A DAV é um documento que permite ao paciente antecipar quais tratamentos aceita ou recusareceber no final de sua vida, bem como nomear um procurador para tomar decisões relativas aos tratamentos médicos³⁹.

No Brasil, embora não haja uma lei específica para a obrigatoriedade da DAV em serviços de UTI ou de cuidados paliativos, o Conselho Federal de Medicina promulgou uma resolução a respeito das DAV em 2012. A Resolução 1.995/2012, em seu artigo 1º define:

[...] diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade⁴⁰.

Dessa forma, a DAV faz exercer a autonomia do paciente sobre as decisões em relação ao fim de sua vida. Entre as decisões incluem-se ressuscitação cardiopulmonar, respiração artificial, exames e tratamentos invasivos, utilização de fármacos e até mesmo a administração de alimentação artificial. Além disso, a DAV também permite a escolha de outra pessoa para tomar as decisões a respeito desses mesmos procedimentos e outros mais que venham a ser necessários no prolongamento ou não da vida do paciente. Ainda, a DAV pode ser revogada a qualquer momento a pedido do paciente, caso este mude de ideia³⁹.

É importante lembrar que a DAV não é sinônimo de eutanásia, uma vez que não permite o término da vida pela equipe médica, mas sim estabelece um balizador de procedimentos e intervenções aceitas ou recusadas pelo paciente e/ou familiares no processo de tratamento e no processo do morrer. Entretanto, pode ser um documento aliado no processo de ortotanásia, possibilitando uma morte digna a partir dos valores, das crenças e da autonomia do paciente³⁹.

Morte e ressignificado

A morte apesar de ser um processo natural, ainda é entendida como algo assustador pela população tanto por questões sociais quanto por questões culturais. Entretanto, nem sempre foi temida ou vista como um processo negativo na vida do ser humano. Na antiguidade, a morte era vista como algo natural, sendo parte do curso da vida do ser humano⁴¹.

Com o passar dos séculos, a mortalidade passou a ser vista de outra maneira, como um tabu, associando-se a sentimentos como medo, fracasso e impotência^{42,43}. Outrossim, os processos de morte e morrer passaram a ser condicionados como uma negação no cotidiano, não se considerando como uma etapa natural em nossas vidas⁴¹.

Esta passagem é encarada de diversas formas por cada indivíduo, causando em sua singularidade, um sentimento único e individual. Muitas pessoas ao pensarem sobre sua mortalidade apresentam sentimentos de negação, como dor, tristeza, medo de abandonar e perder seus entes próximos, e, o medo da incerteza e do desconhecimento do que vem no pós-morte. Isso tudo acaba resumindo-se a um único sentimento: o sofrimento⁴⁴.

O sofrimento tem sempre um sentido, que carece de encontrar a sua significação, e também uma destinação, que carece de ser objetivada na transcendência do ser humano^{45,p.277}.

Nesse viés, o paciente em cuidados paliativos busca na espiritualidade uma maneira de ter forças perante sua situação, como uma forma de ressignificar a dor simbólica da morte⁴⁶. A espiritualidade não se refere a uma determinada profissão de fé religiosa, e, sim, à relação transcendental da alma com a divindade e à mudança que daí resulta, ou seja, espiritualidade está relacionada a uma atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, a um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e ao fortalecimento, amadurecimento que esse contato pode resultar para a personalidade^{47,48}.

A espiritualidade para o paciente que enfrenta o processo de morrer pode representar uma forma de apoio emocional, onde busca despertar a consciência e sentido de sua existência e culpa diante de Deus e ressignificar os sentimentos presentes durante esse processo, como as tristezas, angústias, o medo da morte e do sofrimento⁴⁸.

A morte tende a causar diversas mudanças tanto emocionais quanto cognitivas para o paciente. Assim, visto que os cuidados paliativos demandam a presença da equipe multidisciplinar, o psicólogo torna-se essencial perante essa situação do luto, sendo importante a implementação do auxílio psicológico⁴⁹.

Por ser parte da equipe multiprofissional que atua na área de Cuidados Paliativos, a contribuição do profissional da área da psicologia se dá em diversas atividades, a partir de saberes advindos de uma visão do fenômeno como pertencente ao campo da mente e das vivências e expressões da mesma, pelo corpo^{50p.74}.

A família, muitas vezes, não sabe lidar com a doença terminal enfrentada pelo ente querido. Dessa maneira, faz-se necessário o apoio da equipe multidisciplinar com esses, a fim de promover cuidados que auxiliem os familiares nesse processo de luto. Nesse viés, é importante que a equipe compartilhe suas impressões sobre o caso com o objetivo de passar segurança aos familiares, assegurando uma relação de confiança da família com os profissionais. Além disso, deve-se oferecer o suporte necessário, tanto psicológico quanto médico, a fim dos familiares sentirem-se acompanhados e acolhidos, durante o processo de luto⁵¹.

Portanto, apesar de estarmos inseridos em uma cultura na qual a morte é vista como um tabu, os cuidados paliativos por meio de recursos como a espiritualidade e a psicoterapia aumentam as possibilidades de que o indivíduo ressignifique o processo de morrer, tornando-o humanizado, no qual o paciente possa viver tão ativamente possível, até o momento de sua morte, proporcionando a ele, uma maior qualidade (de fim) de vida⁵⁰.

Considerações finais

O processo da morte, em nossa realidade, parece estar sempre relacionado à dor e ao sofrimento. A sociedade encara isso como algo imutável e abdica do olhar atento e do cuidado com o outro, sendo que todo paciente requer uma demanda variada e única. Seja ela física, psicológica, social ou espiritual, é necessário um cuidado holístico, ou seja, integral, pois cada pessoa tem seu valor e somente em conjunto com uma equipe multidisciplinar e suporte será possível acolher o paciente como um todo e elaborar um manejo específico para este.

Em função disso, os cuidados paliativos se apresentam com foco na melhora da qualidade de vida dos pacientes, desde o momento do diagnóstico de doenças graves, progressivas até especialmente as doenças que ameacem a continuidade da vida, cuidando do corpo e da alma dessas pessoas que passam por esta transição. De forma simbólica, esse momento pode ser exemplificado através das fases da vida de uma borboleta.

A borboleta é um inseto que passa por um processo chamado metamorfose, caracterizado pela mudança do ser. A transformação da borboleta ocorre em quatro fases, sendo estas a do ovo, da larva, da pupa e por fim, o estágio adulto. Quando se tem a transformação de uma criatura em outra, dá-se o nome de metamorfose completa. E assim como a borboleta, nós, seres humanos, sofremos mudanças até nos tornarmos adultos. Mudanças que nos tornam completamente diferentes desde o momento que nascemos até a morte. Portanto, a metamorfose da borboleta simboliza a passagem desses pacientes pelo processo da morte e libertação da alma, assim como as borboletas quando rompem seus casulos e se tornam livres para voar⁵².

Em vista disso, é preciso desconstruir a conotação negativa agregada à morte e enxergar ela como algo natural, para que se possa falar de vida. Só assim os profissionais da área da saúde conseguirão proporcionar um cuidado integral e humano, promovendo o alívio da dor e controle dos sintomas para de fato ressignificar o valor da vida e da morte, que estão intrinsecamente ligadas e são inerentes a qualquer ser vivo. Nem sempre será possível curar, mas sempre será possível cuidar.

Referências

1. Ferreira LC, Silva FA. SUICÍDIO E ALMA: pelas portas do suicídio. *Psicologia e Saúde em debate*. 2019;5(Suppl. 2):81–81.
2. WILSON, D. M.; CABE-WILLIAMS, B. E. Death in modern society. In: WALSH, D. et al. *Palliative Medicine*. [An Expert Consult Title]. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, p.8-13, 2009
3. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estudos avançados*. 2016;30:155–66.
4. Barbosa A, Neto I. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2006;
5. Silva CF da, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR dos, Faustino TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:2597–604.

6. Barbosa A, Neto I. Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2006;
7. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2012;2(2):23–4.
8. Machado M de A, others. Cuidados paliativos e a construção da identidade médica paliativista no Brasil [PhD Thesis]. 2009.
9. Organization WH. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. World Health Organization; 2002.
10. Hospice P, Worldwide PC, Doyle D, Woodruff R. International Association for Hospice & Palliative Care; 2019
11. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of pain and symptom management*. 2020;60(4):754–64.
12. Malta R, Rodrigues B, Priolli DG. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018;42:34–44.
13. Paliativos (ANCP) AN de C. Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil. ANCP Brasília (DF); 2018.
14. Arantes ACQ. A morte é um dia que vale a pena viver: E um excelente motivo para se buscar um novo olhar para a vida. Sextante; 2019.
15. Pessini L. Humanização e cuidados paliativos. Edições Loyola; 2004.
16. Papinutto Mariana de ST. Cuidados paliativos e sua importância social: a humanização nos cuidados em saúde. Cuidados paliativos e sua importância social: a humanização nos cuidados em saúde. 2016;
17. Cangussu DDD, da Silva Santos JF, da Cunha Ferreira M. Humanização em unidade de terapia intensiva na percepção dos profissionais da saúde. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2020;9(2):167–74.
18. Santos Filho SB, Barros MEB de, Gomes R da S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13:603–13.
19. Cavalcante LSB, Saporetti LA, Takara L, Costa JX da, Carvalho RT de. Abordagem Transdisciplinar ao Paciente em Cuidados Paliativos. *Blucher Medical Proceedings*. 2014;1(2):90–90.
20. Coradazzi AL, Santana MTE, Caponero R. Cuidados paliativos: diretrizes para melhores práticas. MG Editores; 2019.
21. Lima CVTC. Ortotanásia e cuidados paliativos: instrumentos de preservação da dignidade humana. *Revista do Médico Residente*. 2010;12(3 e 4).
22. Editores O. Conselho Federal de Medicina Resolução n. 1.805/2006. *Revista de Direito Sanitário*. 2007;8(1):151–5.

23. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*. 2003;14:115–67.
24. Floriani CA. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Revista Bioética*. 2013;21:397–404.
25. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira IC de O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2013;22:1134–41.
26. Carvalho RT, Parsons HA (Org). *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro; 2012
27. Consolim LO. O papel do médico na equipe. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos Rio de Janeiro; 2012. p. 333-334.
28. Firmino F. O papel do enfermeiro na equipe. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos Rio de Janeiro; 2012. p. 335-336.
29. Nunes LV. O papel do psicólogo na equipe. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos Rio de Janeiro; 2012. p. 337-340.
30. Andrade L. O papel do assistente social na equipe. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos Rio de Janeiro; 2012. p. 341-344.
31. Batista C de C, others. *Práticas Integrativas e Complementares na formação dos acadêmicos de Enfermagem em uma universidade privada no Município do Rio de Janeiro [PhD Thesis]*. 2021.
32. Andrade BA, Sera CTN, Yasukawa SA. O papel do fisioterapeuta na equipe. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos Rio de Janeiro; 2012. p. 353-357.
33. Pinto AC. O papel do fonoaudiólogo na equipe. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos Rio de Janeiro; 2012. p. 358–60.
34. Othero MB. O papel do terapeuta ocupacional na equipe. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro; 2012. p. 361-363.
35. Aitken EVP. O papel do assistente espiritual na equipe. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro; 2012. p. 364-365.
36. Silva L, de Souza JN, dos Santos, FA, Gardenghi G. Serviços farmacêuticos em cuidados paliativos. *Revista electronica de saúde e ciência*. 2020;10:08–15.
37. Melo S, Jales CP. Papel do dentista na equipe de Cuidados Paliativos. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro; 2012. p. 241.
38. Felipette Lima J, Ceolin S, Knob Pinto B, Vestena Zilmmmer JG, Manfrin Muniz R, Schwartz E. Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia. *Avances en Enfermería*. 2015;33(3):372–80.
39. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista bioética*. 2013;21:463–76.

40. Rigoni V. Diretivas antecipadas de vontade: A necessidade da criação de um modelo nacional. *Anais de Medicina*. 2016;
41. Hoffmann L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cadernos de Saúde Pública*. 1993;9:364–74.
42. Cunha V. A morte do outro: Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte. 1999;
43. Marton SZ. A morte como instante de vida. Vol. 3. PUCPRes; 2019.
44. dos Santos Vaz YE. A dignidade no fim da vida. *Revista Jurídica do Ministério Público-Eletrônica*. 2016;(10):101–17.
45. Py L, Burlá C, Limoeiro CS, Geovanini FCM, Oliveira J, others. Cuidados paliativos e cuidados ao fim da vida na velhice. *Geriatrics & Gerontology*. 2010;4(2):90–106.
46. Benites AC, Neme CMB, Santos MA dos. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia (campinas)*. 2017;34:269–79.
47. Jung CG. *Psicologia e religião*. Editora Vozes Limitada; 2011.
48. Elias AC de A, Giglio JS. Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Rev Psiquiátr Clín(São Paulo)*. 2002;116–29.
49. Basso LA, Wainer R. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2011;7(1):35–43.
50. Franco HCP, Stigar R, Souza S, Burci LM. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *RGS*. 2017;17(2):48–61.
51. Reigada C, Pais-Ribeiro JL, Novellas A, Pereira JL. O Suporte à Família em Cuidados Paliativos/Family Support in Palliative Care. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2014;13(1):159–69.
52. Costa MF, Soares JC. Livre como uma borboleta: simbologia e cuidado paliativo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2015;18:631–41.

HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): o Brasil que acolhe

Ana Luisa Neumann¹; Beatriz de Haro Figueiredo²;
Daniela Rodrigues Parigot de Souza³; Fernanda Stabach Gremski⁴;
Giulia Abreu Setim⁵; Julianna Rodrigues Beltrão⁶.

Revisores:

Prof. Msc. Juliano Mota Volinger⁷;
Prof. Dra. Daiane Cristina Pazin⁸;
Prof. Dra. Giovana Daniela Pecharki⁹.

1. Medicina - 5º período - Univille.

2. Advogada graduada pela UFPR; medicina - 3º período -UP.

3. Odontologia - 6º período - PUCPR.

4. Odontologia - 3º período - UFPR.

5. Psicóloga graduada pela PUCPR.

6. Psicóloga graduada pela PUCPR; medicina - 3º período - PUCPR.

7. Terapeuta Ocupacional graduado pela UFPR (2017). Mestre em Saúde Coletiva pela UFPR (2020).

8. Médica de Família e Comunidade graduada pela PUCPR (2007). Mestre (2016) e Doutora (2020) em Ciências da Saúde pela PUCPR.

9. Cirurgiã-Dentista graduada pela UFPR (2000). Mestre em Odontologia pela UNICAMP (2003) e Doutora em Ciências da Saúde pela PUCPR (2009).

Introdução

A humanização em saúde no cenário nacional não é completa sem levar em consideração o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde heterogêneo que desde seu advento assinalou uma mudança em toda abordagem sanitária, consolidando, então, a saúde como direito tangível da população e dever do Estado.

Afinal, seria difícil imaginar uma humanização verdadeira e concreta sem que consideremos o acesso universal à saúde. Eis que uma humanização feita para poucos com condições financeiras de pagar por ela, poderia ser considerada tão somente mais uma forma de privilégio ou mercadoria.

Assim, justifica-se a importância e necessidade de um capítulo exclusivo para o assunto, para que por meio dele seja possível pensar novas formas de tornar a humanização tão universal quanto idealmente seria nosso sistema de saúde. Ademais, espera-se que o capítulo além de fomentar novos caminhos para humanizar um sistema tão complexo, assinale a importância dos profissionais da saúde, estudantes, gestores e usuários na criação de um processo de cuidado humanizado e colaborativo.

O Sistema Único de Saúde (SUS): criação, diretrizes e princípios

A criação de um sistema público de saúde acompanhou a evolução política e econômica do Brasil. Inicialmente, as ações relacionadas à saúde se baseavam em iniciativas filantrópicas, principalmente ligadas à instituições religiosas. O Estado agia de forma bem mais preventista como em campanhas de vacinação e em medidas de saneamento básico¹.

A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, houve o início da previdência social no Brasil, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), que contavam com financiamento parcial do Estado, vinculando o serviço de saúde e tornando-o restrito apenas aos operários urbanos. Posteriormente, as CAP's tornaram-se os Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP's), e, seguidamente, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967. Nesse momento, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos. No mesmo ano, há a Promulgação do Decreto Lei 200/67, que estabelece as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política

nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas, medicamentos e alimentos; e pesquisa médico-sanitária².

A Reforma Sanitária (RS) no Brasil iniciou o debate sobre a saúde como dever do Estado. A RS aconteceu em meados da década de 70 com o objetivo de redemocratização e defesa da saúde como direito universal à cidadania em contrapartida à mercantilização do cuidado³. Um de seus frutos foi o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o qual visava ampliar o alcance da medicina e o protagonismo da atenção primária, tornando o cuidado de saúde regionalizado, descentralizado e hierarquizado⁴.

Assim, o PIASS serviu como base da criação do SUS, através da Constituição de 1988, a qual trouxe a noção de saúde como um conceito universal e descentralizado^{4,5}.

Em 1981, com intuito de uma maior contenção de gastos, criou-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Conselho esse composto por indivíduos de diferentes áreas de atuação, como médicos, representantes dos ministérios, dos trabalhadores e dos empresários. Como aborda Carvalho⁶ (2014):

Os dois programas mais importantes do CONASP foram o de implantação do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar (SAMHPS) e o de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). O primeiro voltado a disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada; e o segundo, com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das três esferas governamentais, até então completamente desarticuladas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, teve sucesso pela grande representatividade e pela disseminação de um projeto democrático de reforma sanitária. Estavam incluídos nesse projeto princípios que seriam de grande importância para a futura criação do SUS, dentre eles a:

Universalização do acesso, equidade no atendimento, integridade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização, a hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade.⁶

A Constituição Federal de 1988⁷ determinou pelo Artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS foi definido no Art. 198 da seguinte maneira:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade”⁷.

Em 1990, ocorreu a consolidação e regulamentação do sistema público de saúde pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, o qual passou a ser nomeado Sistema Único de Saúde (SUS). Assim descreve por Carvalho⁶ (2014):

A Lei 8.800/90 define os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde. E a Lei 8.142/90 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” instituiu os Conselhos de Saúde e conferiu status público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais, como o Conass e o Conasems.

Além dessas leis, o SUS é regido por decretos, normatizações, portarias e medidas provisórias. O SUS tratava-se de um conjunto de ações e serviços de saúde mantidos pelo Poder Público e dava abertura para a participação privada de maneira complementar^{2,8}.

Para um norteamento do SUS, três princípios principais foram atribuídos^{2,8}:

- **Universalidade:** a saúde é direito de todos e dever do Estado, assim, sugere-se que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, e não cabe ao SUS discriminar quem tem direito.

- **Equidade:** relaciona-se diretamente com igualdade e justiça e garante assistência à saúde a todos, identificando o espaço da diferença, da pluralidade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- **Integralidade:** significa considerar a pessoa como um todo, sendo dever do SUS dispor de ações de saúde que atendam todas as necessidades do indivíduo, da prevenção às ações curativas.

Além desses, o SUS conta com outros princípios como a descentralização, que considera a distribuição de poder político, responsabilidade e recursos entre a esfera federal, municipal e estadual, a regionalização, que refere-se a cada parte do território, determinando perfil populacional, padrões epidemiológicos e condições de vida, a hierarquização dos níveis de complexidade necessários para o cuidado e a participação da comunidade por meio dos conselhos e conferências de saúde⁸.

Dispositivos e Resoluções de Humanização no SUS

Quando aborda-se a humanização dentro do SUS, é imprescindível falar da sua institucionalização, que se deu em 2003, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH). O marco teórico-político surgiu da necessidade do debate sobre os modelos de gestão do SUS e da formação dos profissionais de saúde, frente ao quadro de baixo investimento na qualificação de pessoal e pouco fomento às ferramentas de cogestão e inclusão de trabalhadores e usuários na época de sua instituição⁹.

A PNH tem como objetivo prover a inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores no processo de cuidado dentro do SUS, através da promoção de uma gestão coletiva e do reconhecimento do outro como ser único. A ferramenta estrutura-se a partir de: princípios, métodos, diretrizes e dispositivos^{9,10}.

Os princípios consistem^{10,11}:

- Na transversalidade, que implica o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e na transformação das dinâmicas de relação dentro do trabalho dos profissionais de saúde;
- Na indissociabilidade entre atenção e gestão, e;
- No protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

Já o método, que indica como deve ser conduzido o processo de humanização aponta para o movimento de inclusão. Especialmente, a dos diferentes sujeitos, dos analisadores sociais e do coletivo como movimento social organizado⁹.

Em sequência, as diretrizes da PNH, que são as orientações gerais da política, expressam a inclusão através dos dispositivos, ou seja, elementos - concretos e imateriais - presentes no processo de trabalho. Sendo que estes elementos teriam como objetivo a organização, implementação e melhoria do processo de humanização no SUS¹². Tendo em vista sua importância, cabe aqui aprofundar algumas delas:

- O acolhimento consiste no reconhecimento do outro e de sua legítima e singular necessidade de saúde. Deve ser implementado através de escuta qualificada dos trabalhadores da saúde para com as necessidades do usuário, de maneira a garantir o acesso destes às tecnologias adequadas, considerando a avaliação de suas vulnerabilidades, gravidade e risco^{9,10}.
- A gestão participativa e cogestão compreendem tanto a inclusão dos trabalhadores e usuários nos processos de decisão quanto a ampliação das atividades gestoras, a fim de que se torne um espaço de reflexão e aprendizado coletivo sobre a saúde. Isso os torna responsáveis pelo processo de cuidado da saúde, e coloca o usuário como protagonista na atenção à sua saúde, concretiza a transversalidade e garante a ampliação da comunicação⁹.
- A ambiência, por sua vez, como o nome sugere, consiste na criação de ambientes físicos saudáveis, acolhedores e confortáveis, que promovam o bem estar dos usuários e trabalhadores^{9,10}.
- A clínica ampliada e compartilhada é um conceito teórico-prático que busca uma abordagem clínica que considere a singularidade do sujeito usuário e seu processo de saúde-doença, através de uma abordagem transversal e multidisciplinar^{9,13}.

Ademais, os dispositivos são as diversas ferramentas de concretização das diretrizes, dentre elas o contrato de gestão, o acolhimento com classificação de riscos, equipe transdisciplinar de referência e apoio matricial e, especialmente, as formações^{9,12}.

Dentre os dispositivos que contemplam os usuários e os trabalhadores estão: o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), a Câmara Técnica de Humanização (CTH), o Colegiado Gestor, o Contrato de Gestão e os Sistemas de escuta qualificada.

Já com foco no usuário e em sua família estão os dispositivos da Visita Aberta, do Direito à Acompanhante, do Acolhimento com Classificação de Riscos, do Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde Coletiva e da Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial.

E os dispositivos que contemplam os trabalhadores são o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e a Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)¹¹.

A implementação destes dispositivos acontece de acordo com a especificidade dos serviços e sua efetivação está baseada nos processos de trabalho de cada serviço¹³. Silva, Barros e Martins¹⁴ (2015), ainda trazem que os dispositivos não são iguais tendo em vista os diferentes vetores e múltiplos tensionadores presentes em cada serviço.

Alguns autores ainda colocam que a PNH traz dentro dos dispositivos, a necessidade de algumas ações e de mudanças, entretanto a mesma não aborda as estratégias para a efetivação dessas mudanças e ações, deixando de lado os processos de trabalhos, fazendo assim com que esse serviço fique isolado em sua rede e não possibilite a transformação prática nos serviços. Nesse contexto, Pasche e Passos¹⁵ (2008, p. 97), trazem:

Os dispositivos da PNH, é necessário reafirmar, derivam de princípios, método e diretrizes da Política de Humanização, constituindo-se em um todo coerente. Nesta medida, sua implantação e consolidação impõem crítica constante, devendo-se interrogar sobre os modos de operar e os efeitos dos instrumentos, que por si só não garantem ação transformadora. Riscos de institucionalização e de captura pela lógica instituída impõem a ativação de processos de vigilância pelos coletivos sobre a implementação dos dispositivos e exercício crítico do método da PNH e de seus princípios.

Por fim, existem ações que têm centralidade na efetivação da humanização no SUS, são as formações dentro da PNH, as quais são feitas através de cursos e oficinas e produção de materiais que capacitam técnica e politicamente os trabalhadores como atores do processo de humanização¹¹. Seu princípio norteador é o de que formação e intervenção não se separam, explica-se:

Trata-se de uma relação com o conhecimento não da ordem apenas do “fazer conhecer” a PNH, mas principalmente do “fazer participar” da Política, com tudo que isso envolve em termos de apropriação, mobilização, intervenção e construção de conhecimentos¹¹.

Não obstante a robusta construção de instrumentos legais e teóricos, é importante sublinhar a importância do controle social para que a humanização como política seja de fato posta em prática e sobreviva aos momentos de crise política tão comuns no cenário brasileiro.

Humanização nos diferentes âmbitos e níveis de atenção

O HumanizaSUS, nome pelo qual ficou conhecida a PNH, desde sua criação, busca atuar em diferentes níveis de atenção para garantir um ambiente de saúde confortável, seguro e, principalmente, mais humano⁹. Essa atuação ocorre na atenção básica e especializadas, nas unidades voltadas às urgências e emergências e nos hospitais.

Na atenção básica, as ações voltam-se ao incentivo das práticas promocionais de saúde, a elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos considerando as políticas intersetoriais e as necessidades específicas e formas de acolhimento de inclusão do usuário. Projetos estes que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas⁹.

Na Urgência e Emergência, nos pronto-socorro (PS), unidades de pronto atendimento (UPAs), atendimento pré-hospitalar (APHs) e outros busca-se gerenciar a demanda através de critérios de avaliação de risco. Isso permite o acesso referenciado aos demais níveis de assistência, conforme a necessidade dos usuários e definição de protocolos clínicos, além do cancelamento de intervenções desnecessárias, respeitando a individualidade do sujeito⁹.

Na atenção especializada preza-se a otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas que impliquem diferentes saberes e práticas de reabilitação⁹. Além disso, inclui-se a garantia de uma agenda extraordinária dependendo do risco e das necessidades dos usuários e critérios de acesso. Como exemplo, tem-se

a utilização do Protocolo de Manchester, o qual define a ordem de atendimento médico, de acordo com a gravidade do paciente, por meio de cores.

Já no âmbito hospitalar, aconselha-se a existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido, mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários e de escuta para a população e trabalhadores. Ainda, inclui-se a existência de uma equipe multiprofissional e a garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede de apoio, respeitando a dinâmica de cada unidade e peculiaridades das necessidades do acompanhante. E finalmente, o funcionamento adequado do Conselho Gestor Local e um plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização, em implementação⁹.

Quem são os agentes da humanização?

A humanização na saúde caracteriza-se pela mudança na gestão dos sistemas de saúde e seus serviços, desde a forma como usuários e trabalhadores da área da saúde interagem entre si até a melhor capacitação desses profissionais e de seus gestores. Assim, ocorre a humanização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: os usuários, os trabalhadores e os gestores¹².

A partir de um conceito ampliado de saúde, norteados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), esta passou a ser entendida como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades”*, ampliando, também, o próprio processo de produção de saúde. Assim, inclui-se diferentes protagonistas nesse processo heterogêneo, cada qual com suas individualidades contribui para um sistema complexo e sinérgico.

A PNH compreende diversas instâncias do sistema, desde a atenção primária até a terceirizada. Dessa forma, observa-se que diversos profissionais compõem a engrenagem desse sistema, como: agentes comunitários, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos generalistas e especialistas, farmacêuticos, gestores e entre outros que compõem o atendimento em saúde.

Dentro dos diferentes níveis de atenção básica - primária, secundária e terciária - os trabalhadores em saúde atuam de modo cooperativo, tornando o seu território e seu conhecimento uma construção efetiva do conceito

ampliado da saúde. Por exemplo, agentes comunitários (ACS), enfermeiros, médicos - de Família e Comunidade (MFC) e, por vezes, especialistas - somam seus esforços numa Unidade Básica de Saúde (UBS) para abranger toda comunidade de dada região, a fim de, proporcionar à ela esse processo de produção de saúde⁹.

Isso só é possível com a participação ativa da comunidade e de uma gestão de saúde eficiente. Assim, assume-se que o funcionamento orgânico é pautado na humanização dos protagonistas e na coparticipação destes no processo, de modo que a saúde e as questões relacionadas a ela sejam construídas de forma ativa e horizontal em dada comunidade. Logo, a percepção da importância de uma política de humanização se torna indubitável¹².

O processo de humanização abrange os diferentes protagonistas desse complexo sistema, os quais encontram como desafios a desvalorização, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação, a pouca participação na gestão e no processo de trabalho e o frágil vínculo com os usuários. Essas são barreiras que a política de humanização visa superar⁹.

Evidencia-se, ainda, que a humanização desses atores começa na sua formação acadêmica, proporcionando uma visão ampliada do processo de saúde, sensibilizando o aluno em relação aos aspectos psicológicos, agregando valores éticos e estudando a PNH a fim de preparar o acadêmico para o ambiente da prática. Por isso, inclui-se o futuro profissional como uma das estratégias desse processo¹⁶.

Impactos da Humanização no SUS

Apesar dos diversos avanços e conquistas do atual sistema de saúde brasileiro, o SUS, não tem sido suficientemente capaz de suprir a busca por produção de saúde que visualize o indivíduo na sua integralidade. Esse fato corrobora com a necessidade de criação do HumanizaSUS, o qual propõe novas ferramentas para transformação do sistema, oferecendo melhor assistência, participação de gestores, profissionais e usuários ⁽¹¹⁾. As diretrizes do HumanizaSUS estimulam aos profissionais atitudes com o objetivo de otimizar o sistema de saúde¹⁷.

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar

senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, frequentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos. A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, e dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam de assistência e cuidados¹⁸.

Uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doente. As práticas integrativas e holísticas devem estar disponíveis como alternativas de cuidado à saúde. A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções¹⁸.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), oficializou a introdução de práticas de saúde não aplicadas costumemente na medicina tradicional ocidental, centrada no cuidado humanizado do sujeito. A PNPIC permitiu maior visualização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), atualmente diversas unidades de saúde utilizam das PICS, para oferecer acesso à saúde de maneira preventiva e de recuperação¹⁹. Tais práticas desenvolvem novas orientações para a saúde, tais como: medicina tradicional chinesa, homeopatia, medicina antroposófica, recursos terapêuticos como a fitoterapia, as práticas corporais, meditativas, arteterapia, ayurverda, biodança, dança circular e outras²⁰.

A humanização e a qualidade, evocadas para a sustentabilidade e legitimidade do SUS, vêm se tornando centrais para as políticas de saúde. Assim, são exemplos de mudanças que favorecem o sistema¹⁷:

- Promover a redução da fila de espera através de mapeamento, análise e atendimento de acordo com critérios de risco e demanda.
- Definir protocolos clínicos, sempre respeitando particularidades de cada sujeito, para eliminar questões invasivas como intervenções desnecessárias.

- Superar a fragmentação entre setores de funcionários que melhora a interação, favorece a coletividade e democracia para todos no local de trabalho.
- Mudar o foco do atendimento, passando da doença para o sujeito e exercendo o ato de escuta durante o acompanhamento, para criar vínculo como ação terapêutica e promover maior autonomia ao paciente.

Humanização na Prática: realidades e desafios

Para alcançar o objetivo de vínculo com usuários e a efetivação dos seus direitos, estimulou-se o protagonismo da população, através do controle social e dos mecanismos de cogestão. Assim, a humanização como política pública é afirmada como espaço de construção e troca de saberes, priorizando-se o trabalho em equipe, de maneira a abarcar e lidar com as necessidades e interesses dos diversos atores envolvidos²¹.

Com o objetivo de promover participação populacional nos assuntos referentes à saúde, foram instituídos conselhos municipais de saúde e conferências de saúde, local onde há debates e formulações de novas diretrizes na área da saúde. Os conselhos de saúde devem ocorrer mensalmente, enquanto as conferências ocorrem a cada quatro anos, ambos nas esferas municipais, estaduais e federal, consistindo os participantes destes eventos em representantes do governo, usuários do SUS, profissionais da saúde e prestadores de serviços^{22,23}.

A indicação da participação social é tida como uma das diretrizes mais relevantes para a implementação das políticas de humanização, entretanto, na prática esse princípio não é plenamente efetivado, estando muito aquém do desejado. Há grande dificuldade de seguir as diretrizes da PNH, por desconhecimento do assunto e falta de momentos democráticos para compartilhamento e aprendizado, além do desafio de manter os apoiadores, uma vez que a renovação de profissionais é grande. E quando iniciam as atividades coletivas, que buscam a cooperação entre gestores e funcionários, não é incomum que estas se desfaçam, por dificuldades de incentivo e participação ativa de todos²¹.

Atrair o interesse de profissionais da área não é uma tarefa fácil, muitos acreditam que a humanização deve ocorrer somente na triagem, por isso, a criação e divulgação de cursos, rodas de conversa e outros dispositivos é

fundamental para ampliar o conhecimento de todos. A busca por formação constante dos trabalhadores é um ponto crucial para que seja possível a compreensão e prática das diretrizes do HumanizaSUS²¹.

Assim, para que se efetive a humanização do SUS, é indispensável a educação permanente dos atores envolvidos, visto que esse processo deve ser aprimorado constantemente e de forma progressiva.

A prática da humanização na saúde pública não possui contratação formal para funcionários, mas isso não impede que seja praticada, aceitando os desafios a serem enfrentados e colhendo as conquistas. O apoio à PNH é fundamental para reorganização de um SUS melhor²¹. A função de apoiador promove mudanças coletivas, processos de trabalho e grupalidade. Ao implementar ações humanizadas em suas atividades localmente, o apoiador realiza transformações estruturais que, por poder de contágio, pode assumir proporções extensivas²⁴.

Desse modo, como mencionado no trecho abaixo, a PNH se torna essencial aos profissionais que usam do dispositivo:

Às vezes, pelas dificuldades (falta de apoio, rotatividade dos gestores, desconhecimento sobre a PNH de trabalhadores, fragmentação do processo de trabalho e das relações, dificuldade de trabalho em equipe, sistema de saúde burocratizado, verticalizado...), emerge a vontade de desistir, mas o desejo de efetivar os princípios do SUS fala mais alto e a gente não se vê mais atuando na área da saúde se não for pra lutar por um SUS verdadeiramente efetivo²¹.

A Humanização no SUS frente a uma pandemia

No final de 2019, o mundo ouviu falar sobre um vírus advindo da China, sendo nomeado de SARS-CoV-2, ou popularmente como COVID-19, que já havia infectado diversas pessoas. Já em 2020 começaram as mortes e as medidas restritivas a fim de interromper sua transmissão na China. Entretanto, o vírus acabou por atingir todos os países do mundo. No Brasil, o primeiro caso confirmado se deu em fevereiro e o primeiro óbito em março. Com base no panorama epidemiológico e na tentativa de interromper a transmissão do vírus, diversos estados decretaram medidas de isolamento²⁵.

Dentre essas medidas Araújo, Oliveiras e Freitas²⁵ (2020), citam a “suspensão de aulas em escolas e universidades públicas/privadas; manutenção do funcionamento de serviços comerciais essenciais (alimentação, medicamen-

tos, saúde, entre outros); intensificação das ações de educação/comunicação em saúde; orientações quanto a restrições de viagens, entre outras medidas”.

Com o avanço da pandemia de COVID-19, além das medidas de isolamento, tornaram-se necessárias medidas específicas ao âmbito da saúde como: novos equipamentos de proteção individual (EPI's) para os profissionais da saúde e pacientes, criação de hospitais de campanha, novos leitos de UTI, estímulo a pesquisas científicas sobre o vírus etc.

Agrega-se, então, ao trabalho realizado pelos profissionais de saúde a necessidade de humanizar de outras formas o ambiente hospitalar. O cenário caótico da pandemia marcou a adoção de uma rotina mais empática com os pacientes que passam pela unidades de tratamento intensivo, indo ao encontro do que preconiza a PNH. Assim, diversos locais também têm disponibilizado recursos audiovisuais para viabilizar a comunicação das famílias e através de mensagens ou vídeos²⁶.

No estado do Paraná, a adoção de medidas que busquem acolher o paciente e sua família, junto de suas dores e medos, também pode ser observada. No Hospital Universitário do Cajuru e no Hospital Marcelino Champagnat - ambos em Curitiba (PR) - as vídeo-chamadas buscam aproximar paciente e família num momento tão importante de recuperação ou despedida - mesmo para os pacientes desacordados. Consoante com o compromisso com a vida e com o cuidado humanizado com seus pacientes, o Hospital Champagnat destaca-se ao utilizar da arte e como ferramenta de acolhimento e alívio da dor: poemas e músicas fazem parte da visita do fisioterapeuta intensivista^{27,28}.

Da mesma forma, considerando a situação dos profissionais de saúde sobrecarregados fisicamente e psicologicamente, diversos municípios e estados criaram projetos. Cita-se o estado de Tocantins que realizou a web-conferência sobre “Educação permanente em saúde e a humanização no enfrentamento à Covid-19: produzindo redes e territórios vivos e WEB: Saúde e Trabalho: um olhar para o trabalho em saúde e para o trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS)”, onde foi apresentado o projeto “Cuidando de quem cuida”, que propõe ações da “promoção à saúde e prevenção do adoecimento psíquico por meio da escuta especializada, acolhimento, suporte psicológico, terapias holísticas (massagens, acupuntura, hipnose clínica, barras de access e leitura biológica), trabalhos em grupo, rodas de conversa entre outras atividades de valorização do trabalhador”²⁹. O estado da Bahia também propôs o projeto ‘Cuidando de quem cuida: Razões para Acreditar’, que disponibiliza

para os profissionais “sessões de alongamento, ginástica laboral, técnicas de relaxamento, respiração e orientação nutricional, e também ações teóricas, com debates informativos sobre saúde física e mental”³⁰.

Novamente, considerando a adversidade do cenário da pandemia, destaca-se o papel do SUS como principal estratégia de combate à pandemia, com ações e profissionais da atenção básica até a atenção terciária, visando reduzir as desigualdades exacerbadas pelo vírus²⁵. A pandemia trouxe novos desafios para as pessoas e para os sistemas de saúde, mas acabou por valorizar os profissionais de saúde e as ações de humanização, seja para diminuir a distância entre familiares-paciente-profissionais, seja para compensar o ambiente de trabalho exaustivo.

Considerações Finais

Compreende-se a importância da criação da Política Nacional de Humanização, bem como o seu impacto positivo no SUS, proporcionando mais qualidade no atendimento e na gestão do sistema ao interligar três importantes personagens: profissionais da saúde, gestores e usuários. Entretanto, observa-se grandes desafios para implementação da humanização num sistema tão complexo e heterogêneo quanto o SUS. Os abismos sociais, políticos, econômicos, geográficos, tecnológicos e até educacionais dificultam a homogeneidade do sistema de saúde de um país de dimensões continentais.

Neste contexto, ressalta-se a importância da Política de Humanização ser bem estruturada, abrangendo assim diferentes cenários. Por mais que a Política de Humanização do SUS tenha uma estrutura, faz-se necessário que os locais e funcionários entendam e se engajem na prática da humanização. Nesse sentido, palestras e incentivos para a realização, fazem-se necessários e aparecem dentro do SUS e da própria política.

A política de humanização do SUS, além de permitir melhor atendimento a pacientes e familiares, e melhor local de trabalho, também se dá como forma de inspiração para outros locais e países se engajarem nesse processo de humanização. Através dos diversos temas aqui abordados, percebe-se ainda mais a importância do SUS na humanização da saúde no Brasil e nas diversas facetas e instrumentos que ela implica. Como já ressaltado anteriormente, a humanização de maneira ideal só é possível havendo o com-

prometimento de todos os atores do SUS para que seja realizada e, o mais importante, através da defesa do sistema em si.

Sugestões Complementares:

- Documentário **“HumanizaSUS”** do Ministério da Saúde (2016). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=CygebCIwKIU&list=PL_rQTT99G4P843ehlnuUqiKihBsruFTsM&index=1;
- Palestra **“Humanização e Acolhimento em Tempos de Pandemia do COVID-19”** da EAPMC UFAL. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3H4iSrRM5hM&t=4s>.
- <https://redehumanizasus.net/>

Referências:

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud av.* 2013;27(78):7-26. doi: 10.1590/S0103-40142013000200002.
2. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil – uma pequena revisão. p. 1-35; 2006. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>.
3. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [internet]. São Paulo: Editora FIOCRUZ. 268 p; 2003. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q7gtd>.
4. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. *Hist cienc saude-Manguinhos.* 2014;21(1):15-36. doi: 10.1590/S0104-59702014000100002.
5. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
6. Carvalho AI. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS. 3ª edição. Brasília: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; CAPES: UAB; 2014. 82 p.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a. 2016p;6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Le. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas Brasil:496.
8. Matta GC. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde [internet]. Rio de Janeiro: EPSJV. Fiocruz. 284 p; 2007. Disponível em: https://moodle.uerj.unasus.gov.br/sfes03/pluginfile.php/103/mod_page/content/16/DISC1_Sem2_Historia_das_Politicass_publicas_no_Brasil - b1.pdf.

9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria-executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20 p.
10. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização - PNH. Brasília: HumanizaSUS; 2013.
11. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS: formação e intervenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Vol. 1, Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização; 2010. 242 p.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Vol. 4. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. 72 p.
13. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes Rda S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2009;13;Suppl 1:603-13.
14. Silva FH, Barros MEB, Martins CP. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. Interface Commun Heal Educ. 2015;19(55):1157-68.
15. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do sistema unico de Saude. Rev Saúde Pública Santa Catarina. 2008;1(1):92-100.
16. Martins MCFN. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. Psychiatry online Bras. 2003;9(5).
17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. 44 p.
18. Fórum da reforma sanitária. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Saúde Debate. 2006;29(31):385-96.
19. Tesser CD, Sousa IMCd, Nascimento MCd. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde em Debate. 2018;42(spe1):174-88. doi: 10.1590/0103-11042018s112.
20. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estud av. 2016;30(86):99-112. doi: 10.1590/S0103-40142016.00100007.
21. Pinheiro R, Silva FH, Lopes TC, Júnior AG. Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims / Uerj / Abrasco; 2014. 368 p.
22. Silva BT, Lima IMSO. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. Cienc Saúde Colet. 2021;26(1):319-28.

23. Brasil, Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle democrático do SUS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 28 p; 2013.
24. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a proução de mudanças na saúde – Política de Humanização da Saúde. *Saúde Debate*. 2010;34(86):423-32.
25. Araújo JL, Oliveira KKD, Freitas RJM. Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:2(Suppl 2):e20200247.
26. Schmidt B, Crepaldi MA, Dill S, Bolze A, Neiva-silva L, Demenech LM. Impactos na saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Rev Estud Psicol*. 2020;1-26.
27. *Saúde Debate*. Pacientes da UTI de hospitais de Curitiba recebem vídeos de familiares durante restrição de visitas devido ao Covid-19 [internet].*Saúde Debate*. 2020. Disponível em: <https://saudebate.com.br/noticias/pacientes-da-uti-de-hospitais-de-curitiba-recebem-vidEOS-de-familiares-durante-restricao-de-visitas-devido-ao-covid-19/>.
28. Souza EA. Fisioterapeuta canta para acolher pacientes na UTI. Rede Humaniza SUS. 2021.
29. Barros L. Governo do Tocantins. Saúde oferta webconferência para trabalhadores no enfrentamento à covid-19; 2020. p. 1.
30. Governo do Estado da Bahia, Secretaria da Saúde da Bahia. 2020. HRSAJ adota estratégias de humanização para aproximar familiares e pacientes internados na UTI. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/05/13/hrsaj-adota-estrategias-de-humanizacao-para-aproximar-familiares-e-pacientes-internados-na-uti/>.

19

Atendimento Humanizado e Transtornos Mentais

Bruna Natana de Souza¹; Carolina Louise Bueno Haurani²;
Nathalia Verçosa Perez Gorte³; Thays Stephanie Costa de Souza⁴;
Rafaela Luisa Kowalski⁵; Caroline Beatrice Carvalho de Toledo⁶;
Stéfany Scalco⁷.

Revisores:

Maria Helena Budal da Silva⁸;
Tatiany Honório Porto Aoki⁹;
Andressa Salles Engelmann¹⁰.

-
1. Psicologia - 9º período - PUCPR
 2. Medicina - 4º período - PUCPR.
 3. Psicologia - 6º período - PUCPR.
 4. Psicologia - 9º período - UP.
 5. Medicina - 3º período - Univille
 6. Psicologia - 9º período - UP.
 7. Farmácia - 4º período - UFPR.
 8. Psicóloga, (CRP 7929/08) Logoterapeuta, Mestre em Tecnologia e Interação Humana pela UTFPR, Professora do curso de Psicologia da PUCPR, Professora convidada de diferentes cursos de Pós Graduação em Logoterapia e Análise Existencial no Brasil, diretora do Núcleo de Logoterapia de Curitiba.
 9. Psicóloga graduada pelo Centro Universitário Filadélfia, Mestre em Análise do Comportamento pela UEL, Doutorado em Psicologia Experimental pela USP e Doutorado Sanduíche em Psicofarmacologia pela Universidade de Atenas.
 10. Psicóloga graduada pela UFPR, com Especialização em Aprimoramento em Psicologia da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e é Mestre na área de Psicologia da Infância e Adolescência pela UFPR.

Histórico da loucura

O objetivo deste capítulo é tecer considerações sobre a operacionalização da humanização no atendimento de pessoas com transtornos mentais. Para isso, faz-se necessário um recorte histórico acerca da história da loucura e como esta questão se modificou ao longo dos anos. Foucault¹ em seu livro “a história da loucura na idade clássica”, faz uma reflexão sobre as diferentes concepções de “loucura” estabelecidas desde o Renascimento, bem como o tratamento - ou o “não tratamento” - dado a estes sujeitos.

No século XVII, o hospital passou a exercer uma função de ordem e controle social. Foucault² (1961) caracterizou o Hospital Geral como “a grande internação”, demonstrando o caráter segregacionista que tal estabelecimento apresentava. O Hospital Geral apresentava, portanto, uma lógica de funcionamento semijurídica, que julgava, executava e possuía uma soberania absoluta e incontestável. Nesse momento, aqueles considerados loucos perante à sociedade da época foram estigmatizados levando a uma segregação social.

Após a Revolução Francesa, médicos passaram a atuar nas instituições, transformando o hospital em um estabelecimento médico, tal como nos dias atuais. A finalidade deste “novo hospital” era tratar os enfermos e o modelo biomédico se tornou predominante, sendo a doença compreendida apenas como o objeto de estudo e intervenção, deixando de lado o sujeito e seu sofrimento. Com isso, ocorreu uma “psiquiatrização da loucura”, que buscou colocar o louco como “sem razão” e o denominou enquanto “doente mental”, criando categorias diagnósticas específicas de diferentes patologias, movimento que traz ainda mais barreiras ao sujeito que está em intenso sofrimento³.

Histórico da psiquiatria

A história da psiquiatria e da origem das doenças mentais é repleta de reviravoltas ao longo do tempo. Os primeiros relatos de doenças mentais foram descritos em papiros egípcios em 2.000 a.C. e, entre 1850 e 1750 a.C., Hamurabi atribuíu a causa das doenças mentais aos demônios e apontava o tratamento mágico-religioso como forma de se obter a cura⁴. Posteriormente, Pitágoras (500 a.C.), preconizador da classificação das enfermidades mentais, apontava o cérebro como o órgão do intelecto e a sede desse tipo de enfermidade⁵.

Na idade média abandonou-se a teoria de doenças mentais serem de causas naturais, demonizando-as. Como exemplo, Heinrich Kramer e James Sprenger redigiram o livro *“Malleus maleficarum”*, que propunha a condenação de doentes mentais e a quaisquer que fugissem aos padrões morais e religiosos da época. Ainda nesse período, o médico Paracelso (1493-1541) se opôs aos caçadores de feitiçeras, afirmando que elas necessitavam de cuidados médicos ao invés de castigos religiosos ou morte⁶.

Uma grande reviravolta na história da saúde mental aconteceu no século XVII, quando ocorreu a chamada Primeira Revolução Psiquiátrica. Foi nessa época que houve a fundação dos hospitais psiquiátricos e casas de saúde, o cuidado à saúde mental, o surgimento da classificação das doenças mentais e o desenvolvimento da psicopatologia⁷.

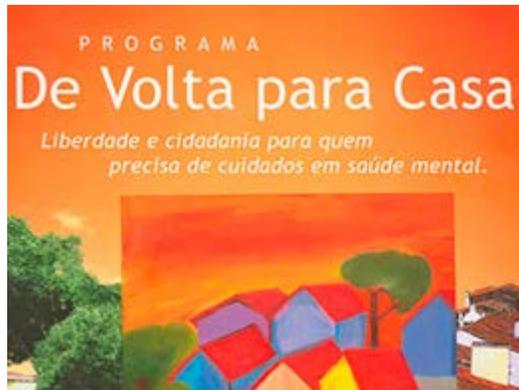
A segunda revolução psiquiátrica é reconhecida pelos trabalhos de Emil Kraepelin (1856-1926), que fortaleceram o desenvolvimento da psiquiatria na Alemanha e fez essa ciência se expandir por toda a Europa. Kraepelin descreveu critérios diagnósticos e sintomas clínicos, além de desenvolver um sistema nosológico baseado no curso natural da doença, fazendo a evolução e análise anatomopatológica⁸.

Mesmo com os avanços da psiquiatria, a terapêutica ainda era muito cruel e autoritária, com tratamentos como o eletrochoque, malarioterapia, insulino-terapia e uso de cardiazol, além da internação, que muitas vezes acontecia de forma involuntária, mantendo o paciente longe de suas atividades e vínculos pessoais⁹.

A partir da metade do século XX, contudo, inicia-se um movimento contra a terapêutica psiquiátrica utilizada até então. Assim, o movimento da Luta Antimanicomial, nascido na Itália, mas com repercussão mundial, enfatizou a defesa dos direitos humanos e o resgate à cidadania dos que carregam transtornos mentais¹⁰. Ainda idealizou-se que a Reforma Psiquiátrica, para além de expor o tratamento violento dos manicômios, proporia estratégias extra hospitalares ao tratamento dos pacientes, de forma humanizada¹¹. A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, foi um marco histórico para o setor da saúde mental pela promulgação da “Declaração de Caracas”. Na ocasião, os países da América Latina, incluindo o Brasil, se comprometeram a reestruturar a atenção à saúde mental, revendo as internações em hospitais psiquiátricos, visando os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos usuários¹².

Neste ano, a reforma psiquiátrica brasileira completará 20 anos, marco que foi celebrado em 6 de abril, o dia em que foi promulgada a Lei 10.216/2001¹³. A partir dessa lei houve a desospitalização, descentralização e adoção de um modelo comunitário e multiprofissional do atendimento psiquiátrico, buscando abandonar o modelo hospitalocêntrico arcaico¹⁴. Com essa lei a reforma psiquiátrica ganha mais força e visibilidade, com incentivo financeiro do Ministério da Saúde para oferta de novos serviços e ampliação da rede de atenção diária à saúde mental. Assim, locais que até então não eram assistidos quanto à saúde mental, passam a ter centros. Ademais, também foi criado o programa “De Volta para Casa”, com o intuito reduzir os longos períodos que pacientes permanecem institucionalizados, oferecendo uma atenção à saúde mais humanizada¹⁵.

imagem: foto do programa de volta para casa do governo



https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf

Em 2005, o documento “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas” avaliou as mudanças e resultados desde a Declaração de Caracas, identificando os obstáculos e desafios para os avanços e reafirmando a validade dos princípios contidos na declaração de 1990 em relação “à proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais e a necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos”¹⁶.

A reforma psiquiátrica ainda é um processo em construção, mas muitos avanços ocorreram com as experiências da reforma. De forma epistemológica, a ciência da psiquiatria e saúde mental foi remodelada. Novas estratégias para a atenção à saúde mental foram e estão sendo desenvolvidas, houve a

criação novos centros de cuidado, assim como foram revistos conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária, além da busca para transformar cultural e socialmente preconceitos sobre as doenças mentais¹⁷.

Definição clínica do transtorno mental e DSM-5

Para se definir transtorno mental é importante considerar alguns fatores como normalidade, a influência genética, ambiental e social, sendo essencial entender que nenhuma definição geral de transtorno mental será capaz de abranger todos os diversos transtornos que existem na literatura¹⁸.

Sendo assim, o transtorno mental é uma síndrome que apresenta manifestação clínica significativa na cognição, no comportamento e na regulação emocional, e tem como consequência uma disfunção nos processos psicológicos e no funcionamento mental. Envolve também sofrimento ou incapacidade expressiva, além de associação com prejuízos sociais, familiares, profissionais¹⁹.

Atrelada aos transtornos mentais existe a psicopatologia, a qual pode ser definida como um discurso representativo a respeito do sofrimento e padecer psíquico. Trata-se, portanto, da ciência que estuda esses transtornos, sendo que nela existem conceitos de normalidade, saúde e doença que variam de acordo com a linha teórica e profissional de um profissional ou até mesmo da instituição em que trabalha²⁰.

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) criou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado no ano de 2013. Tal manual é pautado em uma análise conjunta da psiquiatria com a estatística, sendo possível fazer a categorização de cada transtorno mental com base na sintomatologia, história característica de desenvolvimento, fatores de risco biológicos e ambientais, e correlações neuropsicológicas e fisiológicas de cada doença, com o objetivo de auxiliar o profissional da saúde mental a fornecer um diagnóstico clínico²¹.

Apesar do apoio fornecido aos profissionais pelo DSM-5, este não apresenta a palavra final na classificação dos transtornos mentais, uma vez que apenas reflete o estado atual de consenso e conhecimento dentre os atuais estudiosos do assunto, o que está em constante transformação e sempre sujeito a mudanças²². É importante ressaltar também que se trata de um instrumento direcionado ao uso por profissionais capacitados para isso, já

que seu uso isolado não reflete de maneira sólida a psicopatologia, não devendo ser usada apenas como uma lista de sintomas a serem verificados²³.

Diante desse cenário, é evidente que, para se fazer um diagnóstico clínico adequado de um transtorno mental, é essencial considerar aspectos biopsicossociais do paciente, sendo também necessário o profissional ter um bom julgamento clínico para saber diferenciar o normal do patológico, além de ter conhecimento sobre o que a literatura discorre e ser capaz de se basear em evidências científicas²⁴.

Breve histórico do modelo manicomial

Após o surgimento do conceito de loucura como o oposto da razão na Idade Clássica, surge o novo pensamento de loucura como um perigo para a sociedade e fator para a desordem do Estado. Sendo assim, o efeito imediato foi a criação de métodos para o isolamento e exclusão deste grupo do resto da sociedade, sendo das Santas Casas de Misericórdia e dos Hospitais Gerais o papel de prover este abrigo recluso²⁵.

No início do século XIX, passando a ter sua percepção médica, as instituições de abrigo e reclusão, tornam-se locais de estudo para tratamentos e diagnósticos da loucura. Tendo então como consequência, a loucura passando a ser concebida como uma doença e objeto de estudo e conhecimento médico. Assim surgindo instituições hospitalares, as quais ofereciam tratamentos médicos especializados e sistemáticos, passando a ser denominadas manicômios²⁶.

imagem:

No Brasil, o primeiro manicômio foi criado em 1852, o Hospício D. Pedro II na cidade do Rio de Janeiro.



Referência imagem: <https://saudemental.ufop.br/reforma-psiquiatica>

Entretanto, as instituições manicomiais apresentavam situações precárias nas condições de trabalho, em suas instalações e na adesão de medidas punitivas e repressivas, e ainda sim, alguns pacientes não possuíam diagnósticos de doenças mentais, sendo também acolhidos nestas instituições: epilépticos, homossexuais, prostitutas entre outras pessoas que eram ditas incômodas para os grupos do poder. Havia relatos de grande miséria, violência e torturas, práticas as quais eram justificadas como um mal necessário²⁷.

Após as duas grandes Guerras Mundiais no século XX, decorrente aos ex-soldados de guerra e ao holocausto, surgiram questionamentos acerca da visão ideal da razão proposta no século passado, assim se iniciaram diversas tentativas de reformas no modelo manicomial, a princípio pela busca da humanização. Desta forma, foram criados diversos movimentos ao redor do mundo com este mesmo intuito: a melhoria na assistência do doente mental²⁸.

Em decorrência a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental em 1987, o MTSM propõe o tema “Por uma sociedade sem manicômios” e neste contexto surge o projeto de Lei 3657/89 do deputado Federal Paulo Delgado, que discorre acerca do fim de manicômios e da criação de recursos assistenciais. Este projeto representou o início de uma série de mobilizações estaduais e federais. Este movimento, conhecido como Luta Antimanicomial teve como principal objetivo a reinserção social de portadores de doenças psíquicas²⁹.

A proposta iniciada pelo Movimento dos Trabalhadores pela Saúde Mental (MTSM) acerca do fim do modelo manicomial, trouxe hoje a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira pela Lei nº 10.216 de 06/04/2001, que discorre sobre a atenção destinada a pessoas com transtornos mentais e/ou problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas ser realizada em serviços comunitários de saúde mental, em um modelo que garanta a livre circulação das pessoas atendidas por toda a comunidade³⁰.

Com base nisso, a Política Nacional da Saúde Mental instituiu as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede é composta por diversos serviços, como as residências terapêuticas, as quais são constituídas por números pequenos de residentes e dispõem do modelo de uma casa comum. Estas residências, como um processo terapêutico, buscam a gradual inclusão social de seus moradores. Também há os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que prestam serviços de atenção diária em saúde mental, realizando atendimentos destinados ao tratamento e a reinserção social de pessoas portadoras

de transtornos mentais e dependentes de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes Centros são formados por equipes multidisciplinares que promovem o tratamento através de atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia, além da medicação³¹. Entretanto, podemos afirmar que ainda temos muito o que avançar quanto a implantação de práticas humanizadas e na plena reinserção dos portadores de transtornos mentais ao convívio social³².

Institucionalização do indivíduo

No final do século XVIII, o hospital torna-se um local de instrumento terapêutico, e o médico torna-se a figura central nos tratamentos institucionais. Sendo assim, o médico o principal responsável por estudar, pesquisar e buscar a cura para os transtornos, acaba por tornar o ambiente suscetível para que a doença emergisse na sua forma mais pura, para que assim os psiquiatras pudessem torná-la uma realidade observável e consequentemente, tratável. Assim, este modelo tornou o hospital um local de manipulação e poder, sendo denominado de “instituição total”, um local onde os pacientes além de estarem excluídos do convívio em sociedade, viviam sobre rígidas regras, tendo suas vidas administradas por terceiros³³.

Assim, uma vez desamparado e sem vínculo com seus entes queridos, o paciente perde sua individualidade, começa a se ver como um objeto de seu transtorno, além do afastamento das relações e ambientes que antes lhe eram comuns os quais provocam um sentimento de perda do “eu”, o indivíduo se vê alheio a sua individualidade, uma vez que este agora precisa vivenciar coisas estranhas a si³⁴.

No entanto, este modelo de atendimento gera um grande debate a respeito da forma com que os pacientes eram tratados nas instituições psiquiátricas, assim, com a implementação de políticas públicas voltadas para saúde mental, a partir da Lei no 10.216/2001, a Lei da Reforma e a instituição da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), corroborou com a construção de modelos mais humanizados, com foco no tratamento dos usuários, que antes era no internamento³⁵.

Surge assim, a rede de atenção psicossocial (RAPS) constituída unicamente por serviços estratégicos voltados a assistência extra hospitalar, dentre estes:

(...) os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, residências terapêuticas e ambulatório de saúde mental. Preconizou-se o atendimento multiprofissional (enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.) (JUNIOR et al., 2016, p. 84)³⁶.

A criação de políticas públicas de saúde na área da saúde mental, auxiliou na luta pelos direitos dos indivíduos portadores de transtornos psíquicos. Como exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como características principais no que tange sua prática terapêutica:

(...) garantia de direito a asilo (o que não significa isolamento ou exclusão); agilidade de respostas às situações de crise; inserção no território; inversão no investimento (significando dar ênfase à reprodução social dos usuários, ou seja, sem uma preocupação com estruturas clínicas ou quadros psicopatológicos) e, por fim, processo de valorização, entendido como a participação das instituições no processo de intercâmbio social (KYRILLOS NETO, 2009, p. 40)³⁷.

Desta forma, percebe-se que a reforma psiquiátrica priorizar os tratamentos fora dos hospitais psiquiátricos, sendo a institucionalização uma das formas de tratamento, a ser utilizada quando bem indicada³⁸.

O processo de desinstitucionalização demanda não somente uma mudança na estrutura, mas também na forma de se pensar e tratar os transtornos mentais, sendo assim, para que de fato se ocorram mudanças na relação sujeito/instituição, os profissionais envolvidos precisam ser agentes de transformação, de modo a tornar a realidade assistencial voltada para a reinserção dos indivíduos na dimensão da cidadania. Logo, possibilita com que ocorra a transformação da relação instituição e indivíduo, na qual se considera o âmbito social e pessoal, gerando possibilidades para que este exerça seu papel enquanto cidadão, mantendo sua singularidade³⁹.

Internação compulsória

Com a reforma psiquiátrica, houve um controle maior em relação à internação de pacientes, seja anônima ou involuntária. Com o auxílio da Portaria n. 2.391, de 2002, as interações são último recurso, após ter sido submetido sem efeito a todas as possibilidades terapêuticas e recursos extra-hospitalares, sendo essa determinada por medida judicial⁴⁰.

Ao realizar excessivas internações compulsórias, é ferido os princípios da reforma psiquiátrica, a humanização do ser é ferida e desconsiderada, ocasionando um grande desafio na construção da aliança terapêutica e na terapia⁴¹.

Atendimentos humanizados

Muito se fala sobre humanização em saúde, mas, afinal, do que se trata esse termo?. Apesar das diferentes concepções da terminologia, a humanização pode ser definida como:

“reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos [...] é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.” (CASETE, CORRÊA, 2005, p.108)⁴².

Dessa forma, a humanização é entendida enquanto postura política do profissional, que afeta sua práxis a fim de proporcionar maior integralidade, efetividade e a acesso aos equipamentos de saúde.

Especificamente sobre humanização nos atendimentos em saúde mental, faz-se necessário considerar a multidisciplinaridade enquanto um instrumento utilizado para operacionalizar a humanização, na medida em que considera o sujeito enquanto ser integral e oferece cuidado em todas as esferas, fazendo-se valer do conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde, que abrange, além da doença, aspectos econômicos, políticos, histórico-sociais, qualidade de vida, valores, crenças, direitos. Além disso, outra forma de colocar em prática o conceito complexo de humanização, é utilizar-se do conceito de autonomia ao paciente, considerando-o um cidadão de direitos e que deve ter escolha e informações sobre seu processo de saúde⁴³.

Por muito tempo, transtornos mentais e humanização estiveram muito distantes, marcando atitudes de abandono, exclusão e preconceito por parte de toda a sociedade. Isso porque o foco se encontrava na doença e seus sintomas, deixando de lado todos os outros aspectos dos indivíduos, essenciais para o correto entendimento de seus transtornos mentais⁴⁴. Diferentes pacientes apresentam diferentes histórias, e, portanto, suas doenças também não são exatamente as mesmas. Tais fatos evidenciam a extrema necessidade de implementar cada vez mais a individualização no tratamento de pacientes com transtornos mentais, os quais são mais do que sua doença. Fica evidente,

então, que a individualização é um pilar muito importante para a humanização no tratamento de transtornos mentais, pois permite a visualização e o tratamento do paciente como único, e não como apenas mais um número em determinado grupo de sintomas e doenças.

Diante disso, tem-se que a humanização na prática acontece a partir de uma política que influencia a postura de todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde, tanto de profissionais, gestores e pacientes. Portanto, utilizar-se de instrumentos que facilitam a operacionalização da humanização, tirando-a de um viés abstrato e tornando-a uma prática diária, é o caminho para colocá-la enquanto parte do sistema de saúde.

DESAFIOS

Humanização e inserção social

Desde 1990, a partir das ideias de reforma no movimento psiquiátrico, vem se mostrando cada vez mais presente a compreensão do doente mental como necessitado de políticas para a garantia de direitos e dignidade. O tratamento humanizado a estes pacientes, é parte da efetivação a concepção dos loucos como dignos de direito e cuidados. É imprescindível a busca constante de uma consolidação de políticas de humanização para portadores de quaisquer doenças mentais⁴⁵.

No Brasil, a reforma psiquiátrica contribuiu para a desinstitucionalização da loucura, por meio da extinção dos manicômios, da defesa dos direitos básicos e na assistência de saúde desta população, atuando na criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de Residências Terapêuticas e Centros de Convivência. A partir da desconstrução da ideia de isolamento e pelo retorno ao convívio social e reinserção na sociedade, houve um grande avanço para a humanização na saúde mental⁴⁶.

Uma forma que pode-se citar para a humanização e reinserção dos doentes mentais na sociedade, é a partir do ingresso ao mercado de trabalho, pois pesquisas apontam que o trabalho também é considerado um fator de proteção a saúde mental, desta forma, quando excluído deste direito, há uma tendência de piora no quadro de saúde mental do indivíduo. Atualmente, um dos fatores dificultantes para estas pessoas no mercado de trabalho ainda é o preconceito, um ponto a ser analisado para o pleno estabelecimento da humanização neste contexto⁴⁷.

Humanização nas universidades

A implementação da humanização na saúde deve começar desde a graduação, devendo haver um entendimento do processo saúde-doença como fenômeno não limitado ao campo biológico, isto irá ampliar a empatia e ocorrerá uma melhora nas práticas de cuidado ao paciente. Atualmente, tanto instituições privadas quanto públicas trabalham com uma organização curricular que tem por base algumas disciplinas isoladas e teóricas focadas na humanização, entretanto que não apresentam utilidades práticas e por consequência não despertam o interesse. Deste modo, faz-se necessário uma reflexão para melhorias no contexto humanização no meio universitário⁴⁸.

Aspectos sociais e financeiros na saúde mental

Um dos desafios ao se falar em saúde mental é deixar o modelo biológico que vem com o antigo modelo da psiquiatria, para acolher o sujeito na sua integralidade, totalidade, e englobar todas as dimensões do paciente. Assim, considerar aspectos sociais, identitários, financeiros, familiares, históricos do sujeito são fundamentais para essa saúde mental ser tratada na integralidade⁴⁹.

Com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram criados para combater o modelo manicomial da psiquiatria e valorizar a saúde mental na universalidade e integralidade. Apesar dos CAPS terem o objetivo de ser interclassista, classes baixas são histórica e majoritariamente predominantes, já que não há uma cultura social de fortalecer os serviços públicos de saúde⁵⁰.

Além disso, desigualdades sociais ainda são fatores que estão associados a problemas de saúde mental na população, logo, há impactos: econômicos, no desenvolvimento global da saúde, desempregos, saúde vulnerável, redução de mão de obra qualificada e educada, pobreza e violência⁵¹.

Portanto, imersão da comunidade, possibilidades de reinserção social, valorização e implementação e ampliação de políticas públicas para saúde mental, articulações comunitárias, integralidade da saúde mental valorizando a real demanda do sujeito e humanização do cuidado possibilitam a ampliação do acesso e vínculo aos serviços de saúde mental⁵².

Atendimento humanizado na pandemia

Em dezembro de 2019, após um surto de pneumonia em Wuhan na China, identificou-se o vírus SARS-CoV-2, apresentando alta taxa de transmissão e propagação mundial, fazendo com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020 declarasse a COVID-19 como uma pandemia⁵³. O primeiro caso no Brasil foi identificado em 26 de fevereiro de 2020 pelo Ministério da Saúde do Brasil⁵⁴.

Entre as estratégias adotadas para o enfrentamento da doença, está o isolamento e distanciamento social sob forma de prevenção de contágio. Dentro desse caótico cenário, houve diversas consequências profissionais, econômicas e sociais além de mentais, grandes mudanças comportamentais favorecem o adoecimento psicológico, crescente medo, estresse, ansiedade, podendo gerar graves consequências⁵⁵.

A pandemia mostrou a importância do cuidado à saúde mental, e a necessidade de elaborar estratégias para tornar esse período menos traumático⁵⁶. As mídias sociais estão sendo utilizadas como ferramenta de apoio social não presencial e possibilitar acesso online a consultas com profissionais da saúde⁵⁷.

Diversos trabalhos alertam para o surgimento e agravamento de problemas mentais durante a pandemia. Ainda, há um aumento da ansiedade e estresse em indivíduos saudáveis e intensificados os sintomas naqueles que já possuem alguma desordem psiquiátrica preexistentes⁵⁸.

O teletrabalho, teleatendimento, teleconsultas abrem um benefício para o manejo de aglomerações, reestruturando atividades intersetoriais, usando a tecnologia como canal de comunicação, inclusive em usuários de saúde mental ou pessoas em sofrimento psíquico transitório⁵⁹.

O momento atual de pandemia trará consequências por muito tempo em diversas setorizações, e cabe às políticas públicas de saúde mental criarem estratégias para que o sofrimento gerado e os transtornos psicológicos sejam minimizados.

Referências

1. Foucault M. A História da Loucura na Idade Clássica (1961). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

2. Foucault M. *A História da Loucura na Idade Clássica* (1961). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
3. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
4. Lorenzato de Mendonça J. Breve história da Psicossomática: da pré-história à era romântica. *Rev Med Minas Gerais* 2006; 16(2): 116–22
5. Lorenzato de Mendonça J. Breve história da Psicossomática: da pré-história à era romântica. *Rev Med Minas Gerais* 2006; 16(2): 116–22
6. Lorenzato de Mendonça J. Breve história da Psicossomática: da pré-história à era romântica. *Rev Med Minas Gerais* 2006; 16(2): 116–22
7. Oliveira C.F.A., RÊGO S.R.M. Desde Pinel a Juliano Moreira: os tratamentos do alienismo no Brasil. In: *Anais do XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria 2009 nov 04-07 São Paulo*. Psychiatry on-line Brasil 2009; 14(12) Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano09/wal1209.php> Acesso em: 18 dez 2020
8. Rotta Teixeira, M.A. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Rev de Psicologia da UNESP* 2005 4(1): 41-56 Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/997> Acesso em: 13 dez 2020
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Memória da loucura : apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 88 p.* Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf Acesso em: 13 dez 2020
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Memória da loucura : apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 88 p.* Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf Acesso em: 13 dez 2020
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Memória da loucura : apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 88 p.* Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf Acesso em: 13 dez 2020
12. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009 14(1): 297-305 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036 Acesso em: 09 dez 2020
13. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, seção 1*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 14 dez 2020
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos

Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 14 dez 2020

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 14 dez 2020

16. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009 14(1): 297-305 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036 Acesso em: 09 dez 2020

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Memória da loucura : apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 88 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf Acesso em: 13 dez 2020

18. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - 5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. ISBN: ISBN 978-85-8271-089-0. p.19.

19. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - 5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. ISBN: ISBN 978-85-8271-089-0. p.20.

20. Dalgalarondo P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 505 p. xiii vol. ISBN: 978-85-8271-505-5. p. 3-18.

21. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM - 5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. ISBN: ISBN 978-85-8271-089-0. p.19.

22. SCHNEIDER, Mary E. “Five ways the DSM 5 could change your practice”. *Clin Psychiatry News*. 2013:41.

23. ARAÚJO, Álvaro C.; NETO, Francisco L.; “A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5”. *Jornal de Psicanálise* 46 (85), 99-116. 2013.

24. BARNHILL, John W. Casos Clínicos do DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2015. 372 p. v. xxvii. ISBN 978-85-8271-156-9. p.xxv-ix.

25. Calegari, T.; Carstrillon, E.; Martins, P; Buosi, L. O Modelo Manicomial e a Necessidade De Um Novo Sistema: Desafios Para a Reforma Psiquiátrica No Século XXI. Mato Grosso: Ed. UNIVAG [2020].

26. Figueirêdo, M. L. R.; Delevati, D. M.; Tavares, M. G. Entre Loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Maceió: Cadernos de Graduações 2014.

27. Figueirêdo, M.; L.; R.; Delevati, D. M.; Tavares, M. G. Entre Loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Maceió: Cadernos de Graduações 2014.

28. Alves, C. F. O.; Ribas, V. R.; Alves, E. V. R.; Viana, M. T.; Ribas, R. M. G.; Júnior E. P. M. et al. Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. Recife: Neurobiologia 2009.

29. Alves, C. F. O.; Ribas, V. R.; Alves, E. V. R.; Viana, M. T.; Ribas, R. M. G.; Júnior E. P. M. et al. Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. Recife: Neurobiologia 2009.
30. SECRETARIA DA SAÚDE GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. Rede de Atenção Psicossocial. Bahia, Brasil. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psicossocial/>> Acesso em: 24 de junho de 2021.
31. MIELKE F.B.; KANTORSKI L.P.; JARDIM V.M.R.; OLSCHOWSKY A.; et al. O Cuidado em Saúde Mental no CAPS no entendimento dos Profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, v. 14, n. 1 Acesso em 24 Junho 2021, pp.159-164. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>>.
32. Calegari, T.; Carstrillon, E.; Martins, P.; Buosi, L. O Modelo Manicomial e a Necessidade De Um Novo Sistema: Desafios Para a Reforma Psiquiátrica No Século XXI. Mato Grosso: Ed. UNIVAG [2020].
33. Martinhago, F.; Oliveira, W. F.; (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saude soc.* [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Feb 15]; 24(4): 1273-1284. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401273&lng=en. Acesso em 15 fevereiro. 2021.
34. Martinhago, F.; Oliveira, W. F.; (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saude soc.* [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Feb 15]; 24(4): 1273-1284. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401273&lng=en. Acesso em 15 fevereiro. 2021.
35. Júnior, J. M. P. et al. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. *Esc Anna Nery.* 2016;20(1):83-89. Disponível em: http://cean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1367. Acesso em: 18 fevereiro. 2021.
36. Júnior, J. M. P. et al. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. *Esc Anna Nery.* 2016;20(1):83-89. Disponível em: http://cean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1367. Acesso em: 18 fevereiro. 2021.
37. Kyrillos Neto, F. Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia, Canoas*, n. 30, p. 39-49, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 fevereiro. 2021.
38. Oscar, A.; Costa, A. S. S. M. da.; Vianna, P. C. de M. O sujeito e a institucionalização: A reforma psiquiátrica como possibilidade de (Re) Construção da singularidade. *REME – Rev. Min. Enf;* 9(1):65-69, jan/mar, 2005. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/696>. Acesso em 18 fevereiro. 2021
39. Oscar, A.; Costa, A. S. S. M. da.; Vianna, P. C. de M. O sujeito e a institucionalização: A reforma psiquiátrica como possibilidade de (Re) Construção da singularidade. *REME – Rev. Min. Enf;* 9(1):65-69, jan/mar, 2005. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/696>. Acesso em 18 fevereiro. 2021.
40. Farueto, M. L. P.; Paula-Ravagnani, G. S.; Guanaes-Lorenzi, C. O manejo da internação psiquiátrica compulsória por profissionais de saúde em seu cotidiano. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 32, e190864, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=s>

- ci_arttext&pid=S0102-71822020000100231&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 fevereiro, 2021. Epub Nov 20, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32190864>.
41. Farueto, M. L. P.; Paula-Ravagnani, G. S.; Guanaes-Lorenzi, C. O manejo da internação psiquiátrica compulsória por profissionais de saúde em seu cotidiano. *Psicol. Soc., Belo Horizonte*, v. 32, e190864, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100231&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 fevereiro, 2021. Epub Nov 20, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32190864>.
42. Casete, J. C.; Corrêa, A. K.; Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am Enf*, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.
43. Goulart, B. N. G.; Chiari, B. M.; Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.
44. Abreu, M. M. Saúde mental e atenção psicopessoal. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Apr; 24(4):942-943. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400027>.
45. SANTOS, A., SILVA, G., PEREIRA, M., BRITO, R.. Saúde mental, humanização e direitos humanos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 10, mar. 2018. Disponível em: <<http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4990/5201>>. Acesso em: 07 Fev. 2021.
46. SANTOS, A., SILVA, G., PEREIRA, M., BRITO, R.. Saúde mental, humanização e direitos humanos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 10, mar. 2018. Disponível em: <<http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4990/5201>>. Acesso em: 07 Fev. 2021
47. CARDOZO, M. R., BORGES, A. C. As dificuldades de Exclusão da Pessoa com Transtorno Mental no Mundo do Trabalho. Santa Catarina, [S.D] <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Ruti-Mara-Cardozo.pdf>
48. CASATE, J. C.; CORREA, A. K.. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 46, n. 1, p. 219-226, Feb. 2012. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100029&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 Fev. 2021
49. ROSA L. C. S., CAMPOS R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv. Soc. Soc* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 9];(114):311-331. DOI <https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000200006>. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a06.pdf>
50. ROSA L. C. S., CAMPOS R. T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv. Soc. Soc* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 9];(114):311-331. DOI <https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000200006>. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a06.pdf>
51. SILVA D. F., SANTANA P. R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: Uma revisão sistemática. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 Dec 31 [cited 2021 Feb

- 9];6(4):175-185. DOI <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i4.1214>. Available from: <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214>
52. OLIVEIRA R. F., ANDRADE L. O. M., GOYA N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 9];17(11):3069-3078. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100023
53. Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). *SciELO Preprints*,1–26. doi: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.58>
54. Ministério da Saúde. Primeiro caso de Covid-19 no Brasil permanece sendo o de 26 de fevereiro [Internet]. [Brasil]. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-permanece-sendo-o-de-26-de-fevereiro>
55. Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. M., Lima, I. A. A. S., Nunes, J. V. A. O., Saraiva, J. S., Souza, R. I., Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). In *Psychiatry Research*,287(1), 1–2.doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. M., Lima, I. A. A. S., Nunes, J. V. A. O., Saraiva, J. S., Souza, R. I., Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). In *Psychiatry Research*,287(1), 1–2.doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
56. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(5), 1–25. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
57. HO, World Health Organization. (2020). Q&A on coronaviruses (COVID-19). Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
58. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*, maio/jun. 2020;42(3). doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008
59. Silva IS, Lucena Filho EL. Saude mental e assistencia social: Desafios durante a covid-19. *Rev Psico & Saberes*. 2020. 19(9). 138-146

20

ABORDAGEM HUMANIZADA POR MEIO DA INTEGRAÇÃO ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS NO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Ana Clara Gomes¹; Eloisa Gonçalves Brito²;
Julia de Colo Limai³; Julia Buquera de Moura⁴;
Juliana Alberton⁵; Lucas Daniel dos Santos⁶;
Maria Fernanda Braga Vilacio Pinto⁷; Raisa Natalia Dotto⁸.

Revisores:

Dr. Mauro Willemann Bonatto⁹;
Mary Rute Gomes Esperando¹⁰.

-
1. Enfermagem - 7º período - PUCPR.
 2. Medicina - 6º período - FAG.
 3. Medicina - 7º período - FPP.
 4. Medicina - 4º período - PUCPR.
 5. Fisioterapia - 7º período - PUCPR.
 6. Psicologia - 7º período - PUCPR.
 7. Medicina - 5º período - PUCPR.
 8. Medicina - 10º período - PUCPR.
 9. Médico e Professor da FAG.
 10. Professora da PUCPR e doutora em Teologia.

A origem da espiritualidade é caracterizada por fazer parte uma dimensão importante da vida humana, sendo um ato de conexão entre o ser humano e o divino que auxilia a compreender o mundo, o que habita nele e o seu criador, ou seja, é um ato que dá energia ao ser interior e que resulta na evolução dele, a partir da manutenção e sustentação da vida¹. Nos últimos anos, a espiritualidade vem se fazendo presente em ambientes que envolvem o cuidado ao paciente com o objetivo de não permitir que os profissionais de saúde foquem somente no físico, negligenciando aspectos psicológicos e sociais. Além disso, a abordagem da espiritualidade também é importante visando trabalhar com o paciente o entendimento de sua patologia de maneira mais confortável possível².

A espiritualidade surge a partir de uma ideia renascentista, no século XV, decorrente de pensamentos filosóficos como o de Platão (filósofo do século 4 a.C.) que relata o dualismo corpo-alma, é então que esse pensamento passa a ter sentido no cristianismo primitivo, o qual se caracteriza pelo humano como imagem e semelhança de Deus que possui corpo, mente e espírito, inseparáveis e relacionados. No budismo, por exemplo, a abordagem é diferente, pois a espiritualidade se inicia a partir de reflexão e questionamentos internos acerca de si e do mundo e da aceitação que pode levar o ser humano à plenitude (nirvana) através da meditação³. Na Grécia antiga, por sua vez, para alcançar a espiritualidade, os médicos orientavam seus pacientes a sonharem, pois os sonhos poderiam ser ferramentas de cura se a população acreditasse neste fato¹.

A espiritualidade, independente da religião, da época, do contexto histórico ou do método utilizado para torná-la presente no ambiente de cuidado, pode ser descrita como uma ferramenta que nos fornece esperança frente às variações do estado de saúde. Há relatos, a partir do século XX, dos benefícios envolvidos na sua aplicação diante das doenças, envolvendo sentimentos como autoconfiança, adaptação, firmeza e, especialmente, maior aceitação do momento a ser vivido. O bem-estar espiritual proporciona um estado de benevolência que implica diversas alterações nas habilidades das pessoas⁴.

Devido ao aumento do número de pesquisas que demonstravam a repercussão positiva da espiritualidade na saúde física, mental e social, a Organização Mundial em Saúde iniciou investigações não somente quanto à espiritualidade, mas também em relação à religiosidade e as crenças pessoais. De uma forma sucinta, os objetivos de tais pesquisas englobam a exploração

dos significados dos três termos e uma melhor compreensão de suas atuações em saúde e principalmente na qualidade de vida⁵.

Dessa maneira, observamos que a espiritualidade compreende um componente fundamental para o funcionamento da vida humana, uma vez que ela abraça os indivíduos oferecendo-lhes respostas à busca de significado e propósito na vida e estimula o desenvolvimento de conexões consigo mesmo, com outras pessoas e com o ambiente que as rodeia, podendo ou não estar associado a religião e ao sagrado⁶. Na saúde, a espiritualidade pode auxiliar a busca do paciente em compreender sua doença e aumentar o relacionamento entre profissional e paciente. Além disso, ela também se mostra extremamente necessária para promover avanços educacionais e humanísticos para a educação médica, modificando a tradição da medicina e adicionando ao cuidado do doente características de compaixão e de uma visão holística⁷.

Espiritualidade, religiosidade e religião

Religião: é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados a facilitar o acesso ao sagrado/transcendente⁸.

Religiosidade: sistema organizado de práticas, crenças e símbolos concebidos para facilitar a aproximação com o sagrado e para promover a compreensão do relacionamento do homem com o divino⁸.

Espiritualidade: é uma procura pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente, que pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formação de comunidades religiosas. A espiritualidade pode ou não estar ligada a uma religião. Se distingue dos demais dogmas por sua conexão com o sagrado, o transcendente e o ser superior⁸.

Impacto da espiritualidade em saúde

Segundo a *Pew Research Center*, 84% da população mundial refere ser vinculada a alguma religião^{9,14}. Diante desse dado, percebe-se que a espiritualidade está intrinsecamente presente na vida das pessoas e, desse modo, pode ter influência sobre a saúde global¹¹.

A literatura sugere que a espiritualidade tem um impacto, na maior parte dos casos, benéfico à saúde. Os momentos em que a influência foi preju-

dicial à recuperação da pessoa enferma envolvem situações de conflitos com a comunidade religiosa, entendimento de que a doença é uma punição de Deus, influência de líderes religiosos na saúde mental, ou até oposição entre o tratamento escolhido e a crença. Em estudo realizado no Brasil (2013) com pacientes com transtorno bipolar constatou-se que entre 18 e 30% dos casos esses efeitos negativos estiveram presentes. Entretanto, em 84% dos pacientes a religião foi fortemente associada a redução dos sintomas depressivos e melhor qualidade de vida¹³.

De acordo com Davison e Jhangri, a crença pode afetar a saúde por diferentes mecanismos, tais como conforto e esperança em momentos de sofrimento, a busca de uma explicação para a experiência da doença e também influenciando as pessoas a valorizarem sua existência além da doença. Ademais, ter respostas religiosas para questões existenciais tende a promover menores níveis de estresse e melhor qualidade de vida^{14,15}.

Oliveira¹¹ aponta que a religião e espiritualidade estão relacionadas a redução da depressão, do abuso de substâncias, do suicídio e da mortalidade em geral, ao passo que promove maior qualidade de vida e percepção de suporte social. No contexto da pediatria paliativa, a crença e cultura da família atuam como forma de suporte na terminalidade da vida infantil, sendo de máxima importância que sejam respeitadas pela equipe de saúde¹⁶.

Na cardiologia, Schnell, Fuchs e Hefti (Áustria, Suíça e Noruega - 2020) compararam os níveis de cortisol - evidência indireta do estresse, pressão arterial e frequência cardíaca entre pessoas ateístas, agnósticas, espiritualistas distantes da religião, e religiosas tradicionais. O estudo concluiu que quem era religioso praticante apresentava menores índices de estresse, bem como menor risco cardiovascular¹⁵. Em pacientes com doença renal crônica, especialmente aqueles dialíticos, o bem-estar existencial (EWB) deve ser aliado ao enfrentamento da doença. Assim, a religião e a espiritualidade estão relacionadas com maior percepção de suporte social, qualidade de vida e menor influência dos impactos negativos da enfermidade e depressão¹⁷.

Além disso, não somente a fé em si traz benefícios para a saúde, mas também a abordagem da espiritualidade pela equipe de saúde. Em pesquisa realizada em 2013, Stanley et al apontam que 83% dos pacientes internados com mais de 55 anos em tratamento de depressão e ansiedade relataram ser importante discutir questões religiosas e espirituais com a equipe de saúde, visando um atendimento completo^{11,18}.

O ser humano é considerado global em grande parte devido à complexidade de sua individualidade e pela sua interação no meio em que habita. Toda pessoa forma sua individualidade a partir da apropriação de recursos do ambiente e, segundo Duarte¹⁹, pelas produções do cotidiano individual de cada um, como da linguagem falada, pelo uso dos costumes de uma determinada sociedade e dos instrumentos e utensílios produzidos e utilizados por ela²⁰. A apropriação de tais recursos promove o relacionamento cada vez mais enigmático do ser com a natureza e com o meio que o cerca, originando a individualidade de cada um, que segundo Anjos²⁰ corresponde a máxima possibilidade da formação do indivíduo.

Tendo em vista isto, é notório apontar que a reflexão quanto a complexidade global do ser humano, iniciada por parte do profissional da saúde, consegue enriquecer a relação profissional-paciente e aperfeiçoar as perspectivas do raciocínio clínico, como do âmbito preventivo, diagnóstico e terapêutico²¹. Este aspecto converge com o pensamento de Koeing²², no qual o processo de recuperação do ser humano frente uma doença é facilitada quando ele possui um sistema de crenças e valores que o façam obter um significado para a vida.

A interação entre mente e corpo é principalmente abordada em estudos da área da psiconeuroimunologia, nos quais o poder dos estados e aspectos psicológicos sobre a saúde são amplamente discutidos. Como exemplo podemos citar alguns estudos com pacientes acometidos por patologias comuns, como resfriados, herpes, doenças autoimunes, AIDS e até mesmo o câncer, que conseguiram evidenciar parâmetros clínicos e a sensação de bem-estar aumentando quando iniciado uma corrente de pensamentos positivos frente aos problemas²³.

Além disso, demais evidências desta área podem ser observadas em outros estudos como os de Koeing²² e Powell²⁴. Em um deles foi realizado uma comparação entre dois grupos de estudantes, um dos grupos assistiu a um filme sobre a Madre Teresa de Calcutá enquanto outro acompanhou um filme sobre a Segunda Guerra Mundial, e ao final do estudo foi constatado que o grupo que assistiu ao filme sobre a Madre Teresa obteve um aumento nos níveis de imunoglobulinas-A (anticorpo que garante a defesa do organismo). Além disso, em outro estudo houve aumento do número dos linfócitos CD4 em pessoas soropositivas para HIV em grupos que realizavam práticas religiosas quando comparado ao grupo controle, que era formado por participantes não envolvidos em tais atividades. Há ainda pesquisas que consta-

taram a diminuição de cerca de 50% dos níveis de interleucina-6 em pessoas que realizavam atividades regulares em serviços religiosos, além do aumento dos níveis de células NK, linfócitos-T auxiliares e da atividade linfocítica em mulheres com câncer de mama que realizaram atividades religiosas em comparação a um segundo grupo que não realizava tais atividades.

Ademais, fora do contexto apresentado até então, outra prática que vem ocasionando grandes influências sobre os estados de doença no contexto clínico compreende a prática da prece e da meditação. A prática de meditação que mais apresentou efetividade clínica corresponde a meditação *mindfulness*²⁵, a qual já foi comprovada que interfere de maneira positiva no funcionamento do sistema nervoso central, do sistema endócrino e imune, melhorando, desta forma, a qualidade da saúde^{26,28}. Seus resultados vêm sendo extremamente efetivos para o tratamento da dor, da psoríase, do diabetes do tipo 2, transtornos do sono, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, da obesidade, de transtornos tanto alimentares quanto depressivos etc²⁵.

Desta forma, é possível notar que os resultados indicam claramente que os aspectos ligados a espiritualidade conseguem auxiliar na promoção do bem-estar geral e da qualidade de vida, além de sensações de plenitude e tranquilidade frente a realidade das doenças e na prevenção e recuperação de pessoas afetadas²¹. Logo, a espiritualidade compreende um tema extremamente relevante para a promoção da saúde coletiva e do olhar clínico mais minucioso para cada pessoa que necessita do auxílio dos profissionais da saúde.

Como os profissionais de saúde podem abordar a espiritualidade em suas práticas?

Tendo em vista recentes pesquisas científicas e a relevante presença da religiosidade/espiritualidade (R/E) no contexto brasileiro, a coleta de dados a respeito do histórico espiritual e religioso de um paciente durante o atendimento é pertinente para conhecê-lo melhor, compreender o que produz sentido em sua vida e de que forma ele encara a sua doença. No entanto, muitas vezes os profissionais de saúde pouco sabem sobre o tema, legado de uma formação praticamente inexistente, gerando dificuldades na abordagem do tema^{29,31}.

A principal dificuldade é sem dúvidas a abordagem da espiritualidade no dia a dia da prática clínica, nesse sentido faz-se relevante lembrar que ao abor-

dar o tema não deve ser forçada uma resposta em pacientes que não possuem histórico relacionado ao tema, porém podem ser feitas adaptações referentes a sentido de vida, valores, propósito, bem-estar coletivo e esperança, para favorecer a análise²⁹. Quando possível, deve-se ser coletada a história espiritual do paciente de maneira ética, acolhedora, sem proselitismo, fazendo distinção entre a experiência religiosa ou espiritual através de uma abordagem totalmente centrada no paciente sem envolvimento emocional do profissional.

Alguns dos questionários encontrados na literatura facilitam esse processo, entre eles o FICA, o HOPE e a Anamnese Espiritual do ProSer, que serão brevemente descritos nos próximos parágrafos.

O FICA (*Faith, Importance, Community and Adress*), busca analisar a fé, a importância, a comunidade e a ação da espiritualidade no tratamento da patologia envolvida³¹. O questionário HOPE (H= há fontes de esperança. O= Organização Religiosa. P= práticas espirituais pessoais. E= efeitos no tratamento), por sua vez, analisa as dimensões da esperança/conforto, a presença ou não de religião organizada, a espiritualidade pessoal e prática e os possíveis efeitos no tratamento médico e assuntos terminais^{8,30}. Já Anamnese Espiritual ProSer é um modelo de entrevista elaborado com foco na abordagem das questões e implicações que a espiritualidade tem na saúde mental do paciente, podendo também ser adaptado para outros contextos de análise²⁹.

Existem também escalas utilizadas para mensuração da espiritualidade e indicadores do bem-estar e saúde geral de um paciente. A Escala de Bem-estar Espiritual (EBE), por exemplo, é uma ferramenta reconhecida em diversos países, que têm sua aplicação principalmente em países cristãos onde tem se mostrado útil para análise e mensuração de autoconceito, bem-estar, presença de sentido/propósito de vida, índices de assertividade, agressividade, saúde física e emocional dos pacientes³². Outro exemplo é a ARES (Escala de Atitudes Relacionadas a Religiosidade e Espiritualidade) que é uma escala desenvolvida no Brasil visando uma análise mais direcionada da espiritualidade dos indivíduos no contexto brasileiro, evitando o cruzamento de variáveis como saúde mental, bem-estar psicológico ou dados referentes a outra realidade sociodemográfica³³.

A R/R está atrelada a melhores índices de saúde, portanto, é usual o manejo da abordagem da espiritualidade na prática clínica, como no método de *Coping Religioso/ Espiritual* (CRE), onde é utilizada a fé religiosa ou práticas espirituais como meio de criação de estratégias de enfrentamento dos proble-

mas da vida do paciente^{31,34}. Os objetivos principais do CRE compreendem a busca por significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros de uma sociedade, além de transformação de vida³⁵ e busca do bem-estar físico, psicológico e emocional⁷. Desta maneira, pelo CRE estar associado a estratégias para problemas quanto a emoção e o desbloqueio de emoções negativas, podemos classificar as estratégias do CRE em positivas e negativas.

O CRE positivo compreende estratégias como a busca por amor, proteção ou conexão com Deus; procura por auxílio dentro das diversas literaturas religiosas, busca pelo perdão (praticado tanto em si mesmo quanto para com o próximo), orações pelo bem-estar geral, busca de auxílio divino para resolução de problemas, entre outras. Tais estratégias visam desencadear efeitos positivos e/ou benéficos para o praticante do CRE. Em contrapartida, o CRE negativo é definido como aquelas estratégias que irão desenvolver consequências negativas e prejudiciais ao praticante, como através do questionamento da existência divina, promover a insatisfação ou aborrecimento quanto aos atos de Deus ou dos participantes de instituições religiosas em nossas vidas, incumbir a Deus a resolução de nossas adversidades etc³⁶.

A literatura aponta a efetividade das aplicações do CRE em diferentes situações estressantes, principalmente referente ao CRE positivo. Exemplos de tais situações compreendem cenários de crises emocionais e em enfrentamento de problemas relacionados a saúde, ao envelhecimento, a morte, a perda de entes queridos e a guerras³⁸. Um estudo de Panzini³⁸ através de uma amostra brasileira, apontou porcentagens a respeito da prevalência dos diferentes padrões de CRE: cerca de 82,4% da amostra apresentou uso do CRE positivos médio a alto e 48,5% uso de CRE negativo baixo, sendo que apenas 0,2% e 6,2% não utilizam de tais estratégias e 4,7% e 38,6 tinham uso irrisório de CRE positivo e negativo de forma respectiva.

Além disso, outras pesquisas expõem que as estratégias utilizadas no CRE não são somente potentes auxiliares na melhora de experiências estressantes a mais do que medidas religiosas globais, como também contribui para a previsão de resultados em relação a saúde e ao bem-estar, de uma forma melhor do que estratégias de coping não-religioso³⁷.

Contudo, além do CRE, há também a assistência religiosa espiritual-hospitalar (AREH), que pode ser fornecida individualmente favorecendo a privacidade do paciente, ou coletivamente favorecendo sua integração. Esse

é um auxílio que pode ser prestado por pessoas de algum corpo ecumênico, profissionais da saúde ou voluntários devidamente treinados, sendo um serviço que poderá destinar-se a pacientes, seus familiares ou profissionais da saúde³⁰.

Nota-se que apesar da formação deficitária dos profissionais de saúde com relação à espiritualidade, existem inúmeras ferramentas disponíveis para estudo visando considerar a real importância a respeito de crenças, do acolhimento e de um atendimento humanizado. Sempre guiado por métodos reconhecidos cientificamente e visando ao máximo e acima de tudo, a melhora e o conforto, o acolhimento ético e o bem-estar dos pacientes.

Contudo, inúmeras barreiras ainda são enfrentadas e apesar do consenso da importância da espiritualidade na prática clínica, ainda há receios, medos e preocupações que os impedem ou dificultam na abordagem do tema. As barreiras, em linhas gerais, estão relacionadas falta de conhecimento sobre o assunto; sentimento que a abordagem não é dever do profissional; medo de impor sua própria crença ao paciente; negação da importância do tema dentro de sua profissão^{39,41}.

Ao redor do mundo, o reconhecimento da esfera espiritual do paciente já é bem estabelecido. A *Association of American Medical Colleges (AAMC)* produziu o *National Competencies in Spirituality and Health for Medical Education (NCSMD)*, um documento que apresenta competências e objetivos de aprendizagem fundamentais para a promoção da educação em saúde e espiritualidade. Abrange, também, metodologias pedagógicas e métodos de avaliação de desempenho³⁹.

As competências do NCSMD são distribuídas em seis áreas: 1) Conhecimento: adquirir o conhecimento necessário na integração da espiritualidade no cuidado dos pacientes; 2) Cuidado com o Paciente: integrar a espiritualidade na prática clínica diária; 3) Comunicação: comunicar-se com pacientes, familiares e equipe de profissionais da saúde sobre problemas espirituais; 4) Presença Compassiva: postura adotada junto com o paciente, familiares e colegas de trabalho; 5) Desenvolvimento Profissional: incorporar a própria espiritualidade no trabalho; 6) Sistemas de Saúde: aplicar o conhecimento adquirido frente às possibilidades do sistema de saúde⁴².

Na formação acadêmica, no Brasil, poucas são as instituições que incluem a abordagem da espiritualidade nos currículos⁴³. A falta de conhecimento sobre o assunto faz com que seja negligenciado essa demanda dos

pacientes^{44,45}. Uma alternativa para suprir essa falta é a extensão universitária. Através de grupos de estudo, ligas acadêmicas e iniciações científicas, a comunidade universitária tem a possibilidade de buscar esse conhecimento, possibilitando a busca por uma visão mais humanizada, com uma perspectiva mais integral do ser humano³⁹.

O medo, insegurança de estar invadindo uma área pessoal, ou então impondo sua própria crença faz com que a espiritualidade não seja assunto que gere conforto no que concerne os profissionais de saúde. De fato, os estes entendem a influência da religiosidade/ espiritualidade no cuidado integral do paciente e que essa dimensão é trazida pelos usuários. Porém, mesmo assim, não utilizam dessa como uma ferramenta em sua terapêutica³⁹. A maneira para contornar esses receios é com o estudo da área, aplicação na prática e muito treino.

O profissional da saúde precisa saber identificar sua própria crença para saber como lidar e evitar imposições. Trazendo à consciência fica mais fácil definir os limites, evitando interferências negativas no cuidado⁴³. A postura da equipe deve sempre ser de imparcialidade, procurar de distanciar de seus próprios valores para poder compreender os valores do paciente³⁹. Promover um ambiente acolhedor e de suporte ao paciente, mesmo se houver divergências entre suas crenças⁴³.

Os pacientes quando abordados sobre a dimensão espiritual se sentem mais acolhidos, transmite a mensagem do zelo com a pessoa em todas suas dimensões⁴². Na pesquisa de Koenig, 90% dos pacientes afirmaram que crenças religiosas e suas práticas são fundamentais para enfrentar e aceitar as doenças, e mais de 40% indicam que a religião é o fator mais importante nessas horas²².

Perspectivas e futuro

As pesquisas sobre a relação da espiritualidade com a saúde começaram a ganhar força há pouco tempo, especialmente a partir do final dos anos 90, quando foram disseminadas conferências no mundo todo acerca desse assunto. As discussões envolviam a importância da abordagem espiritual médica baseada no respeito e no apoio à crença e a espiritualidade do paciente, pois essa, além de fonte de promover conforto, muitas vezes é associada pelo paciente ao contexto da doença em questão⁴⁶.

Sabe-se que essa abordagem espiritual ainda é um desafio para a equipe de saúde, por isso, estes, principalmente o médico responsável, devem ser educados de maneira a incluírem e considerarem a atenção à espiritualidade do paciente como fator importante para o bom resultado do tratamento e principalmente para o conforto deste. Sabe-se que cerca de 90% da população utiliza a espiritualidade como ferramenta para a conquista de força e conforto em situações estressantes e impactantes⁴⁷. Em uma revisão de literatura, cujo objetivo compreendia descrever as estratégias atuais de abordagem dos pacientes com dores crônica tomando como base a literatura científica, enfatizando medidas relacionadas a espiritualidade e a religiosidade, constatou-se que os profissionais da área da saúde não consideram ou não entendem a aplicação da espiritualidade como parte de seu trabalho, não sabem introduzi-la e não tem conhecimento do resultado desta prática na clínica do paciente⁴⁷.

Um estudo norte-americano com pacientes internados em unidade de reabilitação comprovou essa tese mostrando que 74% dos pacientes acreditavam que sua crença e sua religião eram importantes, 54% gostariam de receber orientações religiosas, 54% consideravam que não eram dadas a devida atenção para suas religiosidades e espiritualidades e 73% relataram que esse assunto não foi abordado pela equipe⁴⁵.

Dessa forma, para acompanhar as mudanças da sociedade e de seus parâmetros, assim como o desenvolvimento tecnológico, a medicina voltou-se para a elaboração de uma educação que levasse como princípio o tratamento integral ao paciente⁴⁷. Visto isso, a *Association of American Medical Colleges* (AAMC) desenvolveu o *National Competencies in Spirituality and Health for Medical Education* (NCSMD) o qual elaborou técnicas de ensino-aprendizagem médico levando em conta a dimensão espiritual. Esse documento compreende e estabelece domínios que limitam esse tipo de abordagem, são esses o conhecimento espiritual que possibilita agregar na assistência em saúde, os limites do sistema de saúde, a prática e o cuidado com o paciente, a presença compassiva e a comunicação respeitosa entre paciente, família e a equipe médica³⁹.

Já no Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina sugeriram que fossem incluídos na formação médica éticas humanísticas, críticas e reflexivas, as quais já foram englobadas no currículo de ensino de 40% dos cursos de graduação em medicina do Brasil³⁹. Uma forma de contornar a pequena adesão do tema na matriz curricular

regular das faculdades brasileiras, foi a criação de grupos de estudos como extensão universitária, as quais tem como objetivo complementar a educação dos estudantes para que esses tenham uma educação completa e atualizada com necessidades da sociedade atual, como a necessidade da espiritualidade no tratamento. As mencionadas abordam esse assunto se apoiando em pesquisas, projetos e palestras promovidas por pessoas experientes no tema para um grupo pequeno de participantes visando promover um olhar mais humanístico, empático e com compaixão do médico com o paciente³⁹.

Para que o profissional esteja apto a lidar e a aconselhar acerca das crenças do paciente, este deve estar em sintonia com a sua própria espiritualidade. O autoconhecimento de seus valores permite que os profissionais de saúde se apoiem em práticas compassivas e promovam processos reflexivos, primeiramente com eles mesmos, para que possam criar um contato mais profundo e importante com o paciente, por conseguinte. Visto isso, além da inclusão da discussão acerca da espiritualidade no currículo dos futuros profissionais de saúde, uma importante abordagem seria um maior estímulo ao preparo espiritual, visando atender as necessidades dos pacientes acerca desse assunto e tornar o atendimento cada vez mais global e humanístico⁴⁸.

Referências

1. Batista PSS. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. *Reciis* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jan 14];4(3):49–55. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/667/1315> doi: <https://doi.org/10.3395/reciis.v4i3.667>
2. Catré MNC, Ferreira JA, Pessoa T, Catré A, Catré MC. E. Espiritualidade: contributos para uma clarificação do conceito. *Anal Psicol* [Internet]. 2016; [cited 2021 Jan 14];34(1):31–46. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/877> doi: 10.14417/a877
3. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jan 10];64(1):53–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yzr7ZMVcnnYGTSt7xXGGBrL/?format=pdf&lang=pt> doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>
4. Inoue TM, Vecina MVA. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *J Heal Sci Inst* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 4];35(2):127–30. Available from: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V35_n2_2017_p127a130.pdf
5. World Health Organization. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) [Internet]. Geneva: WHO, 1998 [cited 2021 Jun 5]. 162p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70897/WHO_MSA_MHP_98.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

6. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 13];12:885–904. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2009.0142?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
7. Pargament, KI, Smith, BW, Koenig, HG, Perez, LM. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig* [Internet]. 1998 [cited 2021 Jan 30];37(4):710-724. Available from: <https://www.jstor.org/stable/1388152> doi: <https://doi.org/10.2307/1388152>
8. Lucchetti G, Lamas AG, Modena RB, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jan 13];8(2):154-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf>
9. Arribas CG. Afinal, espiritismo é religião? A doutrina espírita na formação da diversidade religiosa brasileira [dissertation]. São Paulo: USP; 2008. 226p.
10. Pew Research Center. The global religious landscape: a report on the size and distribution of the world's major religious groups as of 2010 [Internet]. Washington: Pew Research Center, 2012 [cited 2021 Jan 30]. Available from: <https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>
11. Oliveira FHAO, Peteet JR, Moreira-Almeida A. Religiosity and spirituality in psychiatry residency programs: why, what, and how to teach? *Brazilian J Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 9];43(4): 424-429. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/rXjxph-ZHQWBXC5YjHLPpwZK/?format=pdf&lang=en> doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1106>
12. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2006 [cited 2021 Feb 10];28(3):242-50. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/v6WPG8DFL5ND3gc4bmhsPRF/?format=pdf&lang=en> doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
13. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 20];36(2):176–82. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/RYKv-5cWW445mT698wPtKzrk/?lang=en> doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>
14. Davison SN, Jhangri GS. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2010 [cited 2021 Feb 20];5(11):1969–76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001767/> doi: 10.2215/CJN.01890310
15. Schnell T, Fuchs D, Hefti R. Worldview Under Stress: Preliminary Findings on Cardiovascular and Cortisol Stress Responses Predicted by Secularity, Religiosity, Spirituality, and Existential Search. *J Relig Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 5];59(6):2969–89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32221758/> doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01008-5>

16. Wiener L, McConnell DG, Latella L, Ludi E. Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliat Support Care* [Internet]. 2013 [cited 2021 Fev 15];11(1):47–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22617619/> doi: 10.1017/S1478951511001027
17. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2002 [cited 2021 Jan 30];40(5):1013–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12407647/> doi: 10.1053/ajkd.2002.36336
18. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Ment Health* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jan 30];15 (3):334-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21491218/> doi: 10.1080/13607863.2010.519326
19. Duarte N. A individualidade para si: contribuição a uma teoria histórico-social da formação do indivíduo. 1. ed. Campinas: Autores Associados; 2017. 316 p.
20. Anjos RE, Newton D. A Teoria Da Individualidade Para Si Como Referência À Análise Da Educação Escolar De Adolescentes. *Nuances* [Internet]. 2018 [cited 2021 Fev 05];28(3):115–32. Available from: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/4183/PDF> doi: <https://doi.org/10.14572/nuances.v28i3.4183>
21. Dal-Farra RA, Geremia C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Rev bras educ med* [Internet]. 2010 [cited 2021 Fev 13];34(4):587–97. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/q6G8tGBmSdNrsxZfrk4Dxpp/?lang=pt> doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400015>
22. Koenig HG. Psychoneuroimmunology and the Faith Factor. *J Gend Specif Med* [Internet]. 2000 [cited 2021 Jan 06]; 3(5):37-44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253254/>
23. Cohen S, Herbert TB. Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psych* [Internet]. 1996 [cited 2021 Fev 20];47:113-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8624135/> doi: 10.1146/annurev.psych.47.1.113
24. Powell A. Spirituality, healing and the mind. *Spiritual Heal Int* [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 15]; 6(3):166-172. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/shi.7> doi: <https://doi.org/10.1002/shi.7>
25. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in Medicine. *JAMA* [Internet]. 2008 [cited 2021 Jun 13];300(11):1350-2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18799450/> doi: 10.1001/jama.300.11.1350
26. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* [Internet]. 2003 [cited 2021 jun 12];65(4):564-70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12883106/> doi: 10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3
27. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *PNAS* [Internet].

- 2004 [cited 2021 Jan 20];101(46):16369-73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15534199/> doi: 10.1073/pnas.0407401101
28. Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, Lieberman MD. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosom Med* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 30];69(6):560-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17634566/> doi: 10.1097/PSY.0b013e3180f6171f
29. Casaletti C, Moraes FTP, Leão FC. Coleta de uma história espiritual: fundamentos para uma prática profissional culturalmente sensível. *HU Ver* [Internet]. 2020 [cited 2021 Abr 10];44(4):455–60. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/26388> doi: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.26388>
30. Saad M, Medeiros R, Peres MFP. Assistência religiosa-espiritual hospitalar: os “porquês” e os “comos.” *HU Ver* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 30];44(4):499–505. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/16964> doi: <http://orcid.org/0000-0001-5624-7609>
31. Jacintho JO, Abreu LM, Becker R, Gontijo CMM, Santos ME, Romera FA, et al. Abordagem Teórico-Prática da espiritualidade em pacientes institucionalizados. *Rev UFG* [Internet]. 2018 [cited 2021 Abr 12];17(20):8–28. Available from: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/51766#:~:text=A%20análise%20qualitativa%20dos%20dados,â%20singularidade%20de%20cada%20caso> doi: <https://doi.org/10.5216/revufg.v17i20.51766>
32. Marques LF, Sarriera JC, Dell’Aglia DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). *Avaliação Psicológica* [Internet]. 2009 [cited 2021 Abr 18];8(2):179–86. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200004
33. Braghetta CC. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade: escala de atitudes relacionadas à espiritualidade (ARES) [dissertation]. São Paulo; 2017;82p. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-05102017-112819/publico/CamillaCasalettiBraghettaVersaoCorrigida.pdf>
34. Oliveira PF, Queluz FNFR. A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. *Rev Psicol da IMED* [Internet]. 2016 [cited 2021 Abr 20];8(2):142–55. Available from: https://www.researchgate.net/publication/312304847_A_Espiritualidade_no_Enfrentamento_do_Cancer doi: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n2p142-155
35. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Publications, 1997. 548p.
36. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1989 [cited 2021 Abr 30];56(2):267-83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2926629/> doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267
37. Panzini R, Bandeira D. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiq Clín* [Internet]. 2007 [cited 2021 Fev 14];34(1):126–35. Available from: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/BxLcY5gJFkgTZRnL4kXxYFH/?format=pdf&lang=pt> doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>

38. Panzini RG. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida [master's thesis]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004. 238p. Available from: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7100/000539280.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Ferreira AGC, Oliveira JAC, Jordán APW. Educação em saúde e espiritualidade: uma proposta de transversalidade na perspectiva do estudante. *Interdiscip J Heal Educ* [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 02];1(1):3–12. Available from: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/1>
40. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: The development of a field. *Acad Med* [Internet]. 2014 [cited 2021 Abr 05];89(1):10–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24280839/> doi: 10.1097/ACM.0000000000000083
41. Souza MCA, Pinheiro LAA, Vilagra SMBW, Pinheiro CFA, Júnior EHRA. A espiritualidade no cuidado em saúde na Atenção Primária. *Rev Pró-UniverSUS* [Internet]. 2019 [cited 2021 Abr 02];10(2):70–4. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2053> doi: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.2053>
42. Gobatto CA, Araujo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: Concepções de profissionais da saúde. *Psicol USP* [Internet]. 2013 [cited 2021 Abr 02];24(1):11–34. Available from: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/sWyWyyrGw3HD63NDPwr3hvd/?format=pdf&lang=pt> doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000100002>
43. Ferreira AGC, Duarte TMM, Silva AF, Bezerra MR. Concepções de Espiritualidade e Religiosidade e a Prática Multiprofissional em Cuidados Paliativos. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 05];18(3):277–244. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27054#:~:text=Buscou-se%20identificar%20as%20concepções,referência%2C%20localizado%20na%20cidade%20do> doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i3p227-244>
44. Thiengo PCDS, Gomes AMT, Mercês MCC, Couto PLS, França LCM, Silva AN. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 03];24: 1-12. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692/pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
45. Peres MFP, Arantes ACDLQ, Lessa PS, Caous CA. Incorporating spirituality and religiosity in pain management and palliative care. *Rev Psiquiatr Clin* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 30];34(1):82–7. Available from: <https://www.revistas.usp.br/acp/article/view/17124> doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>
46. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica* [Internet]. 2001 [cited 2020 Dez 4];8(3): 107-12. Available from: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355#:~:text=Espiritualidade%20pode%20ser%20definida%20como,qualidade%20de%20vida%20da%20pessoa> doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v8i3a102355>
47. SANTOS, F.S. Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a morte e o morrer. 1. ed. São Paulo: Atheneu; 2009. 476 p.

48. Ferreira AGC, Duarte TMM, Silva AF, Bezerra MR. Concepções de Espiritualidade e Religiosidade e a Prática Multiprofissional em Cuidados Paliativos. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2015 [cited 2021 Abr 22];18(3):277–244. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27054#:~:text=Buscou-se%20identificar%20as%20concepções,referência%2C%20localizado%20na%20cidade%20do> doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i3p227-244>

