

Gestão educacional: relação docente/discente no ensino superiorWender Antônio de Oliveira¹, Flávia Pinheiro Della Giustina²

¹Enfermeiro. Pós Doutorando em Educação pela Universidad Flores (UFLO), Buenos Aires, Argentina. Coordenador do Curso de Enfermagem da FACIPLAC – DF. E-mail: wender.antonio@faciplac.edu.br

²Graduada em Letras, Especialista em Psicopedagogia, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento Humano em Processos Educativos. Professora do Curso de Enfermagem da FACIPLAC - DF. E-mail: flavia.giustina@faciplac.edu.br

A gestão educacional é entendida como um conjunto de ações articuladas de política educativa democrática, no qual o ensino e a aprendizagem são de fundamental importância para as decisões dos gestores, e principalmente para o comprometimento do docente com as políticas institucionais que promovem o discente a um sujeito social capaz de ser inserido no mercado de trabalho. Assim, com objetivo de incrementar as ações para desenvolvimento educacional do discente, a gestão educacional lhe possibilita acesso e a construção do conhecimento, bem como a participação de todos os atores, família e comunidade, como preconizado na gestão democrática em qualquer nível de ensino na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) ⁽¹⁾.

A gestão educacional na graduação influencia a relação que os professores estabelecem com os alunos, assim como a gestão modifica alguns aspectos dessa interação. O comportamento da relação professor-aluno interfere nas definições de novas medidas e tomadas de decisão pela gestão. Nesse aspecto, a relação docente-discente pode convergir para um mesmo ponto, como a gestão educacional fosse concretizada nessa relação. Ainda que, em um primeiro momento, pareça que a responsabilidade por essa relação seja somente atribuída aos atores que fazem parte direta dela, sabe-se que há uma influência importante da gestão educacional ⁽¹⁾. Então, podemos compreender a relação docente-discente na educação superior como aquela que se constrói no cotidiano universitário e que se permite perceber o perfil do “contrato didático”⁽²⁾.

Esse contrato é definido como aquele estabelecido entre docente e discente, munido de regras de comportamento que são esperados por ambos. Essa relação, especialmente no ensino superior, está sujeita ao cumprimento de normas, a escolhas pedagógicas, definição de objetivos por parte dos docentes, discentes, e também do curso, assim como definição de critérios de avaliação, enfim, e por diversas convenções que, nem sempre se estabelecem somente por parte dos docentes e discentes, mas

Editorial

que também envolvem a gestão do curso e, algumas delas, a legislação que vigora no país⁽²⁾.

Diferente do que se espera, em algumas vezes, a realidade das relações docente-discente apresenta-se de forma altamente hierarquizada, distante, autoritária, acarretando desinteresse, falta de investimento e confiança do discente na explicitação e superação de dúvidas, o que compromete a aprendizagem⁽³⁾. E esse fenômeno educacional é algo complexo, que abarca esses diversos elementos inter-relacionados, mas cujo aspecto positivo para a construção do processo de ensino e aprendizagem é o estabelecimento de uma relação onde o principal elemento é a aprendizagem. Por essa razão, a interação entre docente e discente possui papel preponderante e toma como base as ações que um direciona ao outro⁽³⁾. Essa relação é impactada por representações mútuas, isto é, por ideias e relações sociais que são construídas entre um e outro, e que não podem ser reduzidas ao processo cognitivo, pois envolvem dimensões tanto afetivas quanto motivacionais. Desse modo, é possível pressupor a importância da relação docente-discente no processo de ensino e aprendizagem, já que o sentimento de bem-estar que a permeia, é fundamental para a assimilação dos conteúdos⁽⁴⁾.

Entretanto, as normas internas da instituição, conteúdos, programas e prazos pré-determinados pela gestão educacional também dirigem o processo educativo e interferem na interação entre professor e aluno, que nesse contexto, o docente necessita trabalhar para que o discente alcance a construção do conhecimento esperada, e tenha a possibilidade de construir a independência e autonomia intelectual. Porém, os docentes passaram a enfrentar dificuldades crescentes em seu trabalho, emergindo desafios extras, de fomentar um processo contínuo de educação aos discentes para torná-los capazes de agirem como transformadores da sociedade e cidadãos⁽⁵⁾.

Todavia, é sabido que não há uma perspectiva única para a concepção da aprendizagem ou papel interpretado pelo docente ou pelo discente a fim de que ela ocorra. Mas, a relação docente-discente torna-se facilitada quando é estabelecida a partir da autoridade pedagógica, quando o docente possui a consciência de suas limitações, trabalha no sentido de superação da autoridade própria da condição profissional, o que não quer dizer eliminá-la em relação a sua intervenção como educador, mas sim, conservando-a e possibilitando uma participação do discente de maneira respeitosa e comprometida com a qualidade do processo educacional.

A interação entre docente-discente é que vai oferecer a direção necessária ao processo educativo, e conforme a forma com que se dá essa interação, a aprendizagem

Editorial

do discente pode ser mais ou menos facilitada e orientada para uma nova direção⁵. Todavia, como se observa, cada parte desempenha um papel diferente na relação em sala de aula, cabendo ao docente tomar a maior parte das iniciativas que “dará o tom e o ritmo” para que esse relacionamento seja estabelecido. Logo, não se pode esquecer que o processo educacional ideal deve ter como foco a aprendizagem do discente e não o ensino do docente. Assim, a relação docente-discente paira sobre a necessidade de estabelecer um ambiente, um clima que facilita essa aprendizagem, partindo da existência de algumas qualidades de comportamento do docente, como autenticidade, apreço e empatia ⁽³⁾.

A sala de aula no ensino superior é um espaço de participação acadêmica e fomenta múltiplas relações interpessoais, de forma que uma das dimensões da complexidade do ensino é a relação com o sujeito, uma vez que, diferente do que ocorre com outros profissionais, o trabalho do docente dependerá da colaboração do discente, pois não há ensino de uma parte, se a outra parte não deseja aprender ⁽⁵⁾.

Por fim, a relação docente-discente no âmbito do ensino superior é fundamental para o êxito do processo educacional, que vai ao encontro dos objetivos da gestão educacional, podendo ser o meio pelo qual os docentes conhecerão melhor seus discentes, podendo qualificar o processo de ensino enquanto, por outro lado, os discentes serão mais partícipes do próprio processo de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho, APD; Oliveira, RS. de. A gestão educacional e a qualidade do processo de ensino aprendizagem nas instituições de ensino superior. RJLB, Ano 2, n. 6, 2016.
2. Roncaglio, SM. A relação docente-discente na educação superior: a influência da gestão educacional. Psicologia ciência e profissão, 2004, 24 (2), 100-111.
3. Santos, CP; Soares, SR. Aprendizagem e relação docente-discente na universidade: duas faces da mesma moeda. Est. Aval. Educ., São Paulo, v. 22, n. 49, p. 353-370, maio/ago. 2011.
4. Aroeira, KP; Merlo, FW. Relação docente e discente no ensino superior: reflexões no contexto de formação de docentes de educação física. In: XVI ENDIPE – Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino. Campinas, Unicamp, 2012.
5. Antônio, LAD; Manuel, JAC. Importância da relação docente-discente na educação superior. In: XII EDUCERE – Congresso Nacional de Educação. Curitiba, PUCPR, 2015.
6. Santos, SC. O processo de ensino-aprendizagem e a relação docente-discente: aplicação dos “sete princípios para a boa prática na educação de ensino superior”. Cad. Pesq. Adm., São Paulo, V. 8, nº 1, jan./mar. 2001.

Conhecimento das gestantes sobre as posições do parto

Daylane Fernandes da Silva¹, Lídia Câmara Peres², Núbia Costa de Sousa Araújo³.

¹Acadêmica de enfermagem. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: Daylane.fernandes@hotmail.com

²Enfermeira obstetra. Mestre em gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: enfermeiralidia@gmail.com

³Acadêmica de enfermagem. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: Nubia.costa12@yahoo.com.br

RESUMO

A gestação e o parto são considerados eventos naturais e fisiológicos e deve ser acompanhada de maneira favorável e não invasiva, possibilitando que a parturiente empodere-se do seu trabalho de parto. O trabalho objetivou analisar o conhecimento das gestantes sobre as posições do parto. Este estudo é descritivo de natureza quantitativa, onde foi realizado um questionário estruturado com 30 gestantes e parturientes. Os resultados mostraram que o decúbito dorsal é o conhecimento de predomínio da maioria das gestantes, já que por diversos fatores, as demais posições tornam-se menos conhecidas e utilizadas pelas entrevistadas. Conclui-se que alguns benefícios do parto normal são a escolha da melhor posição de parto pela própria mulher, de modo que ela se sinta mais confortável, com menor possibilidade de dor e intervenções desnecessárias, assim é importante ressaltar que a gestante deve conhecer sobre os seus direitos no pré-natal, parto e puerpério.

Descritores: Posição materna; trabalho de parto; parto humanizado.

INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são considerados eventos naturais e fisiológicos que fazem parte da vida sexual e reprodutiva da mulher e a gravidez tem que ser acompanhada de maneira favorável e não invasiva, possibilitando que a parturiente empodere-se do seu trabalho de parto de forma ativa. A opção quanto ao local onde deve ocorrer o parto, quem precisa orientar e assistir a todo o processo e os comportamentos a serem adotados durante o trabalho de parto constituem algumas das principais questões que sofrem influência cultural e social, e além desses, a escolha da posição durante o parto (1,2).

A diretriz internacional, estabelecida pelo *Institute for Clinical Systems Improvement*, define trabalho de parto, como a presença de contrações uterinas

Artigo Original

espontâneas, pelo menos duas em 15 minutos e pelo menos dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, colo dilatado para 3 cm ou mais, ruptura espontânea das membranas ⁽³⁾.

O trabalho de parto é um processo dinâmico, que possui certa imprevisibilidade, e a mulher nem sempre consegue concretizar tudo o que foi planejado, isso não significa que sua autonomia não foi exercida. O próprio dinamismo do momento do parto pode modificar as preferências iniciais da mulher, suscitando novas escolhas que são impelidas pelo instinto do seu corpo no momento de parir ⁽⁴⁾.

Existe uma diferença entre o parto normal ou tradicional e o parto natural, pois, há algum tempo, o parto normal tem ocorrido de maneira oposta à sua normalidade e naturalidade, com muitas intervenções sendo realizadas. Dentro desta circunstância é que surge o parto natural ou humanizado, que se diferencia do parto tradicional devido a centralização das condutas e atitudes profissionais nas necessidades da mulher. A aplicabilidade das intervenções ou procedimentos faz-se necessária no parto natural não apenas como uma prescrição de rotina, mas quando há uma real indicação ⁽⁵⁾.

No parto normal, a gestante pode escolher a posição dorsal ou ginecológica, Fowler ou de cócoras. Na posição Fowler ou de cócoras, fica mais fácil para a mulher fazer força e participar ativamente do nascimento do bebê, além de, facilitar o trabalho de parto. Algumas casas de partos usam cadeira de parto, banheiras e mesa inclinada, que são mais confortáveis para a mulher. No parto domiciliar, assistido pela doula ou enfermeiro obstetra, a mulher pode escolher a melhor posição para o parto: de cócoras, decúbito lateral ou ajoelhada ⁽⁶⁾.

Um dos benefícios do parto é a liberdade para a escolha da posição e para caminhar durante o mesmo, de modo que ela se sinta mais confortável, com menor possibilidade de dor e de intervenções desnecessárias ^(5,6).

Diante do exposto é necessário que os profissionais de saúde que dão assistência ao parto humanizado repensem, reflitam e reavaliem em que condições as parturientes poderão ter seus filhos, porque os mesmos devem respeitar os seus direitos e levar em consideração os benefícios para os protagonistas de todo o processo do nascimento – mãe e filho, pois quando os direitos do parto são respeitados, todos têm uma experiência prazerosa ^(7,8).

Justifica-se esse estudo devido à importância do conhecimento das gestantes sobre os seus direitos no pré-natal, parto e puerpério, pois cabe aos profissionais de saúde que realizam o pré-natal orientar e sanar as dúvidas em relação à gestação e parto adequadamente. Dessa maneira, este trabalho objetiva analisar o conhecimento das gestantes sobre as posições do parto, contribuindo assim, para uma melhor

orientação por parte dos profissionais e, conseqüentemente, ampliando o conhecimento a respeito dos direitos no parto humanizado.

METODOLOGIA

Este estudo é descritivo de natureza quantitativa, cujo instrumento utilizado para produção de dados foi um questionário estruturado com dados de identificação e questões fechadas.

A técnica empregada foi a aplicação do questionário no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Regional do Gama (HRG) por duas autoras. A pesquisa foi realizada com as mulheres que estavam em trabalho de parto e puérperas nesta unidade que tinham idade superior a 18 anos. As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro de 2016 no CO do HRG, sob o parecer de nº 1.656.420, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

As trinta mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram um termo de consentimento esclarecido que lhes garantia o sigilo e o anonimato exigido pela resolução nº 466/2012. Procederam-se então a coleta de dados no qual os dados coletados foram analisados e passados para o software Microsoft® Excel 2010 para construção de tabelas.

RESULTADOS

Após aplicar os critérios de inclusão foram entrevistadas 30 gestantes e puérperas.

Na Tabela 1 mostra que a faixa etária das puérperas entrevistadas variou de 18 a 40 anos de idade, a maioria das mulheres 40% (12) tem idade entre 18 e 25 anos, 11 (37%) delas tem entre 26 e 30 anos e 23% (7) das entrevistadas tem entre 31 e 40 anos. Relacionado ao estado civil, dentre as puérperas entrevistadas, predominaram as casadas que somam um total de 43% (13), logo em seguida vem as que tem uma união estável com um companheiro que resulta em 27% (8), 7 (23%) são solteiras e 2 (7%) são viúvas. A respeito da escolaridade, ressaltou-se que 33% (10) puérperas possuem apenas o ensino fundamental incompleto, 20% (6) possuem o ensino médio incompleto, 5 (17%) tem ensino médio completo, 4 (13%) possuem o ensino superior completo, 3 (10%) tem o ensino fundamental completo e 2 (7%) possuem o ensino superior incompleto.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de mulheres puérperas no HRG no período de julho a setembro de 2016.

Variáveis	N	%
Idade		
18 a 25 anos	12	40,0
26 a 30 anos	11	37,0
31 a 40 anos	7	23,0
Estado civil		
Solteira	7	23,0
Casada	13	43,0
União estável	8	27,0
Viúva	2	7,0
Separada/ Divorciada	0	0,0
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	3	10,0
Ensino fundamental incompleto	10	33,0
Ensino médio completo	5	17,0
Ensino médio incompleto	6	20,0
Ensino superior completo	4	13,0
Ensino superior incompleto	2	7,0

Observa-se na Tabela 2, que 70% (21) das puérperas entrevistadas relatam ter passado por experiência dolorosa em gestações anteriores e 30% (9) não relatam essa experiência. Com relação ao número de gestação, a maioria das mulheres tiveram entre 1 e 4 gestações representam 93% (28), e apenas 2 (7%) tiveram entre 5 e 9 gestações. 50% (15) das mulheres entrevistadas relatam que a gravidez atual foi planejada e que as outras 50% (15) engravidaram de forma não planejada. Em relação à presença de acompanhante durante o parto, 73% (22) afirmaram que tiveram acompanhante e 27% (8) não tiveram acompanhante.

Tabela 2 – Porcentagem do número de gestações, planejamento, experiências dolorosas e presença de acompanhantes durante o parto das mulheres avaliadas. Brasília – DF, 2016.

Variáveis	N	%
Experiência dolorosa antes		
Sim	21	70,0
Não	9	30,0
Número de gestações		
1 a 4	28	93,0
5 a 9	2	7,0
10 a 13	0	0,0
Gravidez atual planejada		
Sim	15	50,0
Não	15	50,0
Presença de acompanhante no parto		
Sim	22	73,0
Não	8	27,0

De acordo com a Tabela 3, 70% (21) das puérperas entrevistadas acreditam não ser possível fazer a escolha da posição de parto enquanto 9 (30%) acreditam que a mulher pode escolher a posição para parir. Em contradição, 93% (18) afirmaram que escolheram a posição que queriam parir e 12 (7%) não escolheram a posição para parir. Em relação as posições de parto que a mulher conhece, 93% (18) das puérperas conhecem a posição deitada, seguido pela posição agachado com 43% (13), 5 (17%) afirmam que conhecem a posição de joelhos, 4 (13%) conhecem a posição de quatro apoios, 1 (3%) relata conhecimento na posição Fowler ou sentada e nenhuma (0%) conhece a posição para parir em decúbito lateral. Sendo assim, 93% (28) das puérperas concordam que a escolha da melhor posição para o parto é um direito da gestante e apenas 2 (7%) não acreditam ser um direito da gestante.

Artigo Original

Tabela 3 – Nível de conhecimento das gestantes sobre a escolha e as posições de parto das mulheres avaliadas. Brasília – DF, 2016.

Variáveis	N	%
A mulher pode escolher a posição do parto		
Sim	9	30,0
Não	21	70,0
Escolheu a posição do parto		
Sim	18	93,0
Não	12	7,0
Posições de parto que conhece		
Deitada	28	93,0
Agachado	13	43,0
De quatro apoios	4	13,0
Fowler ou sentado	1	3,0
De joelhos	5	17,0
Decúbito lateral	0	0,0
A escolha da melhor posição para o parto é um direito da gestante		
Sim	28	93,0
Não	2	7,0

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas encontradas na amostra investigada tiveram predominância de mulheres com idades entre 18 e 25 anos (40%), casadas (43%) e com ensino fundamental incompleto (33%). Dados semelhantes foram encontrados em estudos que demonstraram um maior percentual de mulheres na mesma faixa etária, que a maioria das entrevistadas são casadas ou vivem em união estável e possuem o ensino fundamental incompleto ^(9,10).

A maioria das mulheres informaram que tiveram experiência dolorosa antes do parto atual. Assim, na hora de responder ao questionário comunicaram que a maior experiência dolorosa anterior foram os partos normais dos outros filhos e as que não relataram dores informaram que os partos passados foram cesarianos ou era a primeira gestação. Normalmente observa-se na prática obstétrica uma preocupação com a dor do período do parto, trabalho de parto e pós cesárea ⁽¹¹⁾.

A maioria das mulheres tiveram entre 1 e 4 gestações, esse dado entra em discordância com outros estudos no qual mostraram que a maioria das mulheres entrevistadas são primigestas ^(10,12).

Artigo Original

Do ponto de vista da saúde sexual e reprodutiva, esforços devem ser empreendidos para que todas as gestações possam vir a ser planejadas. De fato, o planejamento da gravidez é um conceito complexo que considera não apenas elementos concernentes ao desejo e à intenção, mas também contextos e circunstâncias pessoais, além do comportamento contraceptivo em si. No entanto, estudiosos têm advertido que a ocorrência de gestações não planejadas, não desejadas ou não intencionais não tem diminuído ao longo do tempo, mesmo considerando-se o aumento da escolaridade da mulher e as mudanças nas relações sociais, relacionais ou de trabalho, além da melhoria das tecnologias contraceptivas e da ampliação do acesso aos métodos contraceptivos. Tornando assim, realidade os dados mostrados pelos estudos, que metade das mulheres planejaram a gravidez e a outra metade não ^(12,13).

Em relação à presença de acompanhante durante o parto, 73% afirmaram que tiveram acompanhante e 27% não tiveram acompanhante. Uma das primeiras preocupações da grávida quando admitida na sala de partos, independentemente do seu estado, refere-se à possibilidade de ter consigo um acompanhante significativo, sendo ele o companheiro ou outro familiar mais próximo. A presença de um acompanhante é altamente recomendável, a critério de escolha da parturiente, porém nem sempre é o que ocorre, mesmo que previsto em lei ⁽¹⁴⁾.

De acordo com os resultados, as maiorias das puérperas entrevistadas acreditam não ser possível fazer a escolha da posição de parto, porém em contradição a resposta anterior à maioria afirmou que escolheram a posição que queriam parir. Portanto, a posição de maior conhecimento das puérperas é a posição dorsal. Sendo assim, 93% das puérperas concordam que a escolha da melhor posição para o parto é um direito da gestante.

A Organização Mundial da Saúde tem diretrizes que apontam para as medidas que devem orientar o parto normal, das quais se destaca a importância da liberdade de posição e do movimento durante o trabalho de parto e o encorajamento na adoção de posições não supinas ⁽¹⁵⁾.

Contudo, apesar da maioria dos profissionais de saúde especializados, nesta área, serem detentores de conhecimentos, prevalecem os argumentos de como a posição dorsal é a mais vantajosa para o bem-estar materno-fetal. A justificativa é fundamentada, a maioria das vezes, por essa posição, pois possibilita uma monitorização contínua e mais adequada durante o trabalho de parto, além de permitir mais facilmente realizar a avaliação da progressão do mesmo, é fundamental para a realização de analgesia epidural contínua, durante o trabalho de parto, esquecendo-se,

na maior parte das vezes de questionar a necessidade e a vantagem de todas estas intervenções ⁽¹⁶⁾.

Tanto no primeiro período de trabalho de parto como no segundo a mulher deve adotar a posição que lhe seja mais confortável, evitando sempre longos períodos na posição dorsal. Desta forma o importante é que a parturiente tenha a liberdade de escolha da posição que melhor lhe convém, favorecendo, em todos os aspetos a evolução do trabalho de parto ⁽²⁾.

Assim, a posição de parto vaginal vertical minimiza a ocorrência de episiotomia, demonstrando, também, que a posição de parto, quando adequadamente indicada, não influencia o estado geral do recém-nascido ⁽¹⁷⁾.

Além disso, a posição vertical auxilia o alívio da dor, melhora o conforto e a satisfação da mulher durante o trabalho de parto, reconhecendo que a mulher ao ter liberdade de movimentos, sente que tem um maior controle sobre o seu próprio corpo, sobre a situação em si, conseguindo desta forma gerir melhor todo o processo de trabalho de parto, sentindo-se, desta forma, mais confortável, mais segura e conseqüentemente mais satisfeita ⁽¹⁸⁾.

É de suma importância que a mulher experimente todas as posições para o momento do parto nas semanas que o precedem ou até mesmo no momento de seu acontecimento. Para tanto, é necessário que ela seja orientada por profissionais qualificados nessa área. Cabe ao profissional orientar e ensinar as posições mais eficazes e confortáveis no decorrer do trabalho de parto e parto, para que a paciente não seja influenciada uma lógica que privilegia o conforto dos profissionais e não o da cliente ⁽²⁾.

CONCLUSÃO

Devido à importância do conhecimento das gestantes sobre os seus direitos no pré-natal, parto e puerpério e levando-se em conta os resultados da pesquisa, conclui-se que entre as posições existentes oferecidas para o parto normal, a posição deitada é o conhecimento de domínio da maioria das gestantes e puérperas, e que por diversos fatores como, nível de escolaridade e falta de informação ou a informação inadequada torna-se as demais posições menos conhecidas e utilizadas pelas entrevistadas, ocasionando assim, uma preferência que seu parto seja na posição deitada.

Entende-se que os importantes resultados evidenciados pelo estudo nesta temática são imprescindíveis para que, os profissionais de saúde, juntamente com a sua

equipe se conscientizem da importância que o crescimento de atividades educativas durante o pré-natal e nos grupos de gestantes torne-se um aspecto indispensável para aumentar o nível de conhecimento das parturientes a respeito do parto e de seus direitos, fornecendo-lhe informações para assumir uma postura mais ativa e independente.

REFERÊNCIAS

1. Progiante JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(2):165-9.
2. Mamede FV, Almeida AM, Clapis MJ. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum*. 2007; 26(2): 295-302.
3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Management of labor*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2007. 72 p.
4. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*. 2011;12(3):471-7.
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). *Parto Natural*. São Paulo: COREN-SP, 2010.
6. Brasil. Unicef. Ministério da Saúde. *Família brasileira fortalecida: pré-natal, parto e pós parto*. 2ª ed. São Paulo: Globo, 2013.
7. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007; 11(1):98 -104.
8. Brasil. Ministério Público de Pernambuco. Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. *Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos*. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015. 34 p.
9. Spindola T, Penna LHG, Progiante JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3):381-8.
10. Leite FMC, Amorim MHC, Nunes GF, Soares MFS, Sabino NQ. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. *Rev Bras de Pesqui Saúde*. 2009; 11(1):22-26.
11. Pitangui ACR, Sousa I, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakamo AMS. Mensuração e características da dor perianal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(1):77-82.
12. Borges ALV, Cavalhieri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(Esp. 2):1679-84.
13. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe da situação e tendências: demografia e saúde*. Brasília; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
14. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (Sup 1):S52-S62.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*. Geneva: OMS, 1996.
16. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (review). *Cochrane Database of Systematic Review*. 2009; 2:CD003934.
17. Baracho SM, Figueiredo EM, Silva LB, Gangussu ICAG, Pinto DN, Souza ELBL, Silva Filho, AL. Posição de parto normal, variáveis obstétricas e neonatais. *Rev bras saúde matern infant*. 2009; 9(4):409-14.
18. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86(5):553-558.

Revisão

A humanização no cuidado aos pacientes vítimas de queimaduras

Ana Beatriz Vieira dos Santos¹, Rosianny Rodrigues da Costa Pereira de Araújo², Eralayne Camapum Brandão³.

¹ Acadêmica de Enfermagem das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, DF. E-mail: beatrizvds@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, DF. E-mail: rosydearaujo@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Docente de enfermagem nas Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, DF. E-mail: erlayne.brandao@fациplac.edu.br

Resumo

Um trauma térmico, independentemente de sua extensão, é uma agressão que quando não leva ao óbito causa danos físicos e psicológicos ao paciente. Essa pesquisa tem como objetivo relatar sobre o cuidado humanizado e assistência de enfermagem ao paciente queimado. Foram utilizados como base para formação dos resultados 14 artigos científicos, publicados entre os anos de 2000 e 2015 em periódicos como: Scielo, LILACS, Revista Latino Americana de Enfermagem; Revista Brasileira de Enfermagem e etc. Para um entendimento melhor das informações adquiridas, foram divididas em quatro pontos chaves os resultados: O cuidado humanizado, Cuidado Humanizado ao Queimado, Assistência de enfermagem aos pacientes queimados e Sistematização da Assistência de Enfermagem a vítimas de queimaduras. Esse trabalho contribui para o entendimento que o cuidado é muito mais do que uma prática com um paciente, é a junção de todo um conhecimento teórico com valores pessoais e profissionais dos indivíduos.

Descritores: Queimaduras, Cuidados de Enfermagem, Humanização da Assistência.

INTRODUÇÃO

Queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos ⁽¹⁾. Estas são lesões produzidas pelo contato direto ou indireto, de ação rápida ou prolongada do calor sobre a pele, podendo atingir mucosas, músculos, vasos sanguíneos, nervos e ossos ⁽²⁾.

As queimaduras são causadas por um deslocamento de energia proveniente de uma fonte de calor para o corpo, acarretando a destruição do tecido em consequência da coagulação, desnaturação proteica ou ionização do conteúdo celular ⁽³⁾.

Revisão

Estima-se que no Brasil ocorra cerca de um milhão de acidentes envolvendo queimaduras, com aproximadamente 100 mil casos que necessitam de hospitalização e 2.500 óbitos. Vários fatores de risco podem contribuir para o aumento da mortalidade, tais como: uso de álcool, fumo, tradição de festas com fogueira, balões e fogos de artifício, fator socioeconômico, agressões e até durante a crise convulsiva no caso de epiléticos ⁽⁴⁾.

O agravo das queimaduras quando não conduzem ao óbito, acarretam um extenso sofrimento físico e, em geral, necessitam de um longo tratamento, podendo ocasionar sequelas físicas e psicológicas ⁽⁵⁾. A queimadura é a agressão mais avassaladora que o ser humano pode ser exposto ⁽⁶⁾.

O paciente internado em função de queimaduras graves, será afetado por diversos estressores físicos como acidose, perda de fluidos, alterações no equilíbrio endócrino, potencial risco para infecção, dor. Seu psicológico também é afetado em razão do afastamento da família e do trabalho, mudanças corporais, despersonalização, perda da autonomia já que se torna dependente de cuidados e tensão constantes. Dessa maneira, a perspectiva dos profissionais de saúde primeiramente é com o estado fisiológico para obter estabilidade com o intuito de que em seguida seja avaliado seu psicológico ⁽⁷⁾.

As lesões por queimaduras afetam tanto física como psicologicamente, e geram ansios sobre aparência física, convívio social e sobre o seu futuro. Portanto, o enfermeiro tem que ser cuidadoso para instruir a vítima e seus familiares, dando o suporte emocional necessário para reduzir esse sofrimento ⁽⁸⁾.

A assistência de enfermagem é o ato de cuidar do ser humano, seja qual for a enfermidade que apresente. Desde modo, o cuidado de enfermagem, deve ser prestado de forma humanizada, holística e integral visando o aspecto biopsíquico-espírito-social ⁽⁹⁾.

É imprescindível que o enfermeiro tenha alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem após uma queimadura, colocando em pratica suas habilidades e competências durante todo o tratamento, até a reabilitação do paciente ⁽³⁾. O enfermeiro deve dispor de um pensamento crítico que favoreça à tomada de decisão clínica e ajude a detectar as necessidades do paciente e atitudes adequadas ⁽¹¹⁾.

A humanização é o atendimento das necessidades integrais do indivíduo e necessidades humanas básicas. É da competência do enfermeiro, no planejamento do cuidado, conhecer a vivência dos pacientes, identificando seus direitos e suas vertentes,

Revisão

tendo uma visão holística. Com o objetivo de assegurar o atendimento humanizado, é primordial que a condição de qualidade de vida tanto do paciente quanto do trabalhador seja considerada ⁽¹²⁾.

Um dos meios de se desenvolver um cuidado humanizado é partir da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) que se caracteriza como um processo sistêmico e organizado da prestação do cuidado fundamentado nos métodos científicos ⁽¹³⁾.

A SAE possibilita o desenvolvimento de ações que promovem a melhoria na qualidade de saúde e intervêm na doença dos indivíduos através do Processo de Enfermagem (PE), sendo elaborado exclusivamente pelo enfermeiro através de determinadas etapas que proporciona a arte do cuidar, um atendimento individualizado ao paciente, planejando suas condutas, analisando o histórico com uma visão holística, realizando o exame físico, para desta forma, diagnosticar e propiciar um cuidado integral ⁽¹⁴⁾.

De acordo com a Resolução 358/2009 as etapas do PE são compostas de Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento da Assistência, Implementação e Avaliação. Para que o PE se desenvolva é necessária uma linguagem que favoreça o entendimento e compreensão do paciente ⁽¹⁵⁾.

Cunha e Barros (2005) garantem que “autores renomados asseguram que a SAE eleva a qualidade da assistência melhorando, beneficiando tanto o paciente, através de um atendimento individualizado” ⁽¹⁶⁾.

Um trauma térmico, independentemente de sua extensão, é uma agressão que quando não leva ao óbito causa danos físicos e psicológicos ao paciente, produzindo grande sofrimento devido às consequências fisiopatológicas, como dor, tempo do tratamento, estressores psicológicos como a separação da família e do trabalho, além de mudanças corporais, perda da autonomia e a perspectiva com relação ao futuro.

Por esta razão, pacientes vítimas de queimadura sofrem em relação a sua imagem corporal, uma vez que a presença de cicatrizes e uma possível desfiguração são traumáticas, provocando sentimentos prejudiciais de insegurança, complexidade, inferioridade, tristeza e vergonha. As aflições vivenciadas pelo paciente em correlação a sua fisionomia afetam a sua autoestima, sendo imprescindível o apoio emocional dos profissionais de saúde e familiares.

É admirável a luta pela sobrevivência, bem como a capacidade de adaptação a mudanças bruscas na vida de um grande queimado. Cabe à equipe de enfermagem identificar mudanças de comportamento, propiciar calma, esperança e apoio aos

Revisão

pacientes e familiares. Neste sentido essa pesquisa tem como objetivo relatar sobre o cuidado humanizado e assistência de enfermagem ao paciente queimado.

METODOLOGIA

As informações para a elaboração desta pesquisa foram obtidas a partir do levantamento de artigos científicos, publicados entre os anos de 2000 e 2015 em periódicos como: Scielo, LILACS, Revista Latino Americana de Enfermagem; Revista Brasileira de Enfermagem; Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica; Revista Escola de Enfermagem USP; Revista Brasileira de Queimaduras; Revista de Estudos Experimentais; Revista de Enfermagem UNISA 2005; Arq. Med. ABC; Revista de Enfermagem UFPE On line; Sociedade Brasileira de Queimaduras; Anais Brasileira de Dermatologia.

Cabe destacar que os descritores “enfermagem, queimados, queimaduras, humanização, cuidado humanizado, paciente queimado, cuidados, assistência, sistematização de enfermagem, assistência de enfermagem, pacientes queimados” foram os principais aplicados nas bases supracitadas.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados entre 2000 e 2015, em língua portuguesa e disponível na íntegra gratuitamente na internet. Os artigos que não atenderem esses critérios foram excluídos.

A coleta de dados foi iniciada com a leitura dinâmica a fim de analisar se o material era relevante para a pesquisa. A porção denominada exploratória foi estabelecida com a leitura dos resumos e da introdução dos materiais, com intuito de abstrair os artigos pertinentes sobre o tema da pesquisa. Após a apuração do material, foi efetuada a leitura seletiva dos elementos constantes nas fontes para elaboração do trabalho. Essa etapa da leitura crítica fundamentou-se em ler todos os artigos minuciosamente, observando os detalhes favoráveis para subsidiar o trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram utilizados como base para formação desses resultados 14 artigos.

Os dados obtidos foram organizados em três categorias para melhor compreensão, a saber: Cuidado humanizado, Cuidado Humanizado ao Queimado, Assistência de enfermagem aos pacientes queimados e Sistematização da Assistência de Enfermagem a vítimas de queimaduras.

Revisão

O Cuidado Humanizado

Cuidado sugere um acontecimento verdadeiramente fundamental, ou seja, um acontecimento que é a sustentação que possibilita a existência humana na mesma proporção que o cuidado apresenta o ser humano enquanto caminha pelo tempo ⁽¹⁷⁾.

A humanidade é diversificada especialmente pela arte do cuidar, uma vez que cuidar caracteriza amor, amizade, cura. Subtrair essa arte significa que os seres humanos iriam contra a própria natureza. O que ocorre é que gradativamente a humanidade esquece o que o cuidado humanizado significa, um mecanismo de amenizar as implicações do sistema sem negligenciar o cuidado propriamente dito ⁽¹⁷⁾.

Geralmente, quando o cuidado em saúde é citado consideramos um aglomerado de condutas habilidosamente conduzido para o bom desfecho do tratamento. Na realidade, cuidar é uma forma de se associar com outro considerando suas características particulares, introduzindo numa família e numa população ⁽¹⁸⁾.

Nesta perspectiva de cuidado, como uma ligação mútua, estão expostos o afeto, as comoções, religiões, princípios e conhecimento de um e outro sujeito. Principalmente para os enfermeiros e técnicos em enfermagem, o cuidado não deve ser somente um mecanismo ou um assunto unicamente íntegro, e sim um método atribuído de intersubjetividade e sensações divididas entre o enfermo e o profissional de enfermagem ⁽¹⁸⁾.

Ainda que haja muitas incompatibilidades em âmbito hospitalar, constatamos que para os especialistas, a prática de cuidar não se delimita ao entendimento científico e sua função, uma vez que, um pacto entre duas pessoas, erguida por intermédio de seu conhecimento de vida, em que há trocas de formação e expansão recíprocas ⁽¹⁸⁾.

Cuidado Humanizado ao Queimado

A pessoa que sobrevive a um trauma térmico modifica-se para um enfermo excessivamente complicado e confuso de cuidar. Os primeiros instantes de consciência depois de um incidente, o sofrimento que se apresenta durante a terapia cotidiana e o comprido período de internação, entre outros fatores, reivindicam um cuidado específico e humanizado. A empatia de colaborar para o andamento de reabilitação, compreender a evolução do ferimento e de acolher o visitante dos pacientes após a alta, foi provado como enfoque satisfatório do trabalho. O comprometimento em ofertar atendimento de qualidade, percorre a inevitabilidade de ir atrás de suporte psicológico para encarar eventos de estresse, em tal grau pelas circunstâncias contrapostas de trabalho quanto pelas situações depreciativas e desequilibradas dos pacientes ⁽¹⁹⁾.

Revisão

Torna-se significativo levar em deferência que os seres humanos apontam particularidades próprias e, por serem distintos, apresentam soluções diferentes quando são apresentadas a situações equivalentes. As concepções de reiteração do paciente à comunidade em que habita e o prejulgamento dessas pessoas em associação às cicatrizes da queimadura foram constatados por enfermeiros e técnicos de enfermagem, como peculiaridades que atrapalham a reinserção social dos pacientes queimados, depois que recebem alta ⁽¹⁹⁾.

O comparecimento e atuação dos pais e familiares e a humanização do cuidado são fundamentos básicos para apaziguar a circunstância apavorante e desesperadora do âmbito hospitalar. O argumento cultural está exatamente envolto com a prática de cuidar. Existem profissionais que são mais entusiastas e afetuosos, já alguns outros são mais lógicos, conversam menos. Dessa maneira, cada um tem qualidades singulares, conhecimentos e religiões que controlam seus atos de confronto. Neste sentido que adentra o cuidado humanizado, pois diminui o sofrimento, se assume como uma chance de afinidade e de obtenção da confiança do paciente ⁽²⁰⁾.

Assistência de enfermagem e SAE aos pacientes queimados

As vítimas de queimaduras sofrerão uma interrupção súbita no seu cotidiano que acarreta em ansiedade e medo, que perdem a relevância frente à luta pela sobrevivência²¹. As lesões por queimaduras afetam tanto fisicamente como psicologicamente, e os anseios também são sobre o seu futuro, sua aparência física e o seu convívio social será limitado. Portanto, o enfermeiro tem que ser cuidadoso para instruir a vítima e seus familiares, dando o suporte emocional necessário para reduzir esse sofrimento ⁽⁸⁾.

Artz *et al.* (1980 *apud* Rossi *et al.*, 2000) afirma que a dor da queimadura está relacionada com as atividades específicas, tais como, limpeza da ferida, desbridamento, mudanças de curativos e fisioterapia ⁽¹⁰⁾.

O paciente pode reagir a dor de três maneiras: ignorando-a, reagindo ou apresentando uma super-reação. Portanto, o enfermeiro não deve subestimar a dor do paciente em função da reação apresentada, mas sim procurar avaliar e intervir nessa situação. A dor pode ser instigada também devido à solidão, o enfermeiro deve escutar e confortar o paciente, a fim de propiciar um bem-estar ⁽²²⁾.

A assistência do profissional de enfermagem ao paciente é integral, constante e diária, os enfermeiros participam ativamente em todos os processos do tratamento e,

Revisão

são vistos pelos pacientes ora como agentes que provocam a dor, devido aos curativos, ora como provedor do alívio da dor ⁽²²⁾.

É imprescindível que o enfermeiro tenha alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem após uma queimadura, colocando em pratica suas habilidades e competências durante todo o tratamento, até a reabilitação do paciente ⁽³⁾. O enfermeiro deve dispor de um pensamento crítico que favoreça à tomada de decisão clínica e ajude a detectar as necessidades do paciente e quais atitudes serão mais adequadas ⁽¹¹⁾.

Uma vítima de queimadura necessita que o profissional de enfermagem que vá participar de seu tratamento, seja completamente competente, que seria a junção de conhecimento científico, qualificação técnica e valores tanto pessoais quanto profissionais. De acordo com a Lei nº 7.489, de 25 de junho de 1986 que fundamenta que cuidados que requisitam maiores complexidades sejam feitos por enfermeiros, assim como cuidados com pacientes substanciais com risco de morte, cuidados que exijam conhecimento de base científica e com predisposição para encarregar-se de decisões emergentes ⁽²³⁾.

Na elaboração de uma assistência pelo profissional de enfermagem, é assegurado a sua responsabilidade com o paciente, dado que o planejamento assegura a prescrição apropriada, supervisiona o funcionamento e organização da equipe, concede diagnósticos sobre as necessidades do indivíduo, analisa os resultados e qualidade da assistência prestada, pois conduz as intervenções. O profissional de enfermagem deve ter o conhecimento apropriado sobre a fisiopatologia da queimadura para a prevenção de complicações e para que as intervenções sejam convenientes em cada etapa do tratamento ⁽²⁴⁾.

A sistematização da assistência de enfermagem, de acordo com o Coren e Cofen é tarefa exclusiva do enfermeiro, e é obrigatória desde de janeiro de 2000 segundo o Coren de São Paulo (1999), que regulamenta a implantação da SAE em estabelecimentos de saúde, como prática exclusiva do enfermeiro ⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa relatou sobre o cuidado humanizado e assistência de enfermagem ao paciente queimado, onde o cuidado não é somente um conjunto de condutas habilidosamente conduzidas para uma boa resposta no tratamento, é uma prática complexa que considera o paciente com um ser digno com necessidades, espirituais, sociais e psicológicas e não apenas como enfermo com precisões biológicas. Ainda que

Revisão

haja muitos conflitos no ambiente intra-hospitalar, alguns especialistas acreditam que o cuidado não se baseia apenas em teoria e sua função, mas sim uma conexão do profissional com o paciente, havendo trocas de formação e experiência, contudo alguns pacientes não permitem essa aproximação.

Em um paciente que sofreu um trauma térmico, essa humanização é muito mais do que necessária pois o paciente além de lidar com a parte biológica do tratamento que são dores, cicatrizes, etc. tem que lidar com o retorno a sociedade, o preconceito com a aparência dependendo do quanto seu corpo foi comprometido, afastamento da família e do trabalho, ou seja, a parte psicológica e emocional desse paciente é extremamente sensível. É onde o profissional de enfermagem tem que compreender que conviver e cuidar desses indivíduos, é um trabalho que exige muita atenção e uma visão holística pois cada um terá sua história e nenhuma delas será igual, portanto o plano de cuidados terá de ser individualizado para uma melhor resposta ao tratamento proposto e uma melhor qualidade de vida. A sistematização assistencial de enfermagem é uma das melhores ferramentas para que o plano de cuidados com esse tipo de paciente seja individualizado e organizado para que não haja erros comprometendo ainda mais a saúde do indivíduo e deve ser realizado por enfermeiros.

Assim concluímos que esse trabalho contribui para o entendimento que o cuidado é muito mais do que uma prática com um paciente, é a junção de todo um conhecimento teórico com valores pessoais e profissionais dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Queimaduras. SB Queimaduras. Queimaduras, 2015. Disponível em: <<http://sbqueimaduras.org.br/>>. Acesso em: 16 mar. 2015.
2. VALE, Everton. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2005; 80(1):9-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962005000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 mar. 2015.
3. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
4. Oliveira, Kelen; PENHA, Camila; MACEDO, Júnia. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras. Arq Med ABC. 2007; 32(2):55-8. Disponível em: <<http://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/221/217>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
5. Prudente, Patrícia; Gentil, Rosana. Atuação do enfermeiro durante o atendimento pré-hospitalar a vítimas de queimaduras. Revista Enfermagem UNISA. 2005; 6:74-9. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-13.pdf>>. Acesso em 03 mar. 2015.
6. Pereira, Saul; et al. Estudo de pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Nossa Senhora Da Conceição em Tubarão - SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2007; 36(2):22-7. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/487.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
7. Carlucci, Viviane et al. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. Revista Escola de Enfermagem USP. 2007; 41(1):21-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a02.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
8. Pinto, Edith. et al. O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. Revista Brasileira de Queimaduras. 2014; 13(3):127-9. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.org.br/detalhe_artigo.asp?id=210>. Acesso em: 29 mar. 2015.

Revisão

9. Rambo, Ethel. et al. O cuidado prestado pela enfermagem no espaço da UTI sob a ótica de pacientes – revisão sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE On line*. 2011; 5(5):1272-279. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1337/pdf_561>. Acesso em: 29 mar. 2015.
10. Artz, Lieut. et al. Queimaduras. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. In: ROSSI, Lúcia *et al.* A dor da queimadura: Terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista latino-am. Enfermagem*. 2000; 8(3):18-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.
11. Silva, Regina; Castilhos, Ana Paula. A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2010; 9(2):60-65. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=36>. Acesso em: 29 mar. 2015.
12. Assis, Cledi. Os Profissionais de Enfermagem Frente À Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar. FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz Ministério da Saúde. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3049/2/Cledi.pdf>>. Acesso em: 22 out 2017.
13. Truppel, Thiago; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. Brasília, 2009 mar-abr: 62(2): 221-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>>. Acesso em: 22 out 2017.
14. Barros, Débora; Chiesa, Anna. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo. 2007. v:41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500009>. Acesso em: 22 out 2017.
15. Resolução COFEN 358/2009. “Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências”. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 22 out 2017.
16. Cunha, Sandra; Barros, Alba. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn* 2005 set-out; 58(5):568-72. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf>>. Acesso em: 22 out 2017.
17. Corbani, Nilza; Brêtas, Ana; Matheus, Maria. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2009; 62(3):349-54. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2015/672-1438885996.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2016.
18. Santana, Júlio. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. *Rev. Enfermagem Revista*. 2012; 15(1). Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3272/3652>> Acesso em: 20 abr. 2016.
19. Duarte, Maria. et al. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012; 33(1):77-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a11v33n1>> Acesso em: 20 abr. 2016.
20. Soares, Nataly; Tacla, Mauren. Vivência da equipe de enfermagem frente à hospitalização da criança queimada. *Invest. educ. enferm.* 2014; 32(1). Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000100006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2016.
21. Bergamasco, Ellen et al. Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(2):170-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a08v57n2.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
22. Rossi, Lúcia et al. A dor da queimadura: Terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista latino-am. Enfermagem*. 2000; 8(3):18-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.
23. Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo. Decisão COREn- SP-DIR/008/1999 “Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo”. [citado 2007 nov. 17]. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/node/30749>>. Acesso em 22 out 2017.
24. Teixeira, Cristiane; Almeida, Willian. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente queimado. *Revista Científica do Unisalesiano*. Lins. SP. 2012; jan/jun, 3(6). Disponível em: <<http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no6/artigo2.pdf>>. Acesso em 22 out 2017.

A importância do conhecimento do Enfermeiro acerca da Diabetes InsípidaAldyennes Barroso de Carvalho¹, Michelle Cristina Guerreiro dos Reis²

¹Acadêmica do Curso de Graduação Enfermagem (FACIPLAC) Gama, DF, Brasil. E-mail: aldyennescarvalho@gmail.com.

²Biomédica, Doutora em Imunologia (IPTSP-UFG). Professora no Curso de Enfermagem (FACIPLAC), Gama, DF, Brasil. E-mail: michelle.guerreiro@faciplac.edu.br.

RESUMO

Diabetes Insípida (DI) é um distúrbio caracterizado pela deficiência na capacidade da concentração da urina. O presente artigo teve como objetivo enfatizar a importância do conhecimento do enfermeiro sobre o Diabetes Insípida e realizar divulgar as informações sobre sintomas, diagnóstico e tratamento de DI. Trata-se de uma revisão da literatura na qual foram selecionados artigos nas plataformas de busca eletrônica de periódicos científicos. Observou-se que existem várias etiologias para a doença, critério que é considerado para sua identificação. Ela também influencia o tipo de tratamento, mas o diagnóstico é feito basicamente por testes laboratoriais de avaliação da concentração urinária. O enfermeiro deve ter competência técnica, intelectual e interpessoal para analisar as condições do paciente e desenvolver as intervenções necessárias, obtendo assim bons resultados. Por meio desse estudo foi possível notar que a importância de o enfermeiro compreender a patologia para poder exercer o seu papel de cuidador com excelência.

Descritores: Enfermagem, Diabetes Insípida, ADH, vasopressina.

INTRODUÇÃO

Diabetes Insípida (DI) é um distúrbio caracterizado pela deficiência na capacidade da concentração da urina tendo como consequência o aumento do volume urinário, promovendo uma perda significativa de água ⁽¹⁻²⁾. As causas da DI podem ser congênitas ou adquiridas. A mutação no cromossomo X, por herança autossômica recessiva ou dominante é causa congênita ⁽³⁾. O DI adquirida pode ser consequência de traumatismos, lesões no sistema nervoso central como a meningite, encefalites, Tuberculose e anergia das células do túbulo renal ao efeito do hormônio antidiurético (ADH) ⁽⁴⁾.

Além da diversidade na causa também são vários os tipos de DI. Destacam-se o Diabetes Insípida Central (DIC), caracterizado pela ausência da produção do hormônio antidiurético (ADH); o Diabetes Insípida Nefrogênica (DIN), caracterizado

Revisão

pela resistência dos rins à ação do ADH; o Diabetes Insípido Gestacional (DIG) ocorre durante a gravidez em função do aumento do metabolismo do ADH induzido pela placenta ⁽⁵⁾ Outro tipo é a polidipsia primária também conhecida como Diabetes Insípido dipsógeno na qual o ADH é sintetizado normalmente, porém a sua secreção é impedida pela ingestão de grande quantidade de água ⁽⁶⁾.

Os principais sintomas associados a DI são o excesso de urina (poliúria), aumento da ingestão de líquidos (polidipsia), aumento da excreção urinária em períodos noturnos (nictúria), fadiga, desidratação, perda de peso e cefaleia ⁽¹⁾.

O DI pode ser diagnosticada através de exames clínicos e laboratoriais. No diagnóstico clínico são analisadas a sintomatologia do paciente e o histórico familiar ⁽¹⁾. O diagnóstico laboratorial é feito mediante avaliação da osmolaridade urinária e plasmática. Exames de imagens podem ser solicitados de maneira complementar para avaliar a possibilidade da presença de tumores e patologias no eixo hipotálamo-hipófise relacionada à doença ^(4,5). Nesse contexto, recomenda a investigação de DI em pacientes que apresentam patologias de base associadas ao seu desenvolvimento ⁽⁷⁾. O tratamento do DI é dado em função do seu tipo, sendo várias as possibilidades terapêuticas, justamente devido à diversidade de sua etiologia ⁽¹⁾.

O acompanhamento do portador de doença crônica é feito nas unidades de saúde, por uma equipe multidisciplinar. É papel do enfermeiro a assistência à saúde da família e da comunidade por meio de sua atuação nas unidades de saúde ou nos estabelecimentos de atendimento médico especializado ⁽⁸⁾. O enfermeiro como integrante da equipe de saúde é responsável pela elaboração de um plano de cuidados para que haja a recuperação e reabilitação da saúde além de realizar o diagnóstico de enfermagem ⁽⁹⁾.

A literatura sobre o diabetes insípido é escassa, então se faz necessária à produção de conhecimento sobre essa doença, esclarecendo também quais são os profissionais envolvidos no cuidado do portador dessa patologia. Nesse contexto este estudo teve por objetivo esclarecer sobre a doença e correlacionar o papel do enfermeiro no processo do cuidar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de cunho exploratório e descritivo. A seleção dos artigos foi feita nas plataformas de busca eletrônica: (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) *Lilacs*, (Scientific Electronic Library Online) *Scielo*, (Biblioteca Virtual de Saúde) *BVS*, (Base de Dados de Enfermagem)

Revisão

BDEF e na (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) *Medline*, (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) BIREME, publicados em inglês, espanhol ou português, entre os anos de 2006 e 2017. Os descritores utilizados foram: “enfermagem”, “diabetes insípido”, “diabetes insípido nefrogênico”, “polidipsia primária”, “diabetes insípido gestacional”, isolados ou combinados, em português ou inglês. A triagem inicial do conteúdo dos manuscritos foi feita mediante leitura do resumo, e posteriormente foi feita a leitura na íntegra do conteúdo para desenvolvimento deste estudo.

RESULTADOS

Foram encontrados 35 manuscritos relacionados com o tema, destes 13 foram selecionados. Eles são relacionados no quadro abaixo, organizados pelo ano de publicação e suas informações pertinentes ao tema deste estudo.

Quadro 1. Manuscritos relacionados ao diabetes insípido.

Autores	Ano	Contribuição do artigo para esse estudo
Macedo C. S.	2006	Relato de caso de pacientes com diabetes insípido nefrogênico, e análise da resposta terapêutica.
Makaryus, et al	2006	Descrever a complexidade da doença, colocando em evidência as formas de tratamento e as formas de seus diagnósticos.
Gastelô, R.	2007	Ação do hormônio ADH e seus distúrbios.
Franzen, E.	2007	Cuidados de Enfermagem em pacientes crônicos.
Figueiredo et al	2009	Análise comparativa entre a diabetes mellitus e o diabetes insípido.
Baird, M., Saunorus, B.	2011	Condutas de enfermagem a pacientes com DI.
Garcia, G.	2011	Esclarecimento da patologia descrevendo os seus tipos, sintomas e tratamentos.
John, C.A.; Day, M. W.	2012	Descreve intervenções de enfermagem diagnósticos de enfermagem e condutas a serem tomadas acerca da patologia.
Francisco, A.S. F.A.	2012	Diagnóstico da DI central e caracterizar as mutações.
Suárez., M. D. O. V. et al.	2014	Relato de caso do Diabetes Insípido gestacional, evidenciando cuidados pós-partos e durante a gestação. .
Orden, L.; Carretero, R.	2015	Criação de um plano de cuidados para o paciente com a patologia DIN.
Marques, P.	2015	Análise de um estudo de caso da Diabetes Insípido Gestacional.
Dutra, Y. S. et al.	2016	Enfatiza a patogênese, associando sua etiologia, possíveis tratamentos.

DISCUSSÃO

A diabetes insípida (DI) é uma patologia associada a distúrbios do eixo hipotálamo-hipofisário. Nesse sistema a hipófise é a responsável por produzir o hormônio antidiurético (ADH), também conhecido como vasopressina, sintetizado a partir da proteína chamada neurofisina. O ADH tem como principal função a regulação osmótica, promovendo a reabsorção de água nos túbulos renais. A ausência do ADH ou de seu precursor, a neurofisina, causa a diabetes insípida ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A DI pode ter como causa dois mecanismos diferentes: a produção insuficiente de ADH e a resistência do néfron à sua ação, implicando em déficit de funcionamento dos rins ⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A etiologia dessa doença também é critério de classificação dos subtipos. Quando a causa é a produção insuficiente do ADH a doença é chamada de diabetes insípida central. Quando a causa é a resistência do néfron à ação do ADH ela é chamada de diabetes insípida nefrogênica. Esse último tipo também pode ter origem idiopática e em casos raros pode ter caráter hereditário ^(11,12,13). Os principais sintomas de DI são a poliúria, polidipsia, com preferência de ingestão de líquidos gelados, náuseas, desidratação, pele seca, constipação, fadiga, perda de peso ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Existem ainda outros dois tipos de DI. O primeiro, denominado de polidipsia primária, é caracterizado pelo excesso de ingestão de água (polidipsia), que compromete a produção do hormônio ADH, tendo como a consequência a poliúria. Um defeito no mecanismo da sede ou problemas psiquiátricos como esquizofrenia, distúrbio obsessivo compulsivo até mesmo causas idiopáticas podem ser a sua origem ⁽¹⁵⁾. O segundo tipo inicia-se na gravidez, e por isso é denominado diabetes insípida gestacional. Nesse há a destruição excessiva do ADH pela enzima vasopressinase produzida pela placenta ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A distinção dos tipos de DI é essencial, visto que seu tratamento difere conforme a causa ⁽¹³⁾. O diabetes insípida central não tem cura, porém seus sintomas podem ser controlados através de medicamentos específicos, dentre os quais destaca-se a vasopressina modificada, mais conhecida como desmopressina (DDAVP), que é um antidiurético ⁽¹²⁾. Esse medicamento pode ser administrado por via parenteral, oral ou intranasal e a dosagem é ajustada conforme o grau de poliúria do indivíduo ⁽¹³⁾.

O tratamento da diabetes insípida nefrogênica (DIN) deve controlar adequadamente a ingestão hídrica, sendo complementado com uma dieta hipossódica. Nesse tipo de DI a maioria dos medicamentos utilizados são diuréticos, como tiazídicos e amilorida, combinados ou não com agentes anti-inflamatórios não esteroides ⁽¹²⁾. Não

pode ser utilizado a desmopressina, e dependendo da causa, o DIN de causa hereditária não há cura ⁽¹⁶⁾.

Na diabetes insípida gestacional (DIG) o tratamento é feito através da desmopressina, sendo recomendado o monitoramento da concentração de sódio após início do mesmo para evitar hiponatremia. Esse tipo de diabetes tende a ser transitório visto que os sintomas desaparecem de 4 a 6 semanas após o parto ⁽¹⁷⁾.

O tratamento da polidipsia primária também é utilizado a desmopressina, que apesar de diminuir a excreção urinária, não tem ação contra a sede excessiva tornando-a não indicada para o tratamento desse tipo de DI, exceto para uso em pequenas doses em horário noturno para redução da nictúria. Portanto ainda não foram descobertas formas de cura para a polidipsia primária ⁽¹²⁾.

Cabe ao enfermeiro esclarecer os pacientes tanto dos cuidados que lhe serão aplicados quanto dos cuidados que caberão a ele realizar. Esse profissional deve ter competência técnica, intelectual e interpessoal para analisar as condições do paciente e desenvolver as intervenções necessárias, obtendo assim bons resultados. Portanto o diagnóstico de enfermagem é um dos elementos fundamentais no processo de cuidar e é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro ⁽¹⁸⁾. Os principais diagnósticos de enfermagem associados à DI podem ser, fadiga; risco de desequilíbrio eletrolítico; o volume de líquidos excessivo; a eliminação urinária prejudicada e o risco de infecção ^(19,20).

O cuidado de enfermagem em pacientes com DI em fase aguda requer uma atenção em vários aspectos: deve-se observar o balanço hídrico, avaliando a quantidade de água ingerida e a produção urinária a cada 1 ou 2 horas. Em pacientes que sofreram algum trauma o nível de consciência deve ser monitorado, analisando também a necessidade da instalação de uma sonda vesical de demora (SVD) para acompanhamento da saída de líquidos ⁽²¹⁾. O enfermeiro deve sempre orientar ao paciente quanto ao uso da pulseira de identificação com a indicação da doença, quanto aos sinais de desidratação e intoxicação pela água, além de elucidar sobre a posologia correta da vasopressina e seus efeitos colaterais ⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A diabetes insípida é uma doença crônica cuja literatura é escassa. Assim como outras doenças crônicas a falta de esclarecimento acerca dela pode prejudicar o paciente, tanto no momento de diagnóstico quanto no tratamento, sendo importantíssima a sua discriminação de outras síndromes poliúricas.

Essa patologia demanda vários tipos de cuidado e o enfermeiro como o responsável pelo processo do cuidar dos pacientes, deve estar capacitado para realizar o planejamento e execução dessas ações bem como coordenar a equipe que oferece esses cuidados, proporcionando ao paciente um bom prognóstico para sua condição clínica.

Referências

- 1- Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: diabetes insipidos. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-diabete-insipido-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2017
- 2- Sales, P; Palpern, A; Cercato, C. O essencial em endocrinologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016. 353 p.
- 3- Macedo, C. S.; Simões, A. C. P.; Riyuzo, M. C.; Bastos, H. D. Diagnóstico e resposta terapêutica em dois pacientes com Diabetes insipidus nefrogênico. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 1, n. 24, p.78-84, mar. 2006.
- 4- Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgico. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 1250-1258 p.
- 5- Oiso, Y.; Robertson G.L.; Norgaard J. P.; Juul K. V.. Treatment of Neurohypophyseal Diabetes Insipidus. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Estados Unidos, v. 98, n. 10, p. 3958-3967, mai. 2010.
- 6- Universidade de Coimbra. diabetes insípida: revisão da fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/36900>>. Acesso em: 30 abr. 2017
- 7- MacGill, M. "Diabetes Insipidus: Causas, Sintomas e Tratamento". Notícias médicas hoje. Medilexicon, Intl., 15 de janeiro de 2016. Web.
- 8- Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 5.905/17, de 08 de fevereiro de 2007. Resolução Cofen. Rio de Janeiro, Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- 9- Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Regulamentação do Exercício da Enfermagem. Brasília, Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- 10- Garcia, E.G. Diabetes Insípida. Asociación Española de Pediatría. Prohibida La Reproducción de Los Contenidos Sin La Autorización Correspondiente, Espanha, v. 1, n. 1, p.44-53, 05 jan. 2011. Disponível em: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_diabetes_insipida.pdf>. Acesso em: 03 maio 2017.
- 11- Gastelõ, RJ. Hormona Antidiurética. Revista Bioanálises, Argentina, v. 16, n. 3, p.18-19, jul. 2007. Disponível em: <[http://revistabioanalisis.com/arxius/notas/Nota3\(16\).pdf](http://revistabioanalisis.com/arxius/notas/Nota3(16).pdf)>. Acesso em: 05 maio 2017.
- 12- Figueiredo, DM; Rabelo, FLA. Diabetes Insipidus: principais aspectos e análise comparativa com diabetes mellitus. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, LONDRINA, v. 30, n. 2, p. 155-162, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/viewFile/4344/3648>>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- 13- Makaryus, AN.; McFarlane, SI. Diabetes insipidus: Diagnosis and treatment of a complex disease. Cleveland Clinic Journal Of Medicine, Cleveland, Ohio, v. 73, n. 1, p.65-71, jan. 2006.
- 14- Dutra, YS et al. Mecanismos envolvidos na patogênese do diabetes insípido. Mostra Científica em Biomedicina, Quixadá, v. 1, n. 1, p.1-7, jun. 2016.
- 15- Francisco, Ásfa. Identification of genetic mutations in patients with familial central diabetes insipidus. 2012. 65 f. Tese (Doutorado) - Curso de Bioquímica, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012.
- 16- Suárez, OV et al. Diabetes Insípida Gestacional. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergência, Cuba, v. 13, n. 3, p.319-323, jan. 2014.
- 17- Marques, P; Gunawardana, K; Grossman, A. Transient diabetes insipidus in pregnancy. Endocrinology, Diabetes & Metabolism Case Reports, [s.l.], p.1-8, 1 out. 2015. BioScientífica.
- 18- Frazen, E et al. Adultos idosos e idosos com doenças crônicas: Implicações para cuidados de enfermagem. Revista Hcpa, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p.28-31, jan. 2007.
- 19- Baird, MS; Bethel, S. Manual de enfermagem no cuidado crítico: Intervenções em enfermagem e condutas colaborativas. 6 ed Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2011. 703-710 p.
- 20- John, CA.; Day, MW. Central Neurogenic Diabetes Insipidus, Syndrome of Inappropriate Secretion

Revisão

- of Antidiuretic Hormone, and Cerebral Salt-Wasting Syndrome in Traumatic Brain Injury. Critical Care Nurse, [s.l.], v. 32, n. 2, p.1-7, 31 mar. 2012. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012904>.
- 21- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015.

Fitoterapia: regulamentação e utilização pela Enfermagem

Danielle Urbietta de Lima Cavalcante¹; Michelle Cristina Guerreiro dos Reis².

¹Graduanda de Enfermagem das Faculdades Integradas da União Do Planalto Central (FACIPLAC), Brasília, Distrito Federal. E-mail: danielleurbietta@hotmail.com

²Biomédica, Doutora em Imunologia, IPTSP-UFG. Professora Orientadora Titular do Curso de Enfermagem da FACIPLAC. E-mail: michelle.guerreiro@faciplac.edu.br

RESUMO

A terapia à base de plantas medicinais é amplamente utilizada. Entretanto, também causam preocupação quanto à dosagem e uso correto. A principal aplicação da fitoterapia é como adjuvante e para tratamento ou controle de doenças crônicas. Este estudo tem como objetivo esclarecer as diferentes aplicações da Fitoterapia, sua regulamentação, e o papel do enfermeiro em relação a essa prática terapêutica. Trata-se de estudo de natureza qualitativa, exploratória do tipo revisão da literatura. Assim, foi observado que a Fitoterapia é uma prática terapêutica muito antiga e que vem sendo aprimorada. A prática e as substâncias utilizadas, chamadas de fitoterápicos, são regulamentados no Brasil segundo os mesmos critérios dispensados aos medicamentos alopáticos. Além da divulgação da Fitoterapia como opção de tratamento, o enfermeiro tem habilitação para a prescrição de fitoterápicos, especialmente no atendimento ambulatorial das unidades básicas de saúde.

Descritores: Enfermagem. Fitoterapia. Promoção em Saúde.

INTRODUÇÃO

O Brasil é mundialmente célebre por sua grande diversidade tanto biológica quanto social. Essa característica influencia a maneira do seu povo utilizar suas riquezas naturais. Nesse sentido, o uso de plantas medicinais e remédios caseiros promovem o resgate do conhecimento das práticas populares tradicionais e são reconhecidos como ações de promoção de saúde, sugerido até mesmo pela Organização Mundial da Saúde ⁽¹⁾.

Os primeiros registros sobre a utilização de plantas medicinais foram encontrados no manuscrito egípcio “Ebers Papyrus”, de 1.500 a. C., descrevendo também nomes, doses e indicações de uso de plantas para tratamento de doenças.

Revisão

Esse manuscrito continha informações sobre 811 prescrições e 700 substâncias, e relatavam uso de plantas como: Ginseng (*Panaxsp*), *Ephedraspp*, *Cassia sp* e *Rheumpalmatum*, utilizadas até os dias atuais pela indústria farmacêutica ⁽²⁾. Outros registros datam de 500 a. C., e foram encontrados num texto chinês que relata nomes, doses e indicações de uso de plantas para tratamento de doenças ⁽³⁾.

É considerada planta medicinal o vegetal que consumido pelo homem ou animal, por via oral ou outra forma de absorção, exerce ação terapêutica ⁽⁴⁾. Além disso, são consideradas plantas medicinais todas as plantas, silvestres ou cultivadas, das quais são extraídas substâncias aproveitadas como recurso para prevenir, aliviar, curar e modificar um processo fisiológico normal ou patológico, ou ainda como fonte de fármacos e de seus precursores ⁽⁵⁾.

Logo, a ciência que faz uso dessas plantas denomina-se fitoterapia. Etimologicamente, o termo “fito” origina-se do grego antigo, “phyton”, que significa vegetal, então a fitoterapia é a “terapia pelo vegetal ou oriunda do mundo vegetal”, considerada atualmente como “terapia das plantas”. Essa estratégia é utilizada na assistência à saúde do indivíduo, seja ela preventiva, ou curativa, considerando o indivíduo com um todo ⁽⁶⁾.

Muitas plantas medicinais têm sido utilizadas como adjuvante no tratamento de doenças crônicas. É denominado fitoterápico o medicamento produzido a partir dessas plantas ^(1,4). A Fitoterapia é uma forma de tratamento milenar, faz parte da prática da medicina popular, possui estratégia semelhante à do medicamento alopático e é baseado em princípios ativos que tratam pontualmente uma alteração fisiológica ⁽⁸⁾.

Essa abordagem terapêutica considera o homem como “um todo” e não “um conjunto de partes isoladas”. Sugere-se ainda ela possa ser utilizada paralelamente a outros tratamentos convencionais de alopatia, dependendo da doença, da estrutura dos serviços de saúde e da capacitação dos profissionais ⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) estabelece na resolução nº 5.813, de 22 de junho de 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico, definindo diretrizes para a aplicação e uso racional de plantas medicinal e fitoterápico no Brasil, bem como o uso da biodiversidade brasileira com sustentabilidade. Contribui dessa forma para acolhimento, conhecimento e incorporação da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura da Homeopatia e da Fitoterapia ⁽¹⁹⁾.

Nesse contexto, é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados sobre a utilização das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos valendo-se de uma sabedoria milenar ^(1,5,14). Em 1997, o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), por meio da Resolução nº 197, estabeleceu e reconheceu as terapias

Revisão

alternativas, entre elas a Fitoterapia, como especialidades e ou qualificações do enfermeiro, assim sendo um profissional habilitado para coordenar as equipes de saúde nas unidades básicas de assistência, além de aplicar ações de prevenção, orientações e promoção à saúde do cliente, contribuindo com a qualidade do serviço prestado. Logo, também cabe a ele buscar novas abordagens que contribuam para o restabelecimento da saúde, e nesse contexto, a Fitoterapia, pode complementar o tratamento convencional, oferecendo à população menos favorecida uma opção de tratamento com menor custo e mais fácil acesso ⁽¹³⁾.

Assim, este estudo propõe esclarecer essas diferentes aplicações sobre a Fitoterapia, sua regulamentação, e também o papel do enfermeiro em relação a essa prática terapêutica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura com abordagem exploratória, descritiva e qualitativa. Foi realizada busca de artigos científicos e manuais técnicos, publicados entre 2007 e 2017, em português, nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e na Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), utilizando os descritores: enfermagem, fitoterapia, promoção em saúde, isolados ou combinados. A triagem inicial do conteúdo foi feita mediante leitura do título e resumo, após a seleção do manuscrito foi feita a leitura na íntegra de seu conteúdo para desenvolvimento deste estudo.

RESULTADOS

Foram encontrados 60 manuscritos relacionados com o tema, desses 20 artigos foram selecionados e apresentados no quadro abaixo, organizados pelo nome do autor, ano de publicação e as informações relacionadas ao tema deste estudo.

Revisão

Quadro 1. Artigos sobre Fitoterapia selecionados para discussão segundo os critérios de inclusão.

Nº de artigos	AUTOR	ANO	Informações relacionadas à Fitoterapia
01	Alvim, N.A.T.	2007	Expõe o uso de plantas medicinais como Recurso Terapêutico complementar, auxiliando em conjunto com outros fármacos, utilizados na rede básica de saúde.
02	Diniz S. N.	2007	Relata sobre os desafios da Fitoterapia encontrados pelo Enfermeiro ao aplicar essa prática nas Unidades de Saúde, e as dificuldades associadas à sua implementação mesmo o profissional sendo qualificado para a aplicação dessa terapia medicamentosa.
03	Santos V.N. <i>et al.</i> ;	2007	Descreve o uso das Terapias Complementares das Unidades Básicas de Saúde, por meio de profissional qualificado, complementando a assistência e o autocuidado dos usuários.
04	Paraíba	2007	Expõe a titulação prevista na Resolução COFEN nº 197/1997, onde o profissional de Enfermagem deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas.
05	Yunes	2007	Narra o Parecer Técnico que trata da atuação do enfermeiro, integrante de equipe multiprofissional de unidade de Saúde da Rede SES/DF como profissional habilitado para prescrição de fitoterápicos.
06	Brasil	2010	Delineia a Resolução COREN-DF nº 006 de 2010, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde a fitoterapia é reconhecida como método terapêutico pelo Conselho Federal de Medicina
07	Brasil	2010	Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras) como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, onde muitas vezes não conta com registro escrito da sua prática, referindo à uma prática autônoma e informais da fitoterapia ou seja, remédios caseiros, que se inserem na rede de apoio social do usuário
08	Bruning et al	2010	Relata que o Enfermeiro na Fitoterapia deve possuir responsabilidades e deveres de assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, bem como, aprimorar os seus conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.
09	Ministério da Saúde - Portaria nº 648	2010	Relata a Aprovação da Fitoterapia no Programa de saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Sistema Único de Saúde (SUS).
10	Wilson, E.O.	2010	Expõem a terapêutica que utiliza os medicamentos cujos constituintes ativos são plantas ou derivados vegetais, e que tem a sua origem no conhecimento e no uso popular.
11	Silva	2010	Descreve que a Organização Mundial da Saúde – OMS recomenda aos seus Estados membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção da medicina tradicional e medicina complementar e alternativa -(MT/MCA) aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde.
12	Amorim	2010	Descreve a PNPIC- como um Programa criado para prática da Fitoterapia como integralidade do uso de plantas medicinais nas Unidades de Saúde.
13	Andrade, W.R. <i>et al.</i> ;	2011	Descreve a visão que o Enfermeiro possui na aplicação desta terapia medicamentosa por ser de fácil acesso e custeio barato para a população mais carente e a falta de apoio governamental mesmo sendo aprovada a

Revisão

			prescrição feita pelo enfermeiro desses medicamentos, pelo Ministério da Saúde por Lei Lei nº. 7.498/86 com a resolução do COFEN nº 290/2004.
14	Teixeira <i>et al.</i> ;	2011	Relata que Fitoterapia na Saúde Pública se faz pela utilização da natureza para fins terapêuticos onde este uso é tão antigo quanto a civilização humana e, por muito tempo, produtos de origem mineral, vegetal e animal foram fundamentais para a área da saúde.
15	Santos	2011	Visa descrever a utilização dos produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde, seja pelo conhecimento na medicina tradicional indígena, quilombola, entre outros povos e comunidades tradicionais, seja pelo uso da medicina popular, de transmissão oral entre gerações, ou nos sistemas oficiais de saúde, como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.
16	Wolf	2011	Narra a estratégia da OMS sobre medicina tradicional onde o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensarão em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.
17	Brasil	2012	Descreve a Indústria Farmacêutica e Fitoterápica classificação de uso em vertentes: sendo a primeira de uso doméstico e de curadores populares das plantas medicinais; a segunda inclui os saberes tradicionais ou diferentes racionalidades médicas; e a terceira refere-se às evidências científicas de plantas medicinais
18	Ministério da Saúde	2014	Expõe PNPI- como uma Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares: contemplando diretrizes e responsabilidades institucionais para implantação e adequação de ações e serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além de instituir observatórios em saúde para o termalismo social/renoterapia e para a medicina antroposófica no Sistema Único de Saúde.
19	Ministério da Saúde	2015	Expõe que os Fitoterápicos nas Gestões em Saúde historicamente, as plantas medicinais são importantes como fitoterápicos e na descoberta de novos fármacos, estando no reino vegetal a maior contribuição de medicamentos, tornando assim um consumo medicamentoso mais rentável para os usuários.
20	Varela, D. S. S.; Azevedo, D. M.	2012	Descrever os benefícios ao uso das plantas medicinais e fitoterapia para a população são diminuição de custo para a saúde, prevenção de agravos, promoção de saúde, eficácia comprovada cientificamente e união do saber popular e ciência. As dificuldades encontradas quanto ao uso das plantas medicinais e fitoterapia mais acentuadas são: a falta de incentivo dos gestores e profissionais de saúde, uso indiscriminado pela população, participação e com responsabilização com as equipes de Saúde da Família, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.

DISCUSSÃO

A Fitoterapia é uma estratégia terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais. Os vegetais que podem ser utilizados para tal fim são relacionados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999. A resolução 17/2000 dessa agência (RDC/Anvisa nº 17 de 2000) define e atualiza a regulamentação de registro de medicamentos fitoterápicos. Essa estratégia de

Revisão

tratamento apesar de ser considerada mais “natural” necessita de prescrição médica ou do enfermeiro, e ambos devem estar capacitados para fazê-lo ⁽¹⁷⁾.

A origem da fitoterapia está relacionada à Medicina Tradicional Chinesa. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde 971 de 03 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para a Aplicação da Medicina Tradicional Chinesa ⁽⁷⁾.

O uso de fitoterápicos pode ocorrer nos diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Básica por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção a saúde pela equipe de saúde da Família (ESF) ⁽¹³⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas e produtos nos Sistemas Nacionais de Saúde. Em consonância com essa recomendação o Ministério da Saúde (MS), atualizou as diretrizes Nacionais do uso da Fitoterapia ⁽¹⁶⁾.

É descrito na literatura que os princípios extraídos das plantas medicinais são capazes de prevenir, aliviar ou curar enfermidades ⁽¹⁵⁾. Elas podem ser usadas em qualquer fase da doença ou para evitar o agravamento de doenças agudas. O uso dessas plantas medicinais promove a aceleração do processo de cicatrização e assim a redução significativa do número de medicamentos consumidos ⁽⁶⁾.

Algumas das plantas medicinais são muito conhecidas, por exemplo, o *Ginseng*, utilizado como energético, combate o desânimo e o cansaço, minimizando os efeitos do estresse no organismo, além de afrodisíaco. O *Guaraná* é outro vegetal que ajuda no combate a depressão e fadiga, física e mental, atua também como estimulante e tônico muscular de ação rápida. A planta chamada sabugueiro auxilia no combate à febre, resfriado, catapora e sarampo e a chamada *Valeriana* age como sedativo, auxiliando no combate à insônia crônica e o estresse ⁽¹³⁾.

Os fitoterápicos atuam no organismo estimulando as suas defesas, entretanto ela também pode causar efeitos adversos, de menor gravidade do que os causados pela alopatia ⁽⁸⁾. Os fitoterápicos seguem princípios semelhantes ao da homeopatia, na qual o tratamento considera o indivíduo como um todo, observando todos os padrões de desarmonia no organismo. É sugerido ainda que essa terapia se baseia numa fórmula mais apropriadas para cada tipo de doença podendo ser empregadas diferentes plantas no tratamento ⁽³⁾.

Essa terapêutica é indicada no tratamento de muitas doenças como o reumatismo, a diabetes, problemas na coluna, controle glicêmico, problemas cardíacos dentre outras. É recomendada para o alívio de várias doenças crônicas de pouca gravidade e por curtos períodos de tempo, desempenhando papel terapêutico importante, ampliando

Revisão

novas alternativas de tratamento para o paciente. Contudo, o mau uso de fitoterápicos pode ocasionar vários problemas de saúde, como qualquer outro alopático, menos agressivo ao organismo, porém, pode provocar alterações na pressão arterial, problemas no sistema nervoso central, fígado e rins, sendo capazes de levar a internações hospitalares e até mesmo à morte, dependendo da forma de uso ⁽¹¹⁾.

Os medicamentos fitoterápicos, assim como todos os medicamentos, são caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso. Entretanto, para uma grande variedade de plantas, ainda é carente a análise detalhada qualitativa e quantitativa dos seus princípios ativos (substâncias responsáveis pelo efeito terapêutico das plantas medicinais). Desta forma, é pungente a necessidade de conscientizar a população quanto ao uso indiscriminado de plantas, uma vez que muitas delas podem ser tóxicas ⁽²⁾.

A regulamentação dos medicamentos cujos princípios ativos são derivados exclusivos de drogas vegetais (extrato, tintura, óleo, cera, exsudado, suco e outros) e plantas medicinais está estabelecida na resolução da RDC nº 48 de 2004 da ANVISA, onde os critérios de qualidade que avaliam a segurança e eficácia de cada vegetal utilizado, bem como suas frações e manipulações, têm exigências similares às dos alopáticos convencionais ^(2,12).

O uso controlado e formal é peça fundamental para a melhoria dos tratamentos fitoterápicos, principalmente pelos profissionais vinculados a Equipe Saúde da Família (ESF), tornando o vínculo com a comunidade ainda maior, facilitando o acesso ao atendimento em saúde. Promove também a valorização da cultura popular, exigindo dos profissionais de saúde conhecimento da realidade da região em que está inserida, valendo-se ainda do menor custo que os fitoterápicos apresentam em relação aos medicamentos alopáticos ⁽¹⁶⁾.

Neste contexto, medidas que valorizem e reconheçam o uso deste recurso terapêutico como alternativo para a população brasileira devem ser incentivadas. A implementação de programas de Fitoterapia nas Unidades de Saúde da Família deve ser entendida como uma continuidade do estabelecimento do próprio sistema único de saúde (SUS) ⁽¹²⁾.

O Enfermeiro é o profissional diretamente ligado aos programas de saúde da família, cabendo a ele esclarecer quanto à possibilidade e adequação do uso das plantas medicinais descrita na RDC 48/2004 da ANVISA. A Lei nº 7.498 estabelece que o enfermeiro seja profissional habilitado para exercer tais funções elucidando alternativas disponíveis para prevenção e terapêuticas aos usuários ^(10,13).

Revisão

O Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, com objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, melhorando assim a qualidade de vida dos brasileiros. Nesse sentido o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) vem ao encontro às ações em Fitoterapia ⁽¹⁹⁾.

O reconhecimento das Terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem é estabelecida na Resolução do COFEN nº 197 de 1997. Essa qualificação pode ser alcançada em curso oferecido por instituição de ensino ou entidade congênere devidamente reconhecida, com uma carga horária mínima de 360 horas ^(18,20).

Neste sentido, para que o uso da Fitoterapia seja estimulado, bem como para a consolidação da sua implementação nas ações de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde na Rede de Atenção Básica de Saúde, é exigido um profissional qualificado que se baseie em um modelo centrado na integralidade do indivíduo ^(10,13,17).

CONCLUSÃO

A manutenção da saúde de qualquer cidadão deve ser encarada com seriedade, logo, a terapêutica utilizada deve promover a melhora do cidadão enquanto paciente ou minimizar o dano causado pela doença que lhe acomete, assim a Fitoterapia deve ser considerada como opção de tratamento ou complementar à ele, sempre observando o contexto do paciente. Essa estratégia terapêutica apresenta custos inferiores aos tratamentos convencionais, configurando motivo razoável para sua recomendação. Neste contexto, o enfermeiro, profissional comprometido com o cuidado qualificado e habilitado para prescrição de medicamentos, deve promover o desenvolvimento de estratégias alternativas para o paciente, como por exemplo a fitoterapia, contribuindo para a melhorias das ações para reestabelecimento da saúde no âmbito da atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo; 2015.
2. Alvim, N.A.T. *et al.* O Uso de Plantas Medicinais como Recurso Terapêutico: das Influências da Formação Profissional às Implicações Éticas e Legais de sua Aplicabilidade como Extensão da Prática de Cuidar Realizada pela Enfermeira. Revista Latino-Americana de Enfermagem; 2007.
3. Wolf, P. L. D.; Fonteles, C. S. R.; de Carvalho, C. B. M.; Birth, D. F.; Virat, S. G.; Jamacaru, f. v. Coletânea científica de plantas de uso medicinal. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, Brasil; 2011.

Revisão

4. Santos, V. L. *et al.* Avaliação da Atividade Antimicrobiana de *Maytenus Rigida* Mart. (Celastraceae). *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, V. 13, N. 1, P. 68-72; 2011.
5. Brasil. Resolução COFEN nº 197 de 1997, que estabelece e reconhece as Terapias Alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras) como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem; 2010
6. Yunes, R.A.; Pedrosa, R.C.; Cechinel Filho, V. Fármacos e Fitoterápicos: A Necessidade do Desenvolvimento da Indústria de Fitoterápicos e Fitofármacos no Brasil. *Química Nova*, V. 24, N.1, P. 147-152; 2007.
7. Amorin, E.L.C. *et al.*; Fitoterapia: Dultra, M. G., Plantas Mediciniais, Fitoterápicos e Saúde Pública: Um Diagnóstico Situacional Em Anápolis, Goiás. 2010. 112p. Dissertação (Mestrado Em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Centro Universitário de Anápolis. Goiás; 2010.
8. Diniz S. N. Além da Medicação: A Contribuição da Fitoterapia para a Saúde Pública [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade De São Paulo; 2011.
9. Paraíba, 2007. Secretaria de Saúde do Estado. Fitoterápicos: Guia do Profissional de Saúde. Coordenação De Saúde. João Pessoa: Núcleo De Assistência Farmacêutica; 2007.
10. Ministério Da Saúde (BR). Práticas Integrativas E Complementares: Plantas Mediciniais E Fitoterapia Na Atenção Básica. Brasília; 2010.
11. Bruning, M. C. R., Mosesequi, G. B. G.; Vianna, C. M. M. A Visão Dos Profissionais de Saúde Na Utilização da Fitoterapia e de Plantas Mediciniais em Unidades Básicas de Saúde nos Municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu. V. 17; 2012.
12. Teixeira RP, Sousa DMP, Carvalho ALH, Oliveira FA. Fitoterapia Na Atenção Básica: Olhares Dos Gestores E Profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*; 2013.
13. Brasil, 2015. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31); 2015.
14. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; 2015.
15. Andrade W.R. *et al.* Ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação às plantas medicinais. Rio Grande do Sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2011.
16. Silva MC de S.O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12°. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Brasil. Resolução COFEN nº 311 de 2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; 2010.
18. Brasil. Parecer Técnico COREN-DF nº 48 de 2004, que trata da atuação do enfermeiro, integrante de equipe multiprofissional de unidade de Saúde da Rede SES/DF como prescritor de fitoterápicos; 2016.
19. Dias, M. F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinal e fitoterápico. *Revista Brasileira de Farmacognosia*. 2010.
20. Varela, D. S. S.; Azevedo, D. M. Dificuldades de profissionais de saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online*, Caicó-RN, v. 5, n. 2, p.3588-00, abr./ jun. 2013.