

**BRUNA FURLAN
JOÃO PEDRO PROVENSÍ PITON**

INTERAÇÕES EM UTI POR CAUSAS OBSTÉTRICAS

**LAGES, SC
2023**

**BRUNA FURLAN
JOÃO PEDRO PROVENSI PITON**

INTERAÇÕES EM UTI POR CAUSAS OBSTÉTRICAS

Projeto de Pesquisa apresentado ao curso de
Medicina da Universidade do Planalto
Catarinense – UNIPLAC.
Orientador: Prof.º Msc. Edvane Scariot Sartori

**LAGES, SC
2023**

SUMÁRIO

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	4
INTERNAÇÕES EM UTI POR CAUSAS OBSTÉTRICAS	4
METODOLOGIA.....	5
RESULTADOS	6
DISCUSSÃO.....	7
CONCLUSÃO.....	8
REFERÊNCIAS	9
Comprovante de recebimento do artigo (TCC) pela revista.....	11

INTERAÇÕES EM UTI POR CAUSAS OBSTÉTRICAS¹

**BRUNA FURLAN
JOÃO PEDRO PROVENSÍ PITON**

RESUMO

Este estudo de conclusão de curso de Medicina tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico e clínico das gestantes e puérperas que precisaram de internamento em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital da Serra Catarinense. O estudo é observacional, descritivo-retrospectivo e longitudinal, utilizando a análise de prontuários, e foi realizado em um hospital público de referência em maternidade em Lages, Santa Catarina, Brasil, durante o período de 01 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2022. O objetivo geral é identificar os principais fatores de risco obstétrico associados às admissões na UTI do hospital. A chance de uma gestante precisar de internamento em UTI é maior do que a de uma mulher jovem não-grávida, com uma estimativa de 0,1% a 0,9% das gestantes desenvolvendo complicações que requerem internamento em UTI. A mortalidade materna ainda é um problema significativo na saúde pública mundial, e embora a estatística sobre esse dado epidemiológico no Brasil ainda seja controversa, estima-se que haja em torno de 73 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos. É importante entender o perfil epidemiológico e clínico das gestantes que sobrevivem a complicações graves da gravidez, pois essas mulheres podem apresentar sequelas permanentes, e seus recém-nascidos podem apresentar alta morbimortalidade. Portanto, a análise do perfil epidemiológico e clínico das gestantes e puérperas que necessitaram de internamento em UTI é importante para elucidar os possíveis fatores de risco gravídico puerperal e contribuir para a redução da morbimortalidade materna. O estudo pode fornecer informações valiosas sobre o atendimento dessas mulheres e ajudar a melhorar a qualidade da assistência obstétrica em hospitais e maternidades. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), garantindo a sua conformidade com as normas éticas e regulatórias em vigor.

Palavras-chaves: Terapia Intensiva; Obstetrícia, Puerpério.

¹ Artigo apresentado no TCC foi enviado para a Revista FOCO

INTERAÇÕES EM UTI POR CAUSAS OBSTÉTRICAS

ICU ADMISSIONS FOR OBSTETRIC CAUSES

Bruna Furlan; João Pedro Provensi Piton; Edvane Scariot Sartori

RESUMO: Entender o perfil epidemiológico e clínico das gestantes que sobrevivem complicações graves da gravidez é importante pois essas mulheres podem apresentar sequelas permanentes, e seus recém-nascidos podem apresentar alta morbimortalidade. Objetivo: avaliar o perfil das admissões obstétricas em um Centro de Terapia Intensiva de uma Maternidade Brasileira. A questão - quais são as características predominantes nos internamentos obstétricos da CTI observada? Método: os dados foram obtidos por meio de prontuários das pacientes obstétricas que estavam internadas no CTI a partir de janeiro de 2021 a dezembro de 2022. Resultado: neste período de 2 anos foram encontradas 10 pacientes obstétricas que necessitaram de tratamento em terapia intensiva com média de idade de 29,7 anos. 60% das pacientes apresentavam-se previamente hígidas, 20% apresentam hipertensão arterial crônica e 30% com comorbidades não relacionadas à gestação. As três principais causas de internamento foram a hipertensão (40%), hemorragia obstétrica (30%) e infecção (30%). 90% apresentaram-se curadas/melhoradas e 10% evoluíram a óbito, a duração média de internamento foi de 5 dias (3-26). Conclusão: a taxa de transferência para UTI foi relativamente baixa, sugerindo que a maioria das comorbidades são tratadas na enfermaria hospitalar – de modo que não há um Centro de Terapia Intensiva exclusivo para o cuidado das gestantes, assim como a ausência de um obstetra neste ambiente. Também há falha na organização dos prontuários médicos. Sugere-se que haja a criação de uma evolução padrão para as pacientes e capacitação do atendimento médico voltado a esse perfil em ambiente de terapia intensiva.

Palavras-chave: Unidades de terapia intensiva, Obstetrícia, Gravidez, Hipertensão, Cuidados críticos

Key words Intensive care unit, Obstetrics, Pregnancy, Hypertension, Critical care

INTRODUÇÃO

Na década de 1980, estimativas sugeriam que aproximadamente 500 mil mulheres perdiam suas vidas a cada ano por causas evitáveis relacionadas à gestação. Hemorragia, doenças hipertensivas, sepse e complicações do aborto eram as principais condições biomédicas que produziam as mortes maternas (SOUZA, 2015). A chance de uma mulher durante o ciclo grávido-puerperal ser admitida em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é bem maior do que de uma mulher jovem não-grávida e estima-se que 0,1 % a 0,9% das gestantes desenvolvem complicações necessitando assim internamento em Unidade de Terapia Intensivas sendo as principais indicações hipertensão, hemorragia, insuficiência respiratória e sepse. (AMORIM, 2006).

Na mortalidade materna é um importante indicador da realidade social de um país e seu povo (OMS, 2011). Representa um grande problema de saúde pública por se tratar de uma morte evitável em 92% dos casos (MELO et al., 2008).

A morte materna é uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres (VICTORA et al., 2011, p. 1863-76). A redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a

serem perseguidas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A meta era reduzir em 75% a razão de mortalidade materna (RMM) entre 1990 e 2015 em todo o mundo. A partir daí, países passaram a investir mais recursos na provisão de serviços de saúde materna, suficientes e equitativos, visando melhorar a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade e o uso dos serviços que tratam as complicações que surgem durante a gravidez e o parto, e que são conhecidas como atenção obstétrica de urgência (OMS, 2011). Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas no Mundo (GAFFEY et al.,2015).

No Brasil as UTIs foram implantadas na década de 1970, proporcionando uma melhora no atendimento a pacientes graves, antes realizado nas enfermarias, com área física inadequada e escassez de recursos tecnológicos e humanos (ACUNA et al.,2007). Visando a assistência de pacientes críticos que necessitem de cuidados complexos e especializados esses serviços dispõem da utilização de recursos apropriados para observação e monitorização contínua das condições vitais do paciente e para a intervenção em situações de descompensações (LEITE; VILA,2005).

A interface clínico-obstétrica assume especial importância em se tratando de uma unidade de cuidados intensivos para pacientes no ciclo grávido-puerperal. Alterações fisiológicas próprias da gestação distinguem essas pacientes de outros adultos jovens. Diversas condições clínicas têm seu curso afetado pela gravidez, além do que varia a interpretação de testes diagnósticos e valores laboratoriais. Por outro lado, complicações exclusivas da gravidez podem não ser familiares aos clínicos, como a pré eclâmpsia/eclâmpsia e a embolia do líquido amniótico. Dessa forma, os obstetras devem estar familiarizados com os princípios básicos da terapia intensiva, tanto para tratar as pacientes obstétricas como para atuar como consultores dentro do time de intensivistas.

Em 1998, Mantel et al. propuseram critérios near miss “quase acidente”, incluindo disfunções orgânicas várias que cursam com alto risco de mortalidade. Por outro lado, Waterstone et al. utilizaram o conceito de “morbidade materna grave”, incluindo casos de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas), hemorragia grave, sepse e ruptura uterina. Cecatti et al. consideram que, apesar de não existir consenso sobre uma definição estrita de near miss ou morbidade maternal grave, o conjunto das diversas definições pode ser útil para diversos objetivos, incluindo monitorização, vigilância epidemiológica e auditoria de cuidados de saúde. Os critérios conjuntos de Mantel e Waterstone foram utilizados no estudo brasileiro recentemente publicado sobre morbidade materna “near miss” em uma unidade de cuidados terciários. Existe um continuum que uma paciente percorre, desde um ponto em que se encontra completamente saudável até o extremo em que ocorreria a morte materna, podendo ser interrompido em vários pontos por meio da adoção de medidas preventivas em diversos níveis. Estimou-se que, tomadas todas as medidas de prevenção cabíveis no intuito de modificar a progressão desse continuum, menos 41% das mulheres teriam morrido (AMORIN, 2008).

METODOLOGIA

É um estudo quantitativo, descritivo-retrospectivo, desenvolvido em um hospital público de referência na maternidade, localizado em Lages, Santa Catarina, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de prontuários das pacientes obstétricas que estavam internadas no CTI a partir de janeiro de 2021 a dezembro de 2022. A amostra foi feita através da avaliação de prontuários eletrônicos, com aprovação do CEP número de CAAE: 74858723.1.0000.5368, em todas gestantes e puérperas, dos 16 aos 50 anos, que foram transferidas do setor de enfermaria obstétrica para a Unidade de Terapia Intensiva. O projeto foi submetido previamente à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Uniplac e seguiu todos os

pressupostos previstos na Resolução 510/2016 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Os dados obtidos foram catalogados em planilha e posteriormente avaliados através do programa Microsoft Excel ® versão 2016 através de análise descritiva e estatística conforme os objetivos do estudo, tornando-se objetos de pesquisa análises e produções acadêmicas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento acerca das temáticas propostas neste projeto. Foram respeitados todos os aspectos éticos durante o desenvolvimento da pesquisa, coleta de dados e avaliação de prontuários, sendo respeitados os limites da privacidade e legalidade. A fim de garantir a segurança de que foi mantido o anonimato, não serão usadas nem mesmo iniciais dos nomes na análise dos dados obtidas através da análise dos prontuários. O estudo apresenta risco de quebra de sigilo pela visualização de prontuários pertencentes aos pacientes durante o período de estudo. Para preservar seus dados, não serão identificados seus nomes e nenhuma outra informação de cunho pessoal/específico durante a elaboração do trabalho. Os benefícios do estudo estão relacionados com o aprimoramento do conhecimento das patologias das mulheres internadas na Unidade de Terapia Intensiva, assim como seu perfil clínico, visando identificar suas possíveis causas, entender se há relação das doenças de base com o prognóstico do sintoma e alertar a sociedade dos seus possíveis danos. Critérios de inclusão de participantes: mulheres internadas no centro obstétrico e transferidas para a Unidade de Terapia Intensiva no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022.

RESULTADOS

Durante o período de 01 de janeiro 2021 a 31 de dezembro 2022, foi possível encontrar 10 pacientes obstétricas que necessitaram de tratamento em terapia intensiva. Diante dos prontuários analisados, a idade mínima e máxima variou de 17 a 40 anos, com média de idade de 29,7 anos. Em relação ao histórico gestacional, 2 gestantes apresentavam 1 episódio prévio de aborto e uma gestante não teve seu histórico gestacional anotado em prontuário. A idade gestacional variou de 12 semanas a 38 semanas, sendo que 2 gestantes desconheciam o período gestacional na qual se encontravam. O tempo de internamento apresentou uma mínima de 3 dias e uma máxima de 26 dias, com média de 8,5 dias de internamento e moda de 5 dias (tabela-1). A principal causa foi a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)/ Síndrome HELLP. Seis pacientes apresentavam-se previamente hígidas ao internamento, duas apresentam hipertensão arterial crônica, uma miastenia gravis e uma cirurgia bariátrica (Y de roux) há 12 anos e vitiligo. No desfecho apresentado, nove pacientes apresentaram-se curadas/melhoradas e houve 1 óbito (tabela 2).

Idade	Histórico gestacional	Idade gestacional	Tempo de internamento
40	G2P1A1	36 semanas e 4 dias	5 dias
28	G4P3A0	20 semanas	9 dias
25	G1P1A0	38 semanas	14 dias
37	G1P1A0	33 semanas e 6 dias	9 dias
25	G1P1A0	31 semanas e 4 dias	5 dias
22	G1A0	35 semanas e 6 dias	5 dias
17	G1P1A0	Desconhecida	5 dias
32	G2C1A1	Desconhecida	4 dias
35	-	12 semanas	3 dias
36	G2C1A0	35 semanas	26 dias

Motivo do internamento	Comorbidades	Desfecho
Dheg/ sd. Hellp	Hipertensão crônica e pré-eclâmpsia sobreposta	Melhorada
Infecção	Previamente hígida	Melhorada
Dheg/ sd. Hellp	Hipertensão crônica e hipotireoidismo	Curada
Dheg/ sd. Hellp	Previamente hígida	Melhorada
Hemorragia pós-parto	Previamente hígida	Curada
Dheg/ sd. Hellp	Previamente hígida	Melhorada
Hemorragia pós-parto	Previamente hígida	Melhorada
Hemorragia pós-parto	Miastenia gravis	Melhorada
Infecção	Cirurgia bariátrica e vitiligo	Óbito
Infecção	Previamente hígida	Melhorada

DISCUSSÃO

O progresso na redução da mortalidade materna – um dos principais Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – tem sido lento na maioria dos países que têm altas taxas de mortalidade materna, e as soluções para este problema global são necessárias com urgência (OMS, 2011). A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor essencial para o cuidado de gestantes com complicações médicas graves durante a gravidez, parto ou pós-parto. Durante esses períodos, algumas mulheres podem enfrentar situações que requerem atenção intensiva e monitoramento constante para garantir a saúde tanto da mãe quanto do feto. (BRASIL, 2012). A maioria das mulheres admitidas em UTI tem como causa de internamento um diagnóstico obstétrico (de 50% a 80%). Porém, tendem a apresentar um melhor prognóstico quando comparadas às mulheres admitidas em UTI por causas clínicas. Para essa situação, a frequência oscila de acordo com a localização geográfica e o tipo de UTI onde foi realizada a pesquisa (se obstétrica ou geral), podendo variar de 16,9% a 69,1%²⁻⁷ (OMS, 2011). O óbito materno vai além das questões ligadas ao acesso a pré-natal de qualidade, assistência ao parto seguro e cuidado puerperal apropriado, mas diz respeito também às fragilidades do planejamento familiar, em especial no risco reprodutivo, aos grandes desertos sanitários desse país continental e a um eficiente sistema de referência e contrarreferência para atender os casos mais graves. O estupor só aumenta quando a avaliação das mortes revela a evitabilidade dos óbitos em 90%. (BRASIL, 2022).

A admissão de gestantes na UTI ocorre em casos de complicações médicas, como doenças hipertensivas, distúrbios metabólicos, infecções graves ou complicações obstétricas. A decisão de internação em UTI é baseada em critérios clínicos e obstétricos específicos, levando em consideração o risco de morbidade e mortalidade materna e fetal. (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA, 2022). As principais causas de morte materna são as complicações inerentes ao período gravídico-puerperal, representadas basicamente pelas complicações hipertensivas, hemorrágicas e as infecções puerperais. Ao longo dos últimos anos, em consequência dos esforços direcionados à redução da mortalidade materna, tem-se observado queda da mortalidade materna por essas causas, fato que tem sido mais acentuado nos países desenvolvidos. No entanto, também é importante nos países em desenvolvimento. Em consequência, percebe-se uma elevação relativa da mortalidade por causas secundárias, tais como doenças cardíacas e respiratórias (COELHO, 2012).

Em qualquer cenário, as mulheres que desenvolvem complicações graves durante a gestação compartilham muitos fatores patológicos e circunstanciais. Enquanto algumas dessas mulheres morrem, uma proporção delas sobrevive por pouco. Ao avaliar tais casos com desfechos maternos graves (tanto casos de “quase perda” – near miss- quanto os óbitos maternos), muito pode ser aprendido sobre os processos ocorridos (ou a sua falta) no cuidado das gestantes. A abordagem do near miss materno da OMS é um método padronizado que se implementa em três etapas de maneira cíclica: (1) avaliação inicial (ou reavaliação); (2) análise de situação; (3) intervenções para melhorar o atendimento à saúde. A avaliação inicial pode ser realizada em serviços individuais de atenção à saúde ou em um distrito de saúde e, então, ser extrapolada para o sistema de saúde como um todo (OMS, 2011).

Dentro da UTI obstétrica, o monitoramento materno-fetal desempenha um papel crucial. Isso inclui a avaliação contínua da frequência cardíaca fetal, a monitorização da pressão arterial materna e a análise de parâmetros laboratoriais relevantes. Essas medidas visam identificar precocemente sinais de deterioração materna ou fetal e permitir a intervenção imediata. (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2014).

Além do monitoramento, a UTI obstétrica fornece suporte vital às gestantes e aos fetos. Isso envolve a administração de medicamentos apropriados, controle de infecções, suporte ventilatório, transfusões sanguíneas e outras intervenções terapêuticas necessárias para manter a estabilidade e minimizar os riscos para a mãe e o feto. A abordagem multidisciplinar é essencial na UTI obstétrica. Equipes compostas por obstetras, intensivistas, neonatologistas, enfermeiros especializados e outros profissionais de saúde colaboram para fornecer cuidados abrangentes e integrados. Essa abordagem visa garantir o melhor resultado possível para a mãe e o feto, considerando as necessidades médicas e obstétricas específicas (FIORUCCI, 2022).

Considerações éticas e psicossociais também são relevantes na UTI obstétrica. Dilemas éticos podem surgir em relação a decisões terapêuticas invasivas, limitações de tratamento e consentimento informado. Além disso, a equipe de saúde deve fornecer apoio emocional adequado à gestante e à sua família durante esse período desafiador. (SOGIRG, 2011).

Em qualquer cenário, as mulheres que desenvolvem complicações graves durante a gestação compartilham muitos fatores patológicos e circunstanciais. Enquanto algumas dessas mulheres morrem, uma proporção delas sobrevive por pouco. Ao avaliar tais casos com desfechos maternos graves (tanto casos de “quase perda” – near miss- quanto os óbitos maternos), muito pode ser aprendido sobre os processos ocorridos (ou a sua falta) no cuidado das gestantes. (OMS, 2011). O prognóstico dessas pacientes em geral é bom, requerendo em muitos casos apenas intervenções de pequeno porte, com baixas taxas de mortalidade, em geral inferior a 3% (COELHO, 2012).

Em resumo, a UTI obstétrica é um ambiente especializado que oferece cuidados intensivos a gestantes com complicações médicas durante a gravidez, parto ou pós-parto. O monitoramento constante, o suporte vital e a abordagem multidisciplinar são características importantes dessa unidade, visando garantir a saúde e a segurança da mãe e do feto. (PLANISUS, 2019)

CONCLUSÃO

A taxa de transferência para UTI foi relativamente baixa, sugerindo que a maioria das comorbidades são tratadas na enfermaria hospitalar – de modo que não há um Centro de Terapia Intensiva exclusivo para o cuidado das gestantes, assim como a ausência de um obstetra neste ambiente.

Diante dos dados analisados, percebe-se que há uma falha na organização dos prontuários médicos, assim como alguns dados ausentes, o que dificulta a análise mais detalhada e fidedigna das informações. Sugere-se, portanto, que haja a criação de uma evolução

padrão para as pacientes obstétricas, assim como a capacitação do atendimento médico voltado a esse perfil em ambiente de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. et al. Mortalidade Materna e Near Miss Materno: Indicadores de Qualidade da Assistência às Gestantes. Revista da Associação Médica Brasileira, 54(3): 261-266, 2008.

COÊLHO, M. DE A. L. et al. Perfil de mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, n. 2, p. 160–167, mar. 2012.

FIORUCCI, Andréa Trevas Maciel; CASTRO, Celso Antônio Cotrim de; DUARTE, Geraldo; et al. Manual de Gestação de Alto Risco. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2023.

MELO, A. et al. Maternal mortality in Brazil: propulsive factors and underlying causes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 30(12): 773-780, 2008.

Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5^a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 11 maio 2023.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank estimates. Geneva: OMS, 2011.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Protocolos de Obstetrícia. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2014. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/protocolos_obstetricia_sesa_ce_2014_.pdf. Acesso em: 09 de maio de 2023.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. PlaniSUS Gestante: Roteiro para a Atenção Integral à Gestante no Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, [2019]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2023.

SILVA, Djailma Cinthia Ernesto et al. PERFIL DE PACIENTES OBSTÉTRICAS ADMITIDAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO. Rev. baiana enferm., Salvador, v. 34, e35874, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100326&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 maio 2023. Epub 18-Nov-2020. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35874>.

Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS). Ética em Ginecologia e Obstetrícia. [São Paulo]: SOGIRGS, [2011]. Disponível em:

<<https://sogirgs.org.br/area-do-associado/etica-em-ginecologia-e-obstetricia.pdf>>. Acesso em: 11 de maio de 2023.

Souza, J. P. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostram os dados de sistemas nacionais? Revista Brasileira de Saúde M

Comprovante de recebimento do artigo (TCC) pela revista



DECLARAÇÃO

REVISTA FOCO, ISSN 1981-223X, declara para os devidos fins, que o artigo intitulado PERCEPÇÃO MÉDICA SOBRE PACIENTES ONCOLÓGICOS NA PANDEMIA de autoria de Bruna Furlan , Kelly Tainara da Silva Lisboa , Vitor Dias Rossati, Daniel Moraes Viechnieski , Diego Wolff Fiúza, João Pedro Provensi Piton , Nathalia Cervo Pereira, Eduarda Ramos Schwab Araujo, Elieser Leandro da Silva Mendes, foi publicado no v.18, n.8, de 2025.

A revista é on-line, e os artigos podem ser encontrados ao acessar o link:

<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/issue/view/69>

DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n8-088>

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.