



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS URUGUAIANA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIDISCIPLINAR EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MARIA FERNANDA DE MOURA LEÃO

“ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO INTENSIVISMO: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA”

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

URUGUAIANA

2017

MARIA FERNANDA DE MOURA LEÃO

**“ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO INTENSIVISMO: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA”**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), como requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Urgência e Emergência.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Bajerski

URUGUAIANA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

CAMPUS URUGUAIANA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de
Residência

**ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO INTENSIVISMO: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

elaborada por

Maria Fernanda de Moura Leão

como requisito parcial para a obtenção do grau de

Especialista em Urgência e Emergência

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Lisiane Bajerski (UNIPAMPA)

Orientadora/Presidente

Farmacêutica Especialista Mariele Zanchi Lanes (HSCCU)

Prof. Msa. Raqueli Altamiranda Bittencourt (UNIPAMPA)

AGRADECIMENTOS

A Deus! Por me proteger sempre, por me abençoar, por me permitir concluir mais essa etapa e principalmente, pelas pessoas especiais que caminharam ao meu lado.

Aos tutores do Programa de Residência, pelos ensinamentos, pelas experiências compartilhadas e por tudo novo que foi acrescentado à minha vida, tanto pessoal como acadêmica. E por oportunizarem momentos de extremo crescimento profissional. Obrigada especialmente a Lisiane, por toda a paciência e compreensão durante a residência.

Aos preceptores que fizeram parte do Programa de Residência em Urgência e Emergência, que se dedicaram e apoiaram a equipe de residentes nas unidades por onde passamos. Obrigada por dedicarem um pouco do seu tempo, pela orientação e acompanhamento nos campos práticos. Obrigada especialmente aos farmacêuticos do Hospital Santa Casa de Caridade Naira, Ricardo e Mariele, por terem me recebido tão bem! Obrigado também, a equipe da farmácia hospitalar pela acolhida!

Aos meus colegas de residência em Urgência e Emergência. Vocês com certeza tornaram tudo melhor! Meu eterno muito obrigada, Jéssica, Luíza, Aline, Júlia, Guilherme e Maicon! Muito obrigada pelas 60 horas semanais, por todos os plantões no final de semana, pelas risadas, lanches e perrengues.

Obrigada aos meus amigos de sempre e de fé, por todo o apoio e torcida!

Aos meus pais amados, por tudo o que fizeram e fazem por mim todos os dias; por todo amor que me faz ir mais longe e por ser sempre o meu porto seguro. Obrigada aos meus irmãos Eduardo e Alice, por acreditarem sempre no meu potencial e pela força de sempre.

Obrigado Luis Fernando, por ser essa pessoa maravilhosa que está ao meu lado me apoiando, me incentivando, me ouvindo desabafar e me fazendo sorrir. Obrigada por esse ano todo ao meu lado e por tornar tudo mais leve, simplesmente por estar ao meu lado.

Por último, mas não menos importante, muito obrigado ao Romeu, por ser essa criatura tão amada, tão fofa e tão companheira! Obrigada por estar ao meu lado e ser meu companheirinho mais uma vez!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou mais o que eu era antes.”

(Marthin Luther King)

SUMÁRIO

1 FOLHA DE APRESENTAÇÃO.....	7
2 ARTIGO CIENTÍFICO.....	8
4 ANEXO I – Normas para submissão da Revista Saúde e Sociedade.....	21

O presente Trabalho de Conclusão de Residência intitulado “Atuação farmacêutica no intensivismo: um relato de experiência” aqui apresentado no formato de artigo científico seguirá as normas da Revista Saúde e Sociedade (Anexo 1).

**ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO INTENSIVISMO: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

**PHARMACEUTICAL ACTUATION IN INTENSIVISM: AN EXPERIENCE
REPORT**

Maria Fernanda de Moura Leão

Farmacêutica, residente em Urgência e Emergência do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

E-mail: mafe.leao@yahoo.com.br

Lisiane Bajerski

Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas - Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Endereço: BR 472 - Km 585 - Caixa Postal 118 - Uruguaiana, RS - CEP 97501-970

E-mail: lisianebajerski@yahoo.com.br

ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO INTENSIVISMO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Atualmente, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) comportam diversos profissionais de saúde, de diferentes formações e conhecimentos específicos, trabalhando em conjunto para garantir o cuidado integral dos pacientes (Oliveira et al., 2010). A participação do farmacêutico clínico nestas unidades é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. No entanto, para mostrar sua necessidade dentro deste ambiente hospitalar é preciso que este profissional derrube as barreiras existentes entre o ambiente físico da farmácia e o paciente. Neste contexto, o presente trabalho visou descrever a experiência de uma farmacêutica residente nas UTI geral adulto, coronariana e neonatal de um hospital da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (RS), por meio de um relato de experiência, que utilizará como instrumento de coleta de dados um diário de campo. Com este relato, busca-se demonstrar a importância da presença do farmacêutico dentro das UTI como membro integrante e participativo da equipe multiprofissional em saúde.

Palavras – chave: farmácia clínica, residência, intensivismo, farmacêutico.

PHARMACEUTICAL ACTUATION IN INTENSIVISM: AN EXPERIENCE REPORT

Actually, the intensive care units (ICU) have several health professional, with different background and specific knowledge, working together to ensure the integral care of patients (Oliveira et. al, 2010). The participation of the clinical pharmacist in these units is regulated by the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA) through the Resolution of the Collegiate Board of Directors (RDC) nº 7, of February 24, 2010. However, to show their need within this hospital environment, this professional must overcome the barriers between the physical environment of the pharmacy and the patient. In this context, the present study aimed to describe the experience of a resident pharmacist in the general adult, coronary and neonatal ICU of a hospital in the West Frontier of Rio Grande do Sul (RS), through an experience report, which will use as an instrument of data collection a field journal. This report aims to demonstrate the importance of the presence of the pharmacist within the ICU as an integral and participatory member of the multiprofessional health team.

Key-words: clinic pharmacy, residency, intensivism, pharmacist.

ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NO INTENSIVISMO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTRODUÇÃO

A atenção no cuidado aos pacientes críticos teve início na “Guerra da Crimeia”, em outubro de 1854, quando a enfermeira Florence Nightingale e outras 38 enfermeiras treinadas por ela, partiram para os campos de batalha na Turquia, a fim de cuidar dos soldados feridos. Até então, a taxa de mortalidade entre os feridos era de 40%, no entanto a partir dos cuidados adotados, essa taxa caiu para cerca de 2%. Ela percebeu que alguns soldados precisavam de mais cuidado que outros, por isso criou diferentes enfermarias para melhor atender os feridos (AMIB, 2013, Souza et. al, 2017). Florence foi quem, inicialmente, chamou a atenção sobre a importância da lavagem das mãos e sobre o isolamento de pacientes com quadro infeccioso, contribuindo significativamente para o avanço e o desenvolvimento do cuidado hospitalar (Martins e Benito, 2016; Souza et. al, 2017).

No final do século XIX, a revolução industrial trouxe a criação de novas tecnologias, gerando assim, melhorias no cuidado hospitalar de pacientes. A criação da primeira unidade de terapia intensiva (UTI) deu-se em Boston (Estados Unidos), no ano de 1926, a partir da idealização do médico Valter Dundy, que buscava concentrar tecnologias e profissionais capacitados para o cuidado de pacientes em situações críticas (Ferrari, 2007). No Brasil, as UTI surgiram na década de 70, no Hospital Sírio-Libanês, com o objetivo de organizar um ambiente com recursos humanos e tecnológicos especializados, que propiciassem um maior cuidado aos pacientes em estado crítico de vida (Rambo e Rosanelli, 2012). As UTI são áreas de cuidados críticos, destinadas à internação de pacientes em grave estado de saúde, requerendo atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e um grande aparato tecnológico destinado ao atendimento de alta complexidade. Outra característica destas unidades são as iminentes situações de urgência que podem ocorrer em função do agravamento do quadro clínico dos pacientes (Brasil, 2010; Bolela e Jericó, 2006; Vila e Rossi, 2002,).

As UTI ocupam um papel decisivo nas chances de sobrevivência de pacientes em situação crítica de vida, evidenciando-se dessa forma a importância da equipe multiprofissional, focado na qualidade da assistência e eficiência do trabalho. De acordo

com a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, as UTI (adulto, pediátrica, neonatal) devem prestar serviços exclusivos aos pacientes em tempo integral e interdisciplinar. Para tanto devem ser compostas por uma equipe multidisciplinar constituída por: 1 médico rotineiro para cada 10 leitos por turno, 1 enfermeiro assistencial para cada 8 leitos por turno, 1 fisioterapeuta para cada 10 leitos perfazendo um total de 18 horas diárias, 1 técnico de enfermagem para cada 2 leitos, além de 1 técnico de enfermagem para serviços de apoio assistencial para cada turno. Como suporte logístico para esta equipe, as UTI devem contar com um funcionário de higienização, a cada turno, e um auxiliar administrativo para a realização de trabalho de secretariado e burocrático. Para garantir o atendimento amplo e totalmente multiprofissional aos seus pacientes, quando estes necessitarem, os hospitais ainda devem proporcionar atendimento à beira do leito dos seguintes profissionais: farmacêutico, nutricionista, psicólogo, odontólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social e médicos especialistas em outras áreas da medicina para uma avaliação específica (Brasil, 2010).

A legislação ainda preconiza a atualização e educação em saúde dos profissionais da equipe frente às novas tecnologias e suas aplicações, o que deve acontecer através de ações de educação continuada e/ou permanente (Brasil, 2010). Além das atualizações nas práticas de trabalho, o processo de educação também envolve aprender a trabalhar em equipe, levando a uma construção individual e coletiva em saúde. Esse contexto de formação e atualização em saúde e formação de recursos humanos é preconizado na lei 8.080/90, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da regulamentação e sistematização do SUS, outros programas foram criados, como o “Programa Saúde da Família (PSF)”, em 1994, onde se observou a necessidade de profissionais que soubessem aplicar seus conhecimentos oriundos da formação nos campos de trabalhos e com a comunidade atendida. A partir dessas observações, em 1999, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde resolveu criar os Programas de Residência em Saúde da Família, onde fossem respeitadas todas as particularidades das profissões envolvidas, porém com a formação em uma área em comum. A partir da elaboração e proposição de diretrizes curriculares, na forma de Resoluções pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2002, foram criados 19 Programas de Residência em Saúde, com financiamento pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Em junho de 2005, houve a promulgação da lei nº 11.129, criando as Residências em Área Profissional da Saúde e instituindo a Comissão Nacional de

Residências Multiprofissional em Saúde (CNRMS). As Residências são programas de pós-graduação *lato-sensu*, caracterizadas pela formação em serviço supervisionada por um profissional capacitado, propiciando a inserção do profissional residente às equipes de saúde em diferentes níveis de atenção. Esta especialização tem o objetivo de fortalecer e incentivar a saúde pública através de suas equipes multiprofissionais, que buscam o cuidado integral ao usuário, trabalho em equipe, além da criação e inovação de práticas e responsabilidades para com o usuário e com o serviço de saúde no qual o residente está inserido (Brasil, 2005; Brasil 2006). Pela característica multiprofissional, abrangem 13 áreas profissionais, dentre elas o profissional farmacêutico, criando assim, novos desafios para a profissão que é a inserção do farmacêutico clínico na equipe multidisciplinar, rompendo com modelos de profissionais que permaneciam apenas no ambiente físico da farmácia e trazendo para a beira do leito o profissional que é o elo entre o paciente e o tratamento medicamentoso (Brasil, 2006). Através de ações de farmacovigilância, como por exemplo, o monitoramento de problemas relacionados a medicamentos, a promoção de seu uso racional, além da gestão e organização de medicamentos e materiais nas unidades, o farmacêutico que se insere na equipe multidisciplinar mostra-se muito importante quanto a sua atuação clínica, pois suas intervenções, voltadas para uma assistência farmacêutica de qualidade, impactarão de forma significativa para a segurança do paciente (Alves, 2012; Silva e Oliveira, 2012; Fideles et. al, 2015).

Quanto à inserção de farmacêuticos em UTI, este ainda é um campo novo de atuação, porém, não menos complexo devido ao estado crítico dos pacientes. Tendo em vista que pacientes graves são polimedicados, a farmacoterapia torna-se um fator importantíssimo, pois a ocorrência de eventos adversos pode impactar de forma negativa em sua evolução (Silva e Oliveira, 2012; Fideles et. al, 2015). A RDC nº 07/2010 descreve a atuação do farmacêutico em atividades relacionadas à assistência farmacêutica, devendo ser realizada por meio de visitas clínicas nas unidades com intuito de realizar recomendações farmacêuticas (rf) que envolvem ações como: informar a equipe médica e de enfermagem dúvidas sobre medicamentos, analisar e monitorar a farmacoterapia, conciliar os medicamentos, além de identificar, prevenir e notificar eventos adversos e problemas relacionados aos mesmos (Brasil, 2010; Araújo e Almeida, 2008).

SEGUIMENTO METODOLÓGICO

O objetivo deste trabalho foi relatar as intervenções e propostas de atuação profissional de uma farmacêutica nas UTI geral adulto, coronariana e neonatal de um hospital da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul (RS). A experiência vivenciada pela residente foi descrita na forma de relato de caso, que utilizou como instrumento de coleta de dados e documentação, um diário de campo mostrando a importância deste profissional junto à equipe multiprofissional de saúde, no que diz respeito à evolução dos cuidados com o paciente crítico, gestão e logística destas unidades.

O estudo foi realizado a partir da experiência de uma farmacêutica residente nos campos práticos – Unidades de Terapia Intensiva geral adulto, coronariana e neonatal, de um hospital na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Os relatos foram construídos a partir de características qualitativas, onde se realizou a observação participante por parte da residente, suas atividades realizadas, intervenções, e/ou propostas de intervenções da residente nas UTI, tendo início a partir da sua inserção nos campos práticos, compreendendo o período de setembro de 2016 até novembro de 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos estão organizados conforme a ordem de atuação nos campos práticos de trabalho nas UTI geral adulto, coronariana e neonatal.

Atuação da farmacêutica residente na UTI geral adulto:

A UTI geral adulto recebe pacientes com os mais variados acometimentos que vão desde pacientes cirúrgicos, politraumatizados, com comprometimento das funções neurológicas, descompensações metabólicas e até com morte cerebral diagnosticada, sendo, portanto, possíveis doadores de órgãos. Esta unidade é composta por uma equipe multiprofissional que inclui: médicos rotineiros e plantonistas, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta e psicóloga, além de uma auxiliar administrativa que também atua em outras unidades.

No início da atuação neste campo de trabalho, buscou-se a inserção da farmacêutica junto à equipe multiprofissional de residentes. Neste momento, não houve nenhuma oposição à presença da mesma no setor, uma vez que os profissionais da unidade não conheciam todas as atribuições do profissional farmacêutico na unidade. Com o passar dos dias, surgiram as primeiras restrições como a não permissão da atualização do carro de emergência, a dificuldade de diálogo aberto com os médicos da unidade, restrições por parte da equipe de enfermagem às sugestões feitas pela

residente. Essas limitações, mesmo sendo impactantes do ponto de vista psicológico à residente, não impediram sua atuação frente às demandas do setor. Aos poucos foram aceitas as solicitações de intervenções relacionadas à alteração no horário de aprazamento de medicamentos com potencial risco de interações, como no caso, da administração concomitante de antimicrobianos ou, minimizar a interação com a dieta do paciente (Santos et al., 2013). No entanto, sugestões quanto à solicitação de exames laboratoriais, para fins diagnósticos e avaliação da terapia antimicrobiana, foram, na maioria das vezes, recusadas.

Atividades relacionadas ao controle do estoque de soros e materiais hospitalares, devolução de soluções, medicamentos e demais materiais para Farmácia Central, além da realização de capacitações ao grupo de técnicos de enfermagem, quanto ao armazenamento, preparo e administração correta de medicamentos, principalmente por sonda, salientaram a importância da farmacêutica na unidade, pois contribuíram para redução de desperdícios e dos riscos à saúde dos pacientes. Outra atuação importante da residente foi o acompanhamento do trabalho da equipe da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes) como a abertura de protocolos de diagnóstico de morte encefálica com a possível captação de órgãos.

Atuação da farmacêutica residente na UTI coronariana:

A UTI coronariana funciona como um centro de referência para o tratamento de pacientes com diferentes acometimentos cardiovasculares e pós-cirúrgico de procedimentos cardíacos. A unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por: médicos plantonistas, médicos cirurgiões, enfermeiras, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e psicóloga, contando ainda com o atendimento de assistente social sempre que solicitado.

O período de atuação nesta UTI foi o de maior satisfação, aproveitamento e aprendizagem durante a residência, devido à ótima receptividade e integração da equipe médica e de enfermagem com os profissionais residentes, o que possibilitou a realização de um bom trabalho multiprofissional.

Neste contexto, foi possível desenvolver diversas atividades de educação continuada com a equipe de enfermagem como: a revisão sobre exames de gasometria; acondicionamento correto de medicamentos na geladeira; cuidados com a administração e prazo de validade de medicamentos diluídos em bolsas de soro; atualização da tabela

de diluição de medicamentos usada na unidade; controle do estoque de soros e materiais hospitalares e cuidados com medicamentos fotossensíveis. Outras intervenções farmacêuticas propostas em relação a alterações no horário de aprazamento de medicamentos, conciliação medicamentosa, principalmente, relacionada ao uso de antimicrobianos e sugestões para realização de exames laboratoriais foram sempre bem aceitas pela equipe da unidade.

Ações voltadas à atenção farmacêutica eram realizadas beira leito, quando o paciente mostrava-se em condições de conversar, e no momento da alta da unidade, onde eram sanados questionamentos sobre o uso dos medicamentos, orientações sobre a ingestão de medicamentos com a volta para casa. Tais orientações, sempre que possível, eram repassadas aos familiares para continuidade do tratamento.

Como integrante da equipe multiprofissional coronariana realizamos orientações pré-cirurgia, como o grupo de acolhimento aos pacientes antes do procedimento cardíaco, e pós-cirurgia, como o acompanhamento das prescrições; atualização da equipe de enfermagem sobre alterações na prescrição de cada paciente; acompanhamento e orientação para preparação e administração de medicamentos; cuidados com a validade dos medicamentos após diluição; manutenção do estoque de soros, materiais da unidade e medicamentos do carro de emergência, conferência da gaveta de medicamentos de cada paciente e a discussão com a equipe multiprofissional dos exames laboratoriais dos pacientes.

No final do período de atuação nesta unidade, a residente também teve a oportunidade de acompanhar uma cirurgia de coleta de órgãos, cuja experiência foi extremamente valiosa não somente pela oportunidade de aprendizagem e de reflexão sobre o processo de vida e morte, mas também por ter sido uma atividade ímpar para profissionais da área da saúde.

Atuação da farmacêutica residente na UTI neonatal:

A UTI neonatal é uma unidade de atendimento hospitalar que presta atendimento a pacientes recém-nascidos pré, pós e a termos, com as mais diferentes condições de saúde, como pacientes prematuros extremos, com complicações graves decorrentes do período intra-uterino, e até pacientes acometidos com raras síndromes.

O campo prático da UTI neonatal é considerado muito novo e desafiador para os profissionais farmacêuticos. A inserção de uma farmacêutica residente nesta área, onde a presença do profissional farmacêutico não é muito reconhecida, torna o trabalho mais desafiador ainda.

Tendo em vista às dificuldades de inserção de toda a equipe multiprofissional de residentes nesta unidade, a participação deste grupo de profissionais foi apenas observacional, no entanto, não menos proveitosa, uma vez que foi possível realizar, diariamente, *rounds* e discussões acerca dos pacientes internados, acompanhamento da evolução clínica destes, além da análise de seus exames laboratoriais e suas prescrições medicamentosas. Semanalmente eram realizados grupos de estudo e discussões sobre temáticas voltadas ao período de vida neonatal, discussões estas que representaram um grande aprendizado sobre esses pacientes e suas condições clínicas tão específicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação de um residente compreende a formação em serviço de um profissional já graduado na área da saúde, em um período de tempo relativamente curto e de trabalho intenso e desgastante. É um período que propicia um enorme aprendizado, por colocar a prova todo o conhecimento adquirido previamente, assim como dá a oportunidade de aquisição de novos conhecimentos. A residência representa uma oportunidade fantástica para a formação na prática de farmacêuticos clínicos, dando a oportunidade de dar voz e mostrar a importância de um profissional pouco reconhecido no atual cenário de algumas instituições, e, principalmente, de consolidar o trabalho do profissional farmacêutico na equipe multiprofissional.

Diferente da realidade brasileira, a atuação do farmacêutico clínico nas unidades de cuidado crítico nos Estados Unidos, por exemplo, é uma prática comum. De acordo com o estudo realizado por Pilau e colaboradores (2014), intervenções, como a revisão da terapia medicamentosa e a conciliação de medicamentos, resultaram na redução dos custos com medicamentos na ordem de U\$\$ 2.266,05 dólares ao mês, em um hospital americano. É importante lembrar também que, o farmacêutico está diretamente ligado às ações de educação continuada dentro dos serviços de saúde, exercendo sua competência de profissional do medicamento, trabalhando junto da equipe multiprofissional para orientar, prevenir e esclarecer dúvidas sobre o uso de medicamentos (Silva, 2013). Conclui-se, portanto, que a presença do farmacêutico na

UTI diminuiu, significativamente, a possibilidade de interações medicamentosas, erros de prescrição e administração de medicamentos, acarretando benefícios não somente à saúde dos pacientes, como também desperdício e redução de gastos, a nível hospitalar (Rivkin e Yin, 2011).

Por fim, o período como residente no Programa de Pós-graduação em Residência em Urgência e Emergência representou uma fase de intensa transformação pessoal e profissional, com uma grande carga de aprendizado e oportuniza a consolidação, junto à instituição hospitalar, de profissionais mais humanizados e preparados para atuar em diferentes situações de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, R.Q.; ALMEIDA, S.M. *Farmácia Clínica na Unidade de Terapia Intensiva*. Revista Pharmacia Brasileira. Nov/Dez, São Paulo, 2008.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, AMIB. *Florence Nightingale e a história da medicina intensiva*. São Paulo. 2013. Disponível em: < <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/florence-nightingale-e-a-historia-da-medicina-intensiva>>. Acesso em: 6 de ago. 2017.

BOLELA, F.; JERICÓ, M.C. *Unidade de terapia intensiva: dificuldades e estratégias*. Esc Anna Nery R Enferm; v. 10, n. 2, p. 301 – 308, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. *Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM)*; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 2005. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf >. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA (RDC) nº7, de 24 de fevereiro de 2010. *Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências*. Brasília, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 14 ago. 2017.

FERRARI, D. *Política de atenção ao paciente crítico*. In: Revista Intensiva, n. 9, p. 4. maio/jun./jul. 2007. Disponível em: < www.sobrati.com.br/ri-9-editorial.htm >. Acesso em: 14 ago. 2017.

FIDELES, G.M., et. al. *Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva: três anos de atividades clínicas*. Rev Bras Ter Intensiva. n. 27,v. 2, p.149-154, 2015.

- MARTINS, D.F.; BENITO, L.A.O. *Florence Nightingale e as suas reais contribuições para o controle das infecções hospitalares*. Revista Ciências da Saúde. n 2, v 14, p. 153 – 166, jul/dez, 2016.
- PILAU, R.; HEGELE, V.; HEINECK, I. *Atuação do farmacêutico clínico em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: uma revisão da literatura*. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde, São Paulo, v.5, n.1,p. 19-24 jan/mar. 2014.
- RAMBO, E. V.; ROSANELLI, C.L.P.; *Vivências em uma Unidade de Terapia Intensiva: um relato de experiência*. 2012. p. 1 – 14. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Unidade de Terapia Intensiva da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2012.
- REIS, W.C.; SCOPEL, C.T.; CORRER C.J.; ANDRZEJEVSKI, V.M. *Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário no Brasil*. Einstein, v 11, n 2, p. 190-6, 2013.
- RIVKIN A.; YIN H. *Evaluation of the role of the critical care pharmacist in identifying and avoiding or minimizing significant drug-drug interactions in medical intensive care patients*. J Crit Care, v 26, n 1, p. 104 e1- 104 e6, 2011.
- SANTOS, L.; TORRIANI, M.S.; BARROS, M. *Medicamentos na prática da farmácia clínica*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- SILVA, D.A. *Interações medicamentosas potenciais teóricas em pacientes com insuficiência renal hospitalizados na UTI adulto de um hospital filantrópico*. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Farmácia de Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 2013.
- SOUZA, M.A.R. *Poder vital e o legado de Florence Nightingale no processo saúde-doença: uma revisão integrativa*. Rev Fund Care Online, v 9(1), p. 207-301, jan/mar, 2017.
- VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. *O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 2, p. 137-44, mar/abr. 2002.

ANEXO 1 – Normas da Revista Saúde e Sociedade

REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

Política editorial:

Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse:

Desde sua criação, em 1992, Saúde e Sociedade tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

- g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;
- h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial;
- i) anais dos congressos paulistas de saúde pública, promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares:

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores), cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Do ineditismo do material:

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na revista *Saúde e Sociedade*, indicando o volume, número e ano de publicação.

A ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria:

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Forma e preparação de manuscritos

Formato:

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12.

Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura:

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser

citado o primeiro, seguido de “et al.”. Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências:

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

- Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

- Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

- Tese

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- Documento on-line

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010. Geneva: WHO, 2010. Disponível em:

<http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf.

>. Acesso em: 7 mar. 2011.

- Legislação (Lei, Portaria etc.).

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p.13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

- Artigo ou matéria de jornal

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14. Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Open Access

A *Saúde e Sociedade* utiliza o modelo *Open Access* de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.