



Rfb  
Editora

# PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**VOLUME 7**



**EDNILSON SERGIO RAMALHO DE SOUZA  
(EDITOR)**

# PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**VOLUME 7**



Copyright © 2021 da edição brasileira.  
by RFB Editora.

Copyright © 2021 do texto.  
by Autores.

Todos os direitos reservados.



Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

Obra sob o selo *Creative Commons*-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

*Conselho Editorial:*

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA (Editor-Chefe).

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Roberta Modesto Braga - UFPA.

Prof. Me. Laecio Nobre de Macedo - UFMA.

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida - UFOPA.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Angelica Mathias Macedo - IFMA.

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva - IFPA.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Elizabeth Gomes Souza - UFPA.

Prof.<sup>a</sup> Me. Neuma Teixeira dos Santos - UFRA.

Prof.<sup>a</sup> Me. Antônia Edna Silva dos Santos - UEPA.

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa - UFMA.

Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho - UFSJ.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Isabella Macário Ferro Cavalcanti - UFPE.

Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares - UFPI.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Welma Emidio da Silva - FIS.

*Diagramação:*

Danilo Wothon Pereira da Silva.

*Design da capa:*

Pryscila Rosy Borges de Souza.

*Imagens da capa:*

[www.canva.com](http://www.canva.com)

*Revisão de texto:*

Os autores.

*Bibliotecária:*

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

*Assistente editorial:*

Manoel Souza.



Home Page: [www.rfbeditora.com](http://www.rfbeditora.com).

E-mail: [adm@rfbeditora.com](mailto:adm@rfbeditora.com).

Telefone: (91)3085-8403/98885-7730.

CNPJ: 39.242.488/0001-07.

R. dos Mundurucus, 3100, 66040-033, Belém-PA.

---

Ednilson Sergio Ramalho de Souza  
(Editor)

Volume 7

# PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Edição 1

Belém-PA



2021

---

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558890935>

**Catálogo na publicação**  
**Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

P474

Pesquisas em temas de ciências da saúde / Ednilson Sergio Ramalho de Souza  
(Editor) – Belém: RFB, 2021.

(Pesquisas em temas de ciências da saúde, V. 7)

Livro em PDF

206 p., il.

ISBN 978-65-5889-093-5

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935

1. Saúde. 2. Enfermagem. 3. Saúde mental. I. Souza, Ednilson Sergio Ramalho de  
(Editor). II. Título.

CDD 613

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros digitais de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

*Equipe RFB Editora*

---

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO ..... 9

## CAPÍTULO 1

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2020 ..... 11

Lucas Oliveira Marques  
Roberta Coutinho Vasconcelos  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.1

## CAPÍTULO 2

PRINCIPAIS REPERCUSSÕES DA VNI EM PÓS OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA ..... 23

Krismiane Paz dos Santos Monteiro  
Tamilis Cristina Rocha  
Keylla Nayara da Silva Santos Alves  
Tamara Maria de Oliveira Santos  
Dannyell Manoel Jacintho Junior  
Elenildo Aquino dos Santos  
Rômulo de Luna Lessa  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.2

## CAPÍTULO 3

A FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO ASSOCIADO A POSIÇÃO PRONA: UMA REVISÃO DE LITERATURA ..... 39

Krismiane Paz dos Santos Monteiro  
Tamilis Cristina Rocha  
Keylla Nayara da Silva Santos Alves  
Tamara Maria de Oliveira Santos  
Dannyell Manoel Jacintho Junior  
Elenildo Aquino dos Santos  
Rômulo de Luna Lessa  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.3

## CAPÍTULO 4

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA ..... 53

Jakelline Gomes Pereira  
Adeline Soraya Menezes de Oliveira  
Gabriela da Silva Corti  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.4

## CAPÍTULO 5

PERFIL BIOATIVO DAS FLORES COMESTÍVEIS E POSSÍVEL CONCEPÇÃO COMO ALIMENTO ..... 69

Pedro Henrique Silva de Rossi  
Juliana Audi Giannoni  
Andrea Coimbra Molina  
Leonardo Antônio Sabino Medeiros  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.5

---

**CAPÍTULO 6**  
**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL ESPECIALIZADO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 79**

Pablo Nascimento Cruz  
Nilza Bezerra Pinheiro da Silva  
Rivaldo Lira Filho  
Jaiza Sousa Penha  
Waleska Lima Alves Simas  
Rosemary Fernandes Correa Alencar  
Emanuela Pereira de Lacerda  
Cibele Silva Lima  
Silvia Martins da Silva  
Raylene Frazão Lindoso  
Rose Mary Jovita Soares  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.6

**CAPÍTULO 7**  
**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO PIAUÍ, NO PERÍODO DE 2015 A 2019 ..... 91**

Ana Christina de Sousa Balduino  
Emanuel Thomaz de Aquino Oliveira  
Amanda Sebastiana Lima Correia  
Dathynara da Silva Alves  
Debora Marques da Silva  
Izabela Sousa Martins  
Maria Bianca Pereira Freitas  
Julia Maria de Jesus Sousa  
Marijany Da Silva Reis  
Filipe Melo da Silva  
Jailson Alberto Rodrigues  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.7

**CAPÍTULO 8**  
**FISIOTERAPIA MOTORA APLICADA NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: REVISÃO INTEGRATIVA ..... 107**

Elaine Maria da Silva Lima de Figueiroa  
Priscila Gomes Braz  
Geraldo Magella Teixeira  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.8

**CAPÍTULO 9**  
**O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO ATENDIMENTO DE PACIENTES SEQUELADOS PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO - AVE: REVISÃO INTEGRATIVA ..... 123**

Nataniele da Silva Santos  
Rhaisa Valentim da Silva  
Thauan Narciso de Lima Ferro  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.9

**CAPÍTULO 10**  
**CUIDADOS AO IDOSO PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ..... 139**  
Victor Guilherme Pereira da Silva Marques

---

---

Célio Pereira de Sousa Júnior  
Mariel Wágner Holanda Lima  
Emanuelly Marinho de Oliveira  
Elielson Rodrigues da Silva  
Leandro Luiz da Silva Loures  
Marks Passos Santos  
Bruno Santos Souza  
Rodrigo Andrade Leal  
Maria Sinária Silva de Castro dos Santos  
Ana Carla Almeida de Melo  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.10

#### **CAPÍTULO 11**

#### **A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E O ESTATUTO DO IDOSO: UMA REVISÃO CRÍTICA DE LITERATURA..... 147**

Gustavo Baroni Araujo  
Mariana Pereira Barbosa Silva  
Layanne Cavalcante de Moura  
Jadson Viana Barreto Junior  
Leandro Luiz da Silva Loures  
Tamara Saraiva de Assis  
Artenizia Criste Lima  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.11

#### **CAPÍTULO 12**

#### **COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ..... 157**

Leidiane Pereira da Silva  
Patrick Gomes de Souza  
Everton de Oliveira Pinto  
Rodrigo Barata de Lima  
Márcia Seixas de Castro  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.12

#### **CAPÍTULO 13**

#### **ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM SOBRE A HUMANIZAÇÃO COMO UMA APOSTA ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICA..... 173**

Gustavo Baroni Araujo  
Marcela de Souza Corsino  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.13

#### **CAPÍTULO 14**

#### **SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 ..... 187**

Victor Guilherme Pereira da Silva Marques  
Mariel Wágner Holanda Lima  
Elielson Rodrigues da Silva  
Ana Carla Almeida de Melo  
Marks Passos Santos  
Laisa Garcia Matos  
Josyskleydon Felipe da Silva Vieira Oliveira  
Rodrigo Andrade Leal  
Sdnei Gomes dos Santos  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.14

---

---

**CAPÍTULO 15**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PARTO VAGINAL E LACERAÇÃO PERINEAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 195**

Hugo Santana dos Santos Junior  
Leudilane Reis da Silva  
Ana Zélia Silva Fernandes de Sousa  
Analécia Dâmaris da Silva Alexandre  
Jaqueline Miranda de Oliveira  
Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira  
Aline Ouriques de Gouveia  
Percília Augusta Santana da Silva  
Kecyani Lima dos Reis  
DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.15

**ÍNDICE REMISSIVO..... 203**

---

---



# APRESENTAÇÃO

Prezad@s,

Satisfação! Esse é o sentimento que vem ao meu ser ao escrever a apresentação deste atraente livro. Não apenas porque se trata do volume 7 da Coleção Pesquisas em Temas de Ciências da Saúde, publicado pela RFB Editora, mas pela importância que essa área possui para a promoção da qualidade de vida das pessoas.

Segundo a Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), fazem parte dessa área: MEDICINA, NUTRIÇÃO, ODONTOLOGIA, FARMÁCIA, ENFERMAGEM, SAÚDE COLETIVA, EDUCAÇÃO FÍSICA, FONOaudiologia, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Tal área suscita, portanto, uma gama de possibilidades de pesquisas e de relações dialógicas que certamente podem ser relevantes para o desenvolvimento social brasileiro.

Desse modo, os artigos apresentados neste livro - em sua maioria frutos de árduos trabalhos acadêmicos (TCC, monografia, dissertação, tese) - decerto contribuem, cada um a seu modo, para o aprofundamento de discussões na área da Saúde Brasileira, pois são pesquisas germinadas, frutificadas e colhidas de temas atuais que vêm sendo debatidos nas principais universidades nacionais e que refletem o interesse de pesquisadores no desenvolvimento social e científico que possa melhorar a qualidade de vida de homens e de mulheres.

Acredito, verdadeiramente, que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Esse livro é parte da materialização dessa utopia.

**Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza**

Editor-Chefe

---



# CAPÍTULO 1

---

## IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2020

### *EPIDEMIOLOGICAL IMPACT OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL BETWEEN THE YEARS 2010 AND 2020*

*Lucas Oliveira Marques<sup>1</sup>  
Roberta Coutinho Vasconcelos<sup>2</sup>*

*DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.1*

<sup>1</sup> Universidade de Itaúna. <https://orcid.org/0000-0002-1166-8386>. oliveira.lucasmarques@gmail.com  
<sup>2</sup> Universidade de Itaúna. <https://orcid.org/0000-0003-1501-2701>. robertacoutinhovas@gmail.com

## RESUMO

Este capítulo objetivou analisar criteriosamente a realidade brasileira acerca da sífilis congênita, ressaltando fatores que afetam diretamente os altos números de casos notificados. Trata-se de estudo epidemiológico realizado na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) ofertadas pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre os anos de 2010 e 2020. Ainda, realizou-se revisão literária nas bases de dados PubMed, LILACS e Scielo. Durante os anos de 2010 e 2020 foram notificados 184.349 casos de sífilis congênita no Brasil. A maior prevalência dessa doença ocorreu em gestantes com idade entre 20 e 29 anos (53%), escolaridade até ensino médio incompleto (55,2%), com pré-natal adequado (79,3%) e recebendo tratamento adequado (54,8%). Ainda, 92,3% das crianças com sífilis congênita receberam o diagnóstico de sua fase recente, porém, ainda há importante quantidade de casos de abortos (n=6.657) e de natimortos (n=6.243). A crescente incidência de casos de sífilis congênita no Brasil demonstra a necessidade do sistema de saúde em acompanhar, rigorosamente, as gestantes, objetivando o diagnóstico precoce de sífilis gestacional e seu tratamento adequado, principalmente, em populações com fatores de risco para sua ocorrência.

**Palavras-chave:** Sífilis congênita. Sífilis. Gestação. Epidemiologia.

## ABSTRACT

This chapter aimed to carefully analyze the Brazilian reality regarding congenital syphilis, highlighting factors that directly affect the high numbers of reported cases. This is an epidemiological study carried out in the database of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS) offered by the Department of Chronic Conditions and Sexually Transmitted Infections, between the years 2010 and 2020. In addition, a literary review was carried out in the PubMed, LILACS and Scielo databases. During 2010 and 2020, 184,349 cases of congenital syphilis were reported in Brazil. The highest prevalence of this disease occurred in pregnant women aged between 20 and 29 years (53%), education up to incomplete high school (55,2%), with adequate prenatal care (79.3%) and receiving adequate treatment (54,8%). Still, 92.3% of children with congenital syphilis receive the diagnosis of their recent phase, however, there are still an important number of cases of abortions (n = 6,657) and stillborn (n = 6,243). The growing incidence of congenital syphilis cases in Brazil demonstrates the need for the health system to strictly monitor pregnant women, aiming at the early diagnosis of gestational syphilis and its appropriate treatment, especially in populations with risk factors for its occurrence.

**Keywords:** Congenital syphilis. Syphilis. Pregnancy. Epidemiology.

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é caracterizada como uma infecção sexualmente transmissível (IST), sistêmica, de evolução crônica, que resulta em lesões cutâneas temporárias. Sua transmissão ocorre por via sexual ou placentária, sendo seu agente causador a bactéria, espiroqueta, *Treponema pallidum* (LACERDA, 2017; SOARES, 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 1,3 a 2,0 milhões de gestantes são infectadas por sífilis a cada ano (CAVALCANTE, 2019). Quanto, a sífilis congênita (SC), dados recentes demonstram que as taxas de sífilis congênita na América do Sul encontram-se estáveis desde 2009, no entanto o Brasil é exceção (BEZERRA, 2019). De acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis (2019), houveram 26.219 casos de notificação da doença entre 2008 e 2018, sendo que de 2017 para 2018 houve um incremento de 5,2% na totalidade de casos. Ainda as regiões Nordeste e Sudeste foram as mais afetadas (RÊGO, 2020).

Visto os altos números de casos de sífilis congênita no mundo e suas diversas consequências, o capítulo em questão tem como objetivo analisar dados epidemiológicos e seus fatores associados acerca da sífilis congênita no Brasil entre os anos de 2010 e 2020.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Sífilis e Gestação

A sífilis gestacional constitui um grave problema de saúde pública, uma vez que é preditora de elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal e dos agravos sociais e econômicos provocados. Esses altos números ocorrem devido ao baixo índice de diagnósticos precoces e tratamentos adequados (LACERDA, 2017).

Essa doença tem maior incidência e prevalência em mulheres que apresentam baixo acesso aos serviços de saúde, com início tardio do acompanhamento pré-natal, número insuficiente de consultas e com baixa condição socioeconômica. Esses fatores dificultam o diagnóstico e tratamento das gestantes e de seus parceiros (LACERDA, 2017; SOARES, 2020).

A sífilis não tratada ou tratada inadequadamente durante a gravidez pode resultar em aborto espontâneo, natimorto ou em morte infantil nos casos mais extremos. Também, pode ter como desfecho negativo a sífilis congênita em recém-nascidos (BEZERRA, 2019).

Os principais preditores da infecção congênita são o estágio da sífilis materna e a duração da exposição do feto ao útero, assim a transmissão será maior quando houver mais espiroquetas na circulação. Segundo estudos, a taxa de transmissão é de 70-100% nas fases primárias, 40% na fase latente recente e cerca de 10% na fase latente tardia (SANTOS, 2019).

## 2.2 Sífilis gestacional e Atenção Básica

Segundo o Ministério da Saúde, as maiores taxas de SC estão associadas a melhoria dos métodos de vigilância epidemiológica e maior distribuição de testes rápidos para a doença. A Portaria nº 1.459, em 2011, estabeleceu a “Rede Cegonha”, a qual promove melhorias no cuidado pré-natal, maior disponibilidade de testes rápidos sífilíticos e subsídios fiscais para controlar suas formas materna e congênita. Ainda, a implementação dos testes rápidos como parte de um pré-natal eficaz melhorou o tratamento materno, mas, também, revelou a alta prevalência de sífilis no Brasil (BEZERRA, 2019).

Vale ressaltar que a baixa ou inadequada assistência pré-natal (com diagnóstico tardio em gestantes), tratamento inadequado das gestantes e parceiros não tratados são pontos cruciais que dificultam a eliminação da SC (SOARES, 2020). Com isso, nota-se que a Atenção Primária à Saúde é de suma importância para o rastreamento, tratamento e prevenção da SC, uma vez que as equipes de Saúde da Família possuem um vínculo estreito entre a paciente e o serviço de saúde, tornando mais fácil o combate a sífilis (CAVALCANTE, 2019).

## 2.3 Complicações neonatais da sífilis congênita

A sífilis congênita ocorre por meio da infecção do feto pelo *Treponema pallidum* diretamente na corrente sanguínea do feto, via placentária ou pelo contato do recém-nascido com lesões ativas no canal de parto, em qualquer idade gestacional e independente do estágio clínico da sífilis gestacional (ANDRADE, 2018; BEZERRA, CAVALCANTE, 2019).

Como consequência, a bacteremia se dissemina para diversos órgãos e sistemas, como sangue, sistema esquelético, olhos, rins, baço, fígado, sistema nervoso central e coração (ANDRADE, 2018; HUSSAIN, 2021; KIDD, 2018). Com isso, observa-se uma cascata de inflamação generalizada levando a diferentes consequências, desde casos assintomáticos até aborto e sequelas motoras, neurológicas, ósseas, visuais, cognitivas e auditivas (ANDRADE, 2018; HUSSAIN, 2021).

Ainda, as complicações da SC podem ser divididas em manifestações clínicas precoces – quando as mesmas aparecem até os dois anos de idade – e manifestações clínicas tardias – quando corre após o segundo ano de vida (ANDRADE, 2018).

Como achados da SC precoce, pode-se citar: hepatomegalia, icterícia, rinite, linfadenopatia generalizada e erupções cutâneas. Já entre as manifestações clínicas tardias, lista-se: cicatrizes perorais; úlceras gomosas; alterações ósseas: protuberância frontal, nariz em sela, maxila proeminente e tibia em sabre; deficiência intelectual; dentes de Hutchinson; queratite intersticial e; perda auditiva neurossensorial (ANDRADE, 2018; HUSSAIN, 2021).

Ainda, todas as crianças diagnosticadas com sífilis congênita, independentemente do esquema terapêutico adotado pela mãe, devem receber acompanhamento ambulatorial mensais até completarem seis meses de vida. Também, devem realizar pesquisa com teste não-treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida. Além disso, devem realizar avaliação oftalmológica, neurológica e fonoaudiológica semestralmente até os dois anos de vida (CAVALCANTE, 2019).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e de cunho epidemiológico realizado com base em dados dos casos de sífilis congênita ocorridas no Brasil durante os anos de 2010 e 2020.

As informações foram coletadas durante o mês de março de 2021 baseado nos registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) por meio do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde e ajustadas matematicamente de acordo com os dados demográficos obtidos na mesma plataforma. Foram pesquisados os números de notificações de sífilis congênita, correlacionando com a faixa etária da mãe, escolaridade materna, realização do pré-natal, esquema de tratamento materno e o estágio da sífilis congênita no momento do diagnóstico entre os anos de 2010 e 2020.

Os dados obtidos foram tabulados previamente pelo DATASUS com auxílio do programa Microsoft Office Excel (Microsoft© 2019), analisados no mês de março de 2021 e apresentados por meio de estatística descritiva e através de gráficos.

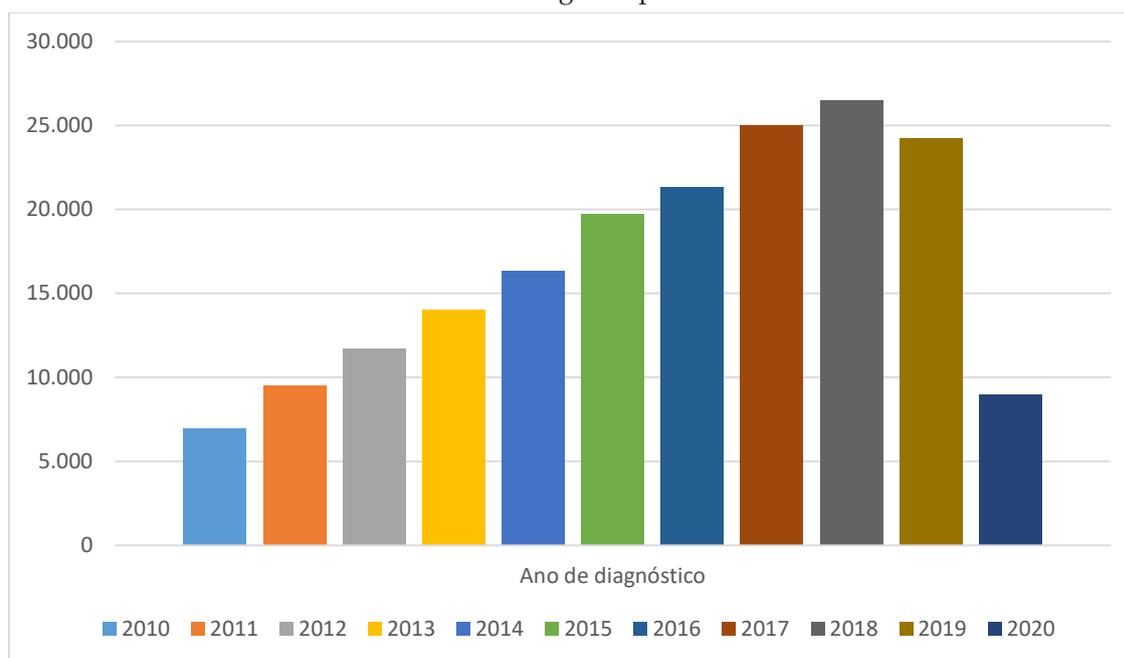
Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica a partir de artigos pesquisados nas bases de dados PubMed, LILACS e Scielo publicados entre os anos 2017 e 2021. O descritor utilizado na busca foi: “sífilis congênita”. Em relação aos critérios

de inclusão, foram selecionados artigos que apresentaram informações quantitativas e qualitativas relacionadas à sífilis gestacional e congênita. Quanto aos critérios de exclusão, trabalhos em duplicidade e que, apesar de possuírem os descritores elegidos, não abordavam a temática da pesquisa diretamente, analisada pela leitura dos resumos, foram desconsiderados.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante os anos de 2010 e 2020 foram notificados 184.349 casos de sífilis congênita no Brasil. Pode-se observar que a cada ano o número de casos vem aumentando, exceto pelo ano de 2019 onde houve uma pequena queda e pelo ano de 2020 que apresentou apenas 8.968 casos (Gráfico 1). Porém, o baixo número de casos registrados em 2020 pode ser resultado da publicação de notificações, pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, ter ocorrido apenas até 20/06/2020 (BRASIL, 2020).

**Gráfico 1** - Casos de sífilis congênita por ano entre 2010 e 2020.

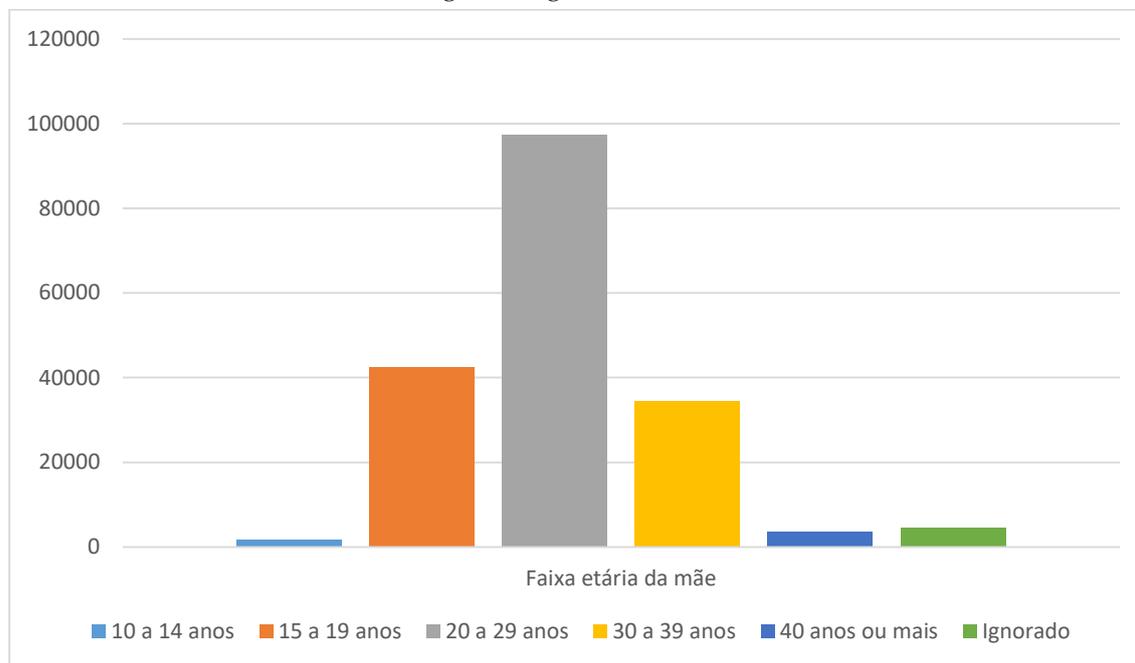


**Fonte:** Brasil/Ministério da Saúde (2020).

De acordo com o número de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe tem-se: 1.727 para mães de 10 a 14 anos; 42.442 para a faixa etária de 15 a 19 anos; de 20 a 29 anos, 97.494 casos; de 30 a 39 anos, 34.546 casos; 40 anos ou mais, 3.623 e; faixa etária ignorada em 4.517 casos (Gráfico 2) (BRASIL, 2020). Com isso, observa-se que a faixa etária que mais contribui para o alto número de casos de sífilis congênita foi de 20 a 29 anos, computando, aproximadamente, 53% do total de

casos. Esse dado é corroborado pela literatura, a qual nos mostra que cerca de 60 % das mães estão na faixa etária entre 20 e 34 anos (REIS, 2019).

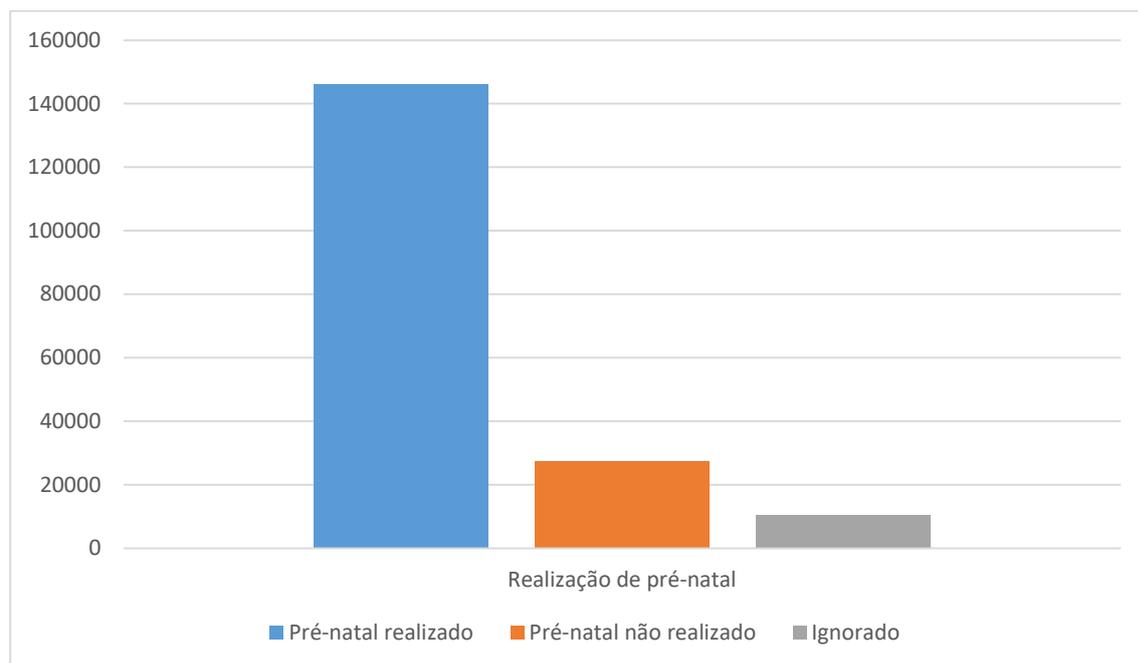
**Gráfico 2** - Casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe entre 2010 e 2020.



**Fonte:** Brasil/Ministério da Saúde (2020).

De acordo com a escolaridade da mãe e o número de casos de sífilis congênita, nota-se: 1.547 casos em mães analfabetas; 10.322 casos para a escolaridade de 1ª a 4ª série incompleta; 4ª série completa conta com 7.082 casos; 5ª a 8ª série incompleta, 43.269 casos; 18.232 diagnósticos em mães com ensino fundamental completo; ensino médio incompleto com 21.264 casos; 26.411 casos para escolaridade com ensino médio completo; superior incompleto com 1.718 casos; superior completo com 1.435 casos; em 904 diagnósticos não se aplicaram a escolaridade e; 52.165 casos foram ignorados a escolaridade da mãe (Gráfico 3) (BRASIL, 2020). Segundo a literatura, um forte fator de risco para SC no Brasil é a baixa escolaridade materna, onde a maior parte delas possuem escolaridade até o ensino médio incompleto. De acordo com o estudo de Rêgo et al. (2020), entre os anos de 2007 e 2016 houve um aumento significativo nos casos de SC nas macrorregiões brasileiras, com predomínio em filhos de mulheres brancas, de baixa escolaridade e abaixo de 20 anos. Em Santa Catarina, por exemplo, houve um aumento de mais de 1.190%. Ainda, o referente estudo mostra que a grande maioria das mães se enquadram na escolaridade até ensino médio incompleto (55,2%), o que corrobora o estudo de Reis et al. (2018).

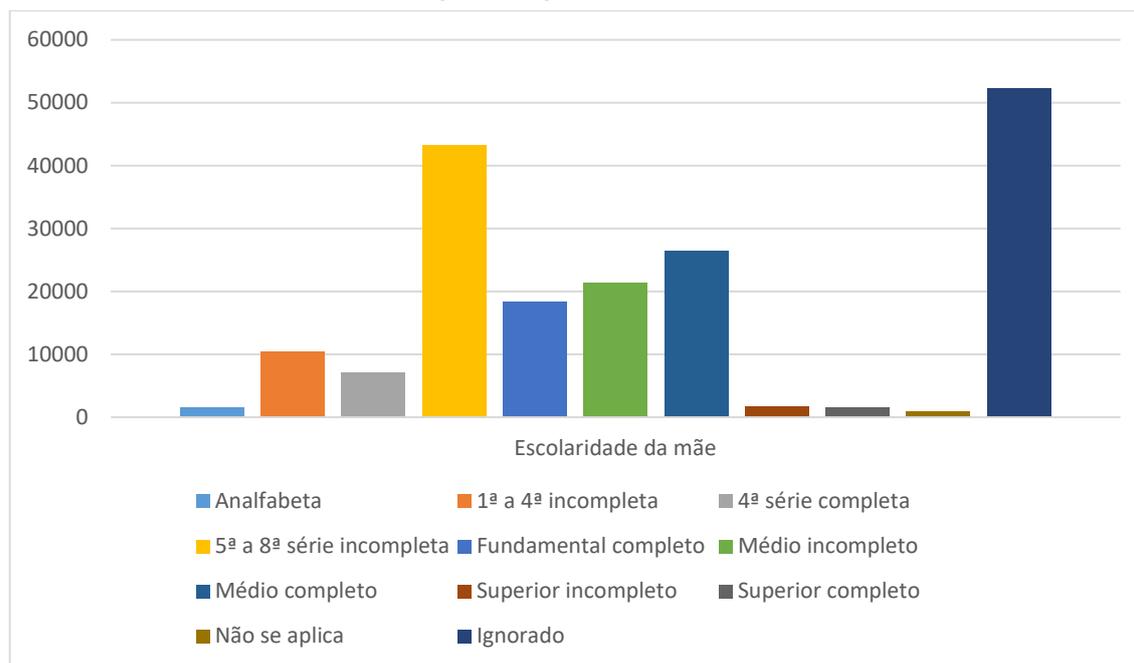
**Gráfico 3** - Casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe entre 2010 e 2020.



**Fonte:** Brasil/Ministério da Saúde (2020).

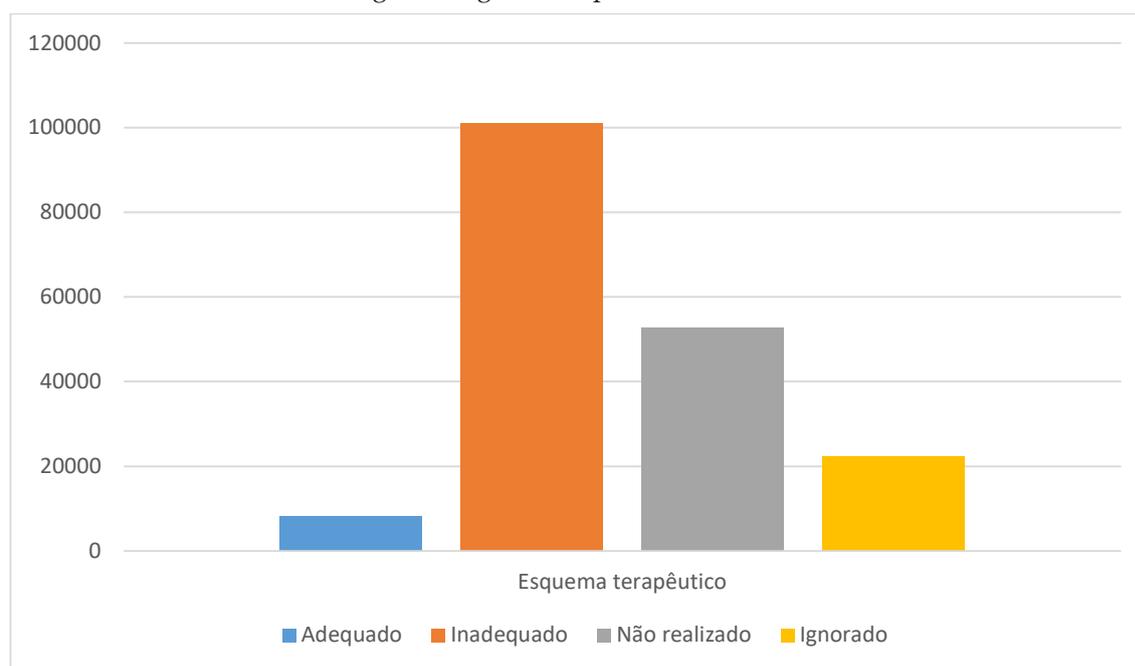
Outra análise feita foi a correlação dos casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe. Assim, obteve-se o seguinte resultado: 146.156 das mães fizeram o pré-natal; 27.574 não fizeram o pré-natal e; casos ignorados 10.619 (Gráfico 4) (BRASIL, 2020). Órgãos ligados a saúde, como a Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas recomendam o rastreamento e acompanhamento da sífilis em todas as mulheres grávidas desde a primeira consulta pré-natal. Ainda, essa atitude, eficaz e barata, ajuda a diminuir as complicações neonatais e ofertar terapêutica adequada para mãe (KIDD, 2018). Com isso, esses dados são positivos, uma vez que, a maioria das gestantes (aproximadamente, 80% da população estudada) realizaram pré-natal adequadamente.

**Gráfico 4** - Casos de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe entre 2010 e 2020.



Fonte: Brasil/Ministério da Saúde (2020).

De acordo com o esquema terapêutico utilizado pela mãe, observa-se que, 8.173 utilizaram o esquema adequado; 101.116 fizeram o esquema inadequadamente; 52.735 não realizaram nenhum tipo de tratamento; e 22.325 ignorado (Gráfico 5) (BRASIL, 2020). A utilização de penicilina G benzatina em gestantes é considerada o tratamento de escolha para sífilis. Ainda, nota-se eficácia de até 98% desse antibiótico na prevenção de sífilis congênita. Percebe-se que, quanto mais cedo for implementado, maior sua segurança na prevenção de infecção fetal e ocorrência de natimortos. Com isso, considera-se terapêutica adequada aquelas mães que foram tratadas com penicilina benzatina e que terminaram o tratamento, pelo menos, 30 dias antes do parto (HUSSAIN, 2021; KIDD, 2018). Porém, de acordo com a análise, apenas 4,4% das gestantes receberam tratamento adequado. Portanto, observa-se que mesmo com boa cobertura de pré-natal e fácil acesso à penicilina benzatina a maior parte das gestantes é tratada de forma inadequada. Como consequência do tratamento inadequado da SC pode ocorrer complicações como feto natimorto, aborto espontâneo, ou morte perinatal em até 40% dos casos (SOARES, 2020). Já quando as crianças sobrevivem, aproximadamente, 20% são sintomáticos apresentando manifestações precoces e tardias (CAVALCANTE, 2019).

**Gráfico 5** - Casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe entre 2010 e 2020.

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde (2020).

Por fim, foram observados a quantidade de diagnósticos de acordo com o estágio da sífilis congênita. Lesões caracterizadas como sífilis congênita recente foi encontrado em 171.098 casos. Em 351 crianças foram caracterizadas como sífilis congênita tardia. Já a presença de natimortos ocorreu em 6.243 dos casos. E, presença de aborto decorrente de sífilis congênita em 6.657 casos (BRASIL, 2020). Mesmo com altas taxas de pré-natal adequado no Brasil, como discutido no presente trabalho, ainda se observa que a sífilis congênita ainda é importante causa de óbito fetal, atingindo aproximadamente 10% dos casos (KIDD, 2018).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis congênita é um problema de saúde pública com importante crescente em sua incidência no Brasil. Como fatores adjuvantes, nota-se a faixa etária mais jovens (adolescentes e adultos jovens) e baixa escolaridade. Paradoxalmente, as mães das crianças com sífilis congênitas, em grande parte, obtiveram pré-natal e esquema terapêutico adequado. Porém, isso não foi o suficiente para reduzir os índices de casos de sífilis nos recém-nascidos, resultando em desfechos clínicos negativos, abortos e casos de natimortos.

Assim, deve haver maior investimento em políticas de promoção de saúde, realizadas pela Estratégia de Saúde da Família, a partir de práticas de educação em saúde, não só durante o pré-natal enfocando sífilis gestacional e sífilis congênita,

mas também na educação continuada em toda a população, masculina e feminina, acerca dos cuidados na prevenção da sífilis primária.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.L.M.B. et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: Uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Rev Paul Pediatr**, v.36, n.3, p.376-381, 2018.

BEZERRA, M.L.M.B. et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. **Emerg Infect Dis**, v25, n.8. p.1469-1476, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em 14 de março de 2021.

CALVACANTE, A.N.M. et al. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. **Revista em Saúde Pública**, v.53, 2019.

HUSSAIN, S.A.; VAIDYA, R. Congenital Syphilis. **StatPearls Publishing**, 2021.

KIDD, S. et al. Use of National Syphilis Surveillance Data to Develop a Congenital Syphilis Prevention Cascade and Estimate the Number of Potential Congenital Syphilis Cases Averted. **Sex Transm Dis**, v. 45, n.9, p.S23-S28, 2018.

LACERDA, E.D.; RODRIGUES, J.A.; CARNEIRO, W.S. Controle da sífilis na gestação: Uma abordagem sobre a assistência de enfermagem. **Temas em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 226-235, 2017. PDF

RÊGO, A.S. et al. Congenital syphilis in Brazil: distribution of cases notified from 2009 to 2016. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.53:(e20200338), 2020.

REIS, G.J. et al. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.34 n.9, 2018.

SANTOS, W.S.; CABRAL, P.R.F. Sífilis na gestação. **Revista Miríade Científica**, v.4, n.2, 2019.

SOARES, K.K.S. et al. Análise espacial da sífilis na gravidez e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, Brasil, 2011-2018. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.29 n.1, 2020.



## CAPÍTULO 2

### PRINCIPAIS REPERCUSSÕES DA VNI EM PÓS OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

#### MAIN REPERCUSSIONS OF NIV IN POST-PERIOD OF MYOCARDIAL REVASCULARIZATION: A LITERATURE REVIEW

*Krismiane Paz dos Santos Monteiro<sup>1</sup>  
Tamilis Cristina Rocha<sup>2</sup>  
Keylla Nayara da Silva Santos Alves<sup>3</sup>  
Tamara Maria de Oliveira Santos<sup>4</sup>  
Dannyell Manoel Jacintho Junior<sup>5</sup>  
Elenildo Aquino dos Santos<sup>6</sup>  
Rômulo de Luna Lessa<sup>7</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.2

1 Centro Universitário Maurício de Nassau . <https://orcid.org/0000-0002-2941-8836>. [krismiane@hotmail.com](mailto:krismiane@hotmail.com)  
2 Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0002-7236-8053>. [tamilis.cristina.1@gmail.com](mailto:tamilis.cristina.1@gmail.com)  
3 Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0002-9465-0738>. [keylla\\_nayara@hotmail.com](mailto:keylla_nayara@hotmail.com)  
4 Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0001-6310-1157>. [tamara-oliveirasantos@outlook.com](mailto:tamara-oliveirasantos@outlook.com)  
5 Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. <https://orcid.org/0000-0002-1196-9357>. [dannyellfisio@gmail.com](mailto:dannyellfisio@gmail.com)  
6 Centro Universitário Mário Pontes Jucá. <https://orcid.org/0000-0001-8404-9001>. [elenildo@hotmail.com](mailto:elenildo@hotmail.com)  
7 Instituto de Ensino Superior de Alagoas -IESA. <http://lattes.cnpq.br/0792835868120331>. [prof.romulodeluna@gmail.com](mailto:prof.romulodeluna@gmail.com)

## RESUMO

**I**ntrodução: Dentre as doenças cardiovasculares, destaca-se o infarto agudo do miocárdio, sendo considerada como a principal causa de morte quando comparada com as demais patologias cardiovasculares. A revascularização do miocárdio (RM) é recomendada para pacientes nos quais o tratamento clínico não consegue controlar a angina pectoris ou para aqueles que possuem um elevado grau de obstrução de artérias coronárias principais, levando ao risco de vida. A fisioterapia através de estratégias eficazes pode acelerar o processo de recuperação, evitar ou tratar as possíveis complicações que podem surgir em decorrência do procedimento cirúrgico. Assim a ventilação não invasiva (VNI) tem sido empregada de maneira preventiva nos pacientes que estão em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Objetivo:** reconhecer as principais repercussões do uso da ventilação mecânica não invasiva (VNI) em pós-operatório de revascularização do miocárdio. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual foram incluídos estudos clínicos que avaliavam as repercussões da VNI no pós operatório de RM. Os artigos foram pesquisados entre os meses de outubro e novembro de 2020, nas bases de dados SciELO, PubMed, PEDRo, Biblioteca Virtual em Saúde, Cochrane Library e Google acadêmico, utilizando as palavras chave nas línguas portuguesa e inglesa, foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2015 e 2020. **Resultados:** O uso da VNI ocasionou melhora da função pulmonar, funcionalidade, saturação venosa central e reduziu o lactato sanguíneo, entretanto, resultou na diminuição da pressão arterial diastólica dos pacientes. **Conclusão:** O uso da VNI nas modalidades CPAP E BILEVEL mostram-se seguros e beneficiam pacientes que estão no pós operatório de revascularização do miocárdio.

**Palavras-chave:** Revascularização miocárdica. Ventilação não invasiva. Fisioterapia

## ABSTRACT

**Introduction:** Among cardiovascular diseases, acute myocardial infarction stands out, being considered the main cause of death when compared to other cardiovascular pathologies. Myocardial revascularization (MRI) is recommended for patients in whom clinical treatment is unable to control angina pectoris or for those who have a high degree of obstruction of major coronary arteries, leading to life-threatening. Physiotherapy can efficiently accelerate the recovery process, avoid or treat as possible complications that may arise as a result of the surgical procedure. Thus, Non-invasive Conditions (NIV) has been used preventively in patients who are in the postoperative period of cardiac surgery. **Objective:** to recognize the main repercussions of the use of non-invasive mechanics (NIV) in postoperative myo-

cardial revascularization. **Methodology:** It is an integrative literature review, which included clinical studies that evaluated the repercussions of NIV in the postoperative period of MRI. The articles were searched between the months of October and November 2020, in the databases SciELO, PubMed, PEDRo, Virtual Health Library, Cochrane Library and Google Academic, using the keywords in Portuguese and English, articles were selected published between 2015 and 2020. **Results:** The use of NIV caused an improvement in pulmonary function, functionality, central venous saturation and reduced blood lactate, however, it resulted in a decrease in patients' diastolic blood pressure. **Conclusion:** The uses of NIV in CPAP and BILEVEL modalities prove to be safe and beneficial in the postoperative period of myocardial revascularization.

**Keywords:** Myocardial revascularization. Non-invasive ventilation. Physiotherapy

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde OMS (2020) a doença arterial coronariana (DAC) está incluída no grupo das doenças cardiovasculares, sendo definida como uma patologia que envolve os vasos sanguíneos que nutrem o músculo cardíaco. Muitas vezes não há sintomas da doença subjacente dos vasos sanguíneos, sendo assim um ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral (AVC) podem ser os primeiros sinais da existência da DAC.

Dentre as doenças cardiovasculares, destaca-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), sendo considerada como a principal causa de morte quando comparada com as demais patologias cardiovasculares. Trombose e/ou vasoespasmos da placa aterosclerótica pode causar isquemia prolongada levando a morte dos cardiomiócitos provocando assim o IAM, (DAVIES, 2000).

As causas de ataques cardíacos geralmente são uma combinação de diversos fatores de risco, como o uso de tabaco, dietas inadequadas, obesidade, sedentarismo, uso nocivo do álcool, hipertensão arterial, diabetes e hiperlipidemia, os sintomas são caracterizados principalmente pela presença de angina pectoris, dispnéia, sensação de desmaio ou tontura, sensação de enjoo ou vômito, suor frio e palidez. O tratamento pode ser clínico, através de medicamentos ou cirúrgicos incluindo dentre esses a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

A revascularização do miocárdio (RM) é recomendada para pacientes nos quais o tratamento clínico não consegue controlar a angina pectoris ou para aque-

les que possuem um elevado grau de obstrução de artérias coronárias principais, levando ao risco de vida (GOIS, DANTAS, TORRATI, 2009), sendo apontada como uma das cirurgias realizadas com mais frequência no Sistema Único de Saúde (SUS) chegando a representar 77% dos procedimentos cirúrgicos realizados nos hospitais públicos, privados e filantrópicos, (CÉSAR e VIANA, 2014).

Os benefícios da revascularização cirúrgica do miocárdio são popularmente conhecidos por melhorarem a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes, (HUEB et al., 2007). Na CRM podem ser utilizados dois tipos de condutos, os venosos e os arteriais, no qual no venoso a veia magna é a mais utilizada, porém apresenta degeneração progressiva e ao longo de 10 anos, apenas 30% das pontes estão pervias. Os condutos arteriais apresentam uma maior durabilidade, chegando até 15 anos com 90% das artérias pervias, a mais utilizada é a artéria mamária interna, (LOOP et al. 1986).

Dentre as complicações pulmonares ocorridas frequentemente no pós-operatório de cirurgia cardíaca destacam-se atelectasia e derrame pleural. Sendo possível também a presença de broncos espasmos e pneumotórax, além da pneumonia nosocomial que pode estar associada ao tempo de permanência do tubo oro traqueal (BLATTNER e SAADI, 2008); (ROMANINI et al. (2007).

A fisioterapia é de fundamental importância para a reabilitação desses pacientes, pois através de estratégias eficazes pode acelerar o processo de recuperação, evitar ou tratar as possíveis complicações que podem surgir em decorrência do procedimento cirúrgico (COERJENS et al., 2005), além, de contribuir com a melhora na qualidade de vida, capacidade funcional e pulmonar, REGENGA (2002).

De acordo com Coerjens et al.(2005) na fase hospitalar a mobilização precoce pode ser aplicada, incluindo exercícios metabólicos e técnicas para auxiliar a eliminação da secreção. Exercícios aeróbicos de baixa intensidade também podem ser aplicados (MORAES et al., 2005. ). Além de algumas manobras respiratórias como o uso da pressão positiva contínua e o incentivador respiratório ( ROMANINI et al., 2007 ; MULLER et al., 2006).

A ventilação não invasiva (VNI) é empregada como suporte ventilatório em pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada e como profilaxia para o seu surgimento ( ADAM et al. 2017 ). No entanto tem sido empregada no tratamento de atelectasia (PASQUINA et al., 2008) e de maneira preventiva nos pacientes que estão em pós-operatório de cirurgia cardíaca (ZARBOCK et al.2009);( LOPES et al. 2008 ).

A VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos, evitando desta forma as complicações associadas à intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva (FERREIRA, 2009). Através de pressão de suporte, como pressão expiratória final positiva e pressão positiva contínua, adaptado ao paciente por meio de máscaras faciais ou nasais, reduzindo o trabalho dos músculos acessórios da respiração e facilitando as trocas gasosas, (CONTI et al.,2004).

Sabe-se que a utilização da ventilação não invasiva proporciona o aumento da complacência pulmonar melhorando a ventilação nos alvéolos, resultando numa melhora da hematose pulmonar,( ADAM et al.,2017).

Assim, diante do exposto aqui, justifica-se a realização desta revisão de literatura com o objetivo de reconhecer as principais repercussões do uso da ventilação mecânica não invasiva (VNI) em pós-operatório de revascularização do miocárdio.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual foram incluídos estudos clínicos que avaliavam as principais repercussões do uso da ventilação mecânica não invasiva (VNI) em pós-operatório de revascularização do miocárdio.

Para contextualizar e conceituar a temática, foram realizados levantamentos bibliográficos nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library online (SciELO), Publisher Medline (PubMed), Physiotherapy Evidence Database (PEDRo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane Library e Google acadêmico. Entre os meses de outubro e novembro de 2020, utilizando as palavras chave: Myocardial Revascularization, Non-invasive ventilation, physiotherapy, e os descritores correspondentes na língua portuguesa: revascularização miocárdica, ventilação não invasiva, fisioterapia.

Critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos 2015 a 2020, nos idiomas português e inglês, onde foram abordados cirurgia de revascularização miocárdica, a aplicação da VNI em pacientes que foram submetidos a este tipo de cirurgia, bem como os efeitos adversos ocasionados em decorrência de seu uso.

Critérios de exclusão: artigos incompletos, relato de caso, ausência de dados a serem extraídos, comentários ou cartas e artigos que não contribuíram com o objetivo do tema.

### 3 RESULTADOS

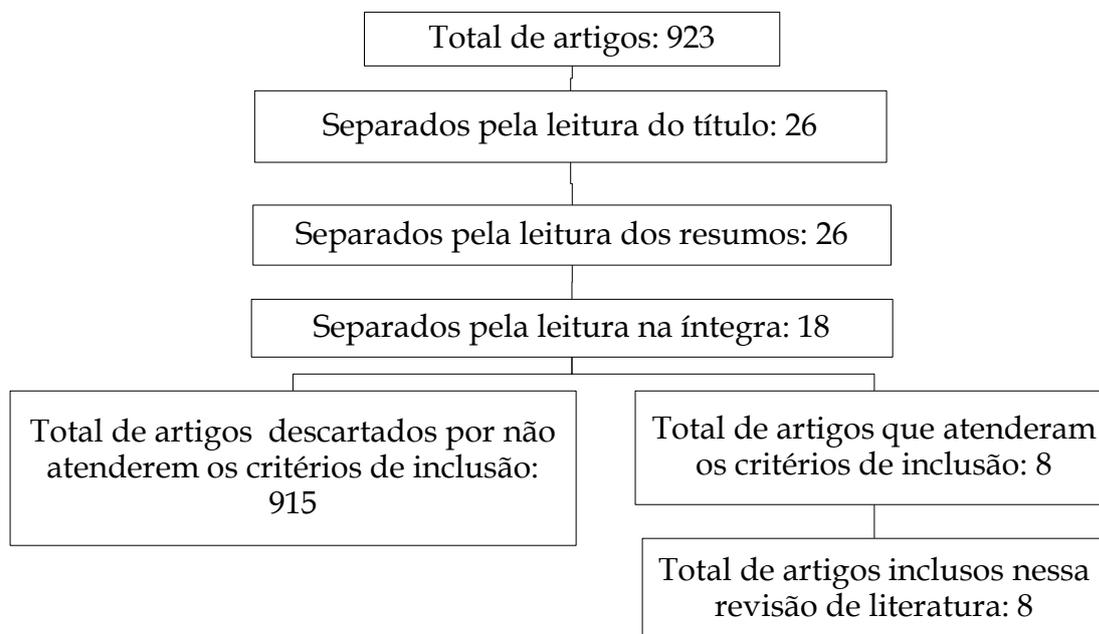
A busca nas bases de dados SciELO, PubMed, PEDRo, Biblioteca virtual em Saúde, Cochrane e Google acadêmico, ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2020, por meio dos descritores ‘revascularização miocárdica, ventilação não invasiva e fisioterapia’ na língua portuguesa e ‘myocardial revascularization, non-invasive ventilation, physiotherapy’ na língua inglesa, resultando assim um total de 923 títulos publicados entre 2015 e 2020.

A primeira seleção foi realizada através da leitura dos títulos e descartou 897 estudos. Posteriormente, procedeu-se à análise do conteúdo dos resumos dos 26 estudos restantes, dos quais foram descartados 18 por não atenderem aos critérios de inclusão.

Os 8 artigos restantes foram lidos na íntegra e estruturaram esta revisão. Os estudos selecionados foram apresentados por meio de tabelas que apresentam os resultados devidamente discutidos.

Na tabela (Tabela 1), encontram-se os principais estudos encontrados na literatura que foram sequenciados conforme objetivos estipulados para a presente revisão:

**Figura 1** - Fluxograma dos estudos inclusos na revisão.



Os estudos selecionados foram sumarizados de acordo com os autores, ano, tipo de estudo, título e objetivos no Quadro 1.

**Quadro 1** - Sumarização dos estudos selecionados.

<b>Autor/ano</b>	<b>Tipo do estudo</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>
ATAIDE, Ailyn Amoury et al. 2017	Cross-over	Efeitos da ventilação mecânica não invasiva sobre a função pulmonar em pacientes no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.	Verificar os efeitos da VNI sobre valores espirométricos em pacientes no pós-operatório CRM.
MARCONDI, Natasha O et al. 2018	Coorte	Ventilação não invasiva após Enxerto de bypass da artéria coronária em indivíduos com Disfunção Ventricular Esquerda.	Avaliar os efeitos agudos da VNI na ScvO <sub>2</sub> e lactato sanguíneo em indivíduos com disfunção ventricular esquerda durante a fase pós-operatória inicial da CRM.
FILHO, Amaro Afrânio De Araújo. 2017	Ensaio clínico controlado randomizado	Impacto do uso da ventilação mecânica não invasiva profilática na funcionalidade de pacientes no pós-operatório cardíaco: um ensaio clínico.	Avaliar a capacidade funcional de pacientes no PO de RM e de TV submetidos à VNI profilática.
JACHETTO, Nayara dos Santos , et, al. 2019	Ensaio clínico não randomizado	Ventilação não invasiva no pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio	Avaliar as trocas gasosas e repercussões hemodinâmicas da VNI aplicada no POi de CRM.

NASRALA, Mara LS, et al. 2018	Ensaio clínico randomizado	A ventilação com pressão positiva não invasiva por tempo prolongado melhora a perfusão tecidual após a cirurgia de revascularização do miocárdio: um ensaio clínico randomizado.	Comparar os efeitos da VNI estendida e VNI de curto período na função pulmonar, perfusão tecidual e resultados clínicos no período POi após CRM em pacientes com função ventricular esquerda preservada.
MEINHARDT, Marjorie Yandara, et al. 2017	Cross-over	Efeito da ventilação não-invasiva sobre a demanda miocárdica no pós-operatório de cirurgia cardíaca.	Avaliar os efeitos da VNI por CPAP e por Bilevel sobre a demanda miocárdica no PO de RM e troca valvar.
MIURA; Claudia et al. 2018	Ensaio randomizado	Os efeitos da manobra de recrutamento durante a ventilação não invasiva após a cirurgia de revascularização do miocárdio: um ensaio randomizado.	Avaliar se a VNI com manobra de recrutamento poderia melhorar com segurança a oxigenação em pacientes com atelectasia e hipoxemia submetidos à CRM.

<p>PANTONI,Camila Bianca Falasco . et al.2016</p>	<p>Ensaio randomizado</p>	<p>Pressão positiva contínua nas vias aéreas durante o exercício melhora o tempo de caminhada em pacientes submetidos à reabilitação cardíaca em internação após cirurgia de revascularização do miocárdio:  UM TESTE RANDOMIZADO CONTROLADO.</p>	<p>Avaliar a eficácia do CPAP no primeiro dia de deambulação após CRM em pacientes submetidos à RC em regime de internação.</p>
---	-------------------------------	---	---

Fonte: Dados do estudo.

A seguir no Quadro 2, foram sumarizadas as intervenções e desfechos.

**Quadro 2** - Sumarização das intervenções e desfechos.

Autor/ano	Intervenção	Desfecho
ATAIDE, Ailyn Amoury et al. 2017.	Aplicação única da VNI na modalidade Bilevel compressão inspiratória de 15 cmH2O e pressão expiratória de 5 cmH2O.	Melhora da função pulmonar.
MARCONDI, Natasha O et al. 2018.	Aplicação da VNI em dois níveis de pressão (pressão inspiratória justificada para manter um volume corrente entre 6-8 ml/kg e PEEP 10cm H20) durante 1 hora.	Melhora da ScvO <sub>2</sub> e diminuição do lactato sanguíneo.
FILHO, Amaro Afrânio De Araújo. 2017.	3 aplicações da VNI na modalidade CPAP com PEEP de 10cmH2O durante 60 minutos.	Melhora da funcionalidade.
JACHETTO, Nayara dos Santos , et, al. 2019.	Aplicação da VNI na modalidade bilevel (pressão inspiratória positiva = 15 cmH2O e pressão expiratória= 05 cmH2O) durante 60 minutos.	Redução da pressão arterial diastólica.

NASRALA, Mara LS, et al. 2018.	Aplicação da VNI durante 6 horas no POi e 60 minutos, duas vezes ao dia. Aplicação da VNI durante 1 hora no POi e durante 10 minutos duas vezes ao dia. Ambos os grupos receberam VNI na modalidade Bilevel (pressão inspiratória justificada para manter um volume corrente entre 6-8 ml/kg PEEP de 10 cmH <sub>2</sub> O) do primeiro ao quinto dia de PO.	Melhorias na perfusão tecidual e função pulmonar .
MEINHARDT, Marjorie Yandara, et al. 2017.	Aplicação da VNI com um nível de pressão (PEEP= 9cmH <sub>2</sub> O) e dois níveis de pressões (pressão inspiratória =12cmH <sub>2</sub> O e PEEP de 6cmH <sub>2</sub> O) durante 20 minutos, com intervalos de 5 horas entre a aplicação da primeira modalidade e da segunda.	Não houve repercussão significativa sobre as variáveis hemodinâmicas avaliadas.
MIURA; Mieke Claudia et al. 2018.	GC recebeu aplicação da VNI durante 30 minutos 3 vezes ao dia com pressão expiratória final positiva de 8 cmH <sub>2</sub> O. RG recebeu aplicação da VNI recebeu manobra de recrutamento compressão expiratória final positiva de 15 cm H <sub>2</sub> O e 20 cm H <sub>2</sub> O por 2 minutos cada.	Melhora do nível de oxigenação e redução da atelectasia.
PANTONI, Camila Bianca Falasco. et al. 2016	RC e aplicação da VNI na modalidade CPAP com pressões fixadas entre 10 e 12 cmH <sub>2</sub> O.	Melhora da tolerância ao exercício, função ventilatória, e padrão respiratório.

Fonte: dados do estudo

## 4 DISCUSSÃO

Ataíde et al. ( 2017 ), identificou uma melhora na função pulmonar em apenas uma aplicação da ventilação não invasiva com dois níveis de pressão, o protocolo aplicado iniciou com IPAP de 15 cm de H<sub>2</sub>O e EPAP de 5 cm de H<sub>2</sub>O mantidos por 5 minutos, logo após foi elevada IPAP de 20 cm de H<sub>2</sub>O e EPAP de 10 cm de H<sub>2</sub>O por 20 minutos, finalizando com a redução de IPAP para 15 cm de H<sub>2</sub>O e EPAP de 5 cm de H<sub>2</sub>O por 5 minutos. Confirmando a melhora através dos resultados obtidos na espirometria.

No estudo de Marcondi et al. ( 2018 ), os efeitos agudos da VNI na saturação venosa central de oxigênio (ScvO<sub>2</sub>) e lactato sanguíneo foram avaliados em 100 pacientes através das amostras de sangue que foram colhidas no período intraoperatório, 20 minutos após a chegada à UTI fazendo uso de ventilação mandatória intermitente, 20 min após a extubação com respiração espontânea; após 1 h de ventilação não invasiva; e por fim 20 minutos após a interrupção da ventilação não invasiva. Sendo observado ao final do estudo que o uso da VNI melhorou significativamente a saturação venosa central e reduziu o lactato sanguíneo.

Filho ( 2017 ), avaliou através de ensaio clínico controlado e randomizado a capacidade funcional de pacientes no pós operatório de revascularização do miocárdio e de troca valvar cardíaca que foram submetidos a ventilação não invasiva profilática. Os pacientes foram divididos em dois grupos, o grupo GE foi composto por 50 indivíduos que foram submetidos à revascularização do miocárdio, onde, após a chegada a unidade de terapia intensiva foi realizado o tratamento fisioterapêutico padrão e o uso da ventilação não invasiva durante 60 minutos, que se mostrou eficaz indicando melhora da funcionalidade dos indivíduos no pós operatório de RM.

O estudo de Jachetto et al. ( 2019 ), observou as trocas gasosas e as repercussões hemodinâmicas da VNI aplicada no pós operatório imediato da cirurgia de revascularização do miocárdio, através de um ensaio clínico não randomizado que incluiu 38 indivíduos, separados em dois grupos, onde o grupo GE recebeu protocolo de fisioterapia convencional juntamente com ventilação não invasiva que foi realizada uma vez ao dia durante 60 minutos. Chegando á conclusão ao final do estudo que a aplicação da VNI resultou na diminuição da pressão arterial diastólica dos pacientes.

Nasralla et al. ( 2018 ), realizou um estudo randomizado incluindo 70 indivíduos que foram avaliados quanto à elegibilidade, sendo 16 excluídos, 54 randomizados e 41 analisados. Divididos em dois grupos NPPV de curta duração (S-NPPV) e NPPV de longa duração (VNPP-E). Foi aplicado no grupo NPPV-E pressão positiva de dois níveis nas vias aéreas (BILEVEL ) por pelo menos seis horas no pós-operatório imediato (POI) e do primeiro ao quinto dia de pós operatório durante 1 hora, duas vezes ao dia. No grupo S-NPPV o BILEVEL foi administrado durante 60 minutos no pós operatório imediato e 10 minutos, duas vezes ao dia, do primeiro ao quinto dia de pós operatório imediato. Ao final do estudo foi observado no grupo ventilação de pressão positiva não invasiva de tempo prolongado melhorias significativas da perfusão tecidual, função pulmonar e resultados clínicos comparado ao grupo ventilação de pressão positiva não invasiva de curta duração.

No estudo de Meinhardt et al. (2017), os autores avaliaram os efeitos da ventilação não invasiva por CPAP e por BILEVEL sobre a demanda miocárdica no pós-operatório de revascularização miocárdica e troca valvar durante um estudo randomizado do tipo cross-over, a amostra foi aleatorizada quanto à realização de VNI nas modalidades BILEVEL e CPAP ambas foram aplicadas com os indivíduos posicionados em decúbito dorsal com elevação de cabeceira a 30° com duração de 20 minutos, sendo avaliado nos 1º, 2º e 20º minutos de aplicação da VNI as variáveis frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e pressão arterial média. Após as intervenções concluíram que não houve aumento da demanda miocárdica ou das variáveis hemodinâmicas avaliadas, entretanto as modalidades CPAP e BILEVEL mostraram-se seguras quanto a sua aplicabilidade.

Miura et al. (2018), em um ensaio clínico, controlado e randomizado com grupos paralelos objetivaram avaliar se a ventilação não invasiva com manobra de recrutamento poderia melhorar com segurança a oxigenação de indivíduos com atelectasia e hipoxemia submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Participaram do estudo 34 pacientes sendo divididos em dois grupos: grupo controle e grupo recrutamento, contendo 16 e 18 respectivamente. A aplicação do protocolo consistiu em VNI por 30 minutos três vezes ao dia, o grupo de recrutamento recebeu manobra de recrutamento com pressão expiratória final positiva 15 cm de H<sub>2</sub>O e 20 cm de H<sub>2</sub>O, por 2 minutos cada, durante a ventilação não invasiva. Constatou-se ao final do estudo redução da atelectasia e melhoria da oxigenação, sendo considerado seguro o uso da VNI com manobras de recrutamento.

E por fim o estudo de Pantoni et al. (2016), teve o objetivo de avaliar a eficácia do CPAP no primeiro dia de deambulação após cirurgia de revascularização miocárdica em pacientes submetidos à reabilitação cardíaca em regime de internação 54 pacientes constituíram o estudo randomizado, separados em dois grupos: reabilitação cardíaca e CPAP e reabilitação cardíaca sem CPAP. O CPAP foi utilizado até a tolerância dos exercícios aplicados no grupo de reabilitação cardíaca e CPAP, enquanto o outro grupo recebeu apenas reabilitação cardíaca. Os autores concluíram que em uma única sessão de exercício, o padrão respiratório, tolerância ao exercício e função ventilatória obtiveram respostas positivas após o uso do CPAP.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da presente revisão bibliográfica, pôde-se observar que as repercussões do uso da ventilação mecânica não invasiva durante o pós-operatório de revascularização do miocárdio foram respostas positivas como melhora da função pulmonar, melhor tolerância ao exercício, melhoria da perfusão tecidual e funcionalidade, foi

observado também redução da pressão diastólica, assim, podemos concluir que o uso da VNI nas modalidades CPAP E BILEVEL trazem repercussões benéficas e mostram-se seguras quando aplicadas em pacientes que estão no pós operatório de RM.

Ressalta-se, contudo que o presente estudo apresentou algumas limitações, pois nem todos os artigos encontrados faziam referencia ao tema em questão, assim, sugere-se assim novos estudos com o intuito de ampliar o conhecimento desta temática específica.

## REFERÊNCIAS

ADAM; C.T. et al. Protocolo para desmame da ventilação não invasiva: uma revisão de literatura, fisioter. Pesqui. Vol. 24 n.4, São Paulo out-dez. de 2017. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/publico/dica-safena.asp> Acesso em: 17 de mai. De 2020.

ATAÍDE, A. M. et al. Efeitos da ventilação mecânica não invasiva sobre a função pulmonar em pacientes no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. Pará Research Medical Journal, Pará, v.1, N. 1 , 2017 . Disponível em: <https://prmjournal.org/journal/prmj/article/doi/10.4322/prmj.2017.001>. Acesso em: 18 de out de 2020.

BLATTNER; C. N. et al. Efeito da fisioterapia respiratória precoce em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia de revascularização do miocárdio e seu impacto clínico. 2008. Tese. ( Mestrado em Ciências da Saúde ) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Acesso em: 17 de maio de 2020.

CÉSAR, L. A. M.; VIANA; C. B. Estratégia para decisão terapêutica: medicamentos vs. Angioplastia vs. Cirurgia. Ver. Soc. Cardiolol. São Paulo, V.24, N.1, 17-22, jan - mar. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-729289?lang=fr>. Acesso em 17 de maio de 2020.

COERJENS, P.C. et al., Avaliação dos níveis de dor após sessões de ultra-sonoterapia em pacientes cirúrgicos cardiovasculares. Ver Bras Fisioterapia. V.9, N.1, 25-31, 2005. Disponível em: <http://www.profala.com/artfizio72.pdf> . Acesso em 17 de maio de 2020.

DAVIES; Michael J. The pathophysiology of acute coronary syndromes. Heart (British Cardiac Society) V. 83, N.3, 361-6, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10677422/>. Acesso em 17 de maio de 2020.

FERREIRA; S. et.al. Ventilação não invasiva. Ver PortPneumol. Lisboa, V.15, N.4, Agosto. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-21592009000400006#:~:text=A%20VNI%20demonstrou%20efic%C3%A1cia%20no,exacerba%C3%A7%C3%B5es%20agudas%20de%20DPOC36](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592009000400006#:~:text=A%20VNI%20demonstrou%20efic%C3%A1cia%20no,exacerba%C3%A7%C3%B5es%20agudas%20de%20DPOC36). Acesso em: 17 de mai. De 2020.

FILHO, A.M.A. Impacto do uso da ventilação mecânica não invasiva profilática na funcionalidade de pacientes no pós-operatório cardíaco: um ensaio clínico. 2017. 60 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2017. Acesso em: 18 de out de 2020.

GOIS; C. F. L.; DANTAS; R.A.S; TORRATI, F.G. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do Miocárdio. Ver. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, V.30, N.4 Out./Dez. 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472009000400017](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400017). Acesso em: 17 de mai. De 2020.

HUEB; W. et al. Impact of diabetes on five-year outcomes Of patients with multivessel coronary artery disease. The Annals of thoracic surgery. V. 83,N.1,93-99, 2007. Disponível em: [https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(06\)01703-6/fulltext](https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(06)01703-6/fulltext). Acesso em: 17 de maio de 2020.

JACHETTO, N.S. et al. Ventilação não invasiva no pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio. Fisioterapia Brasil. São José do rio preto, São Paulo, v. 20, n. 5, 2019. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2734/html>. Acesso em: 18 de out de 2020.

LOOP, F. D. et al; Influence of the Internal mammary artery graft on 10-year survival and Other cardiac events. N Engl J Med. 314: 1-6, 1986. Disponível em: [https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198601023140101?url\\_ver=Z39.882003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198601023140101?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed). Acesso em: 17 de mai. De 2020.

MARCONDI, N.O et al. Noninvasive Ventilation After Coronary Artery Bypass Grafting in Subjects With Left-Ventricular Dysfunction. RespirCare. V. 63,7, 879-885, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29895702/>. Acesso em: 18 de out de 2020.

MEINHARDT, M.Y.; FAGUNDES, J.G.S. Efeito da ventilação não-invasiva sobre a demanda miocárdica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Saúde e Pesquisa. Maringá, V.10, N2, 301-308, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5838/3056>. Acesso em: 18 de out de 2020.

MIURA, M.C. et al. The effects of recruitment maneuver during noninvasive ventilation after coronary bypass grafting: A randomized trial. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. V.156, N.6, 2170-2177, Dez, 2018. Disponível em: [https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223\(18\)31420-X/fulltext#articleInformation](https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223(18)31420-X/fulltext#articleInformation). Acesso em: 18 de out de 2020.

MORAES, R.S. et al., Diretriz de reabilitação cardíaca. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. São Paulo, V. 84, N.5, 2005. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2005000500015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000500015). Acesso em 17 de maio de 2020.

MULLER, AP. et al. Estudo comparativo entre a pressão intermitente (Reanimador de üller) e contínua no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. ArqBrasCardiol.V. 86, N.3, 232-9, 2006. Disponível em: <https://www.scielo>.

[br/scielo.php?pid=S0066-782X2006000300012&script=sci\\_arttext](http://br/scielo.php?pid=S0066-782X2006000300012&script=sci_arttext) . Acesso em 20 de maio de 2020.

NASRALA, M.L.S. et al. Extended-time of noninvasive positive pressure ventilation improves tissue perfusion after coronary artery bypass surgery: a randomized clinical trial. *Braz. J. Cardiovasc. Surg.* São José do Rio Preto. V..33, N.3. May/June 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-76382018000300250](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382018000300250). Acesso em: 18 de out de 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Doenças Cardiovasculares. [Internet] . Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares> . Acesso em 17 de maio de 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Ponte de safena. [Internet]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096). Acesso em : 17 de Mai. De 2020.

PANTONI, C.B.F. et al. Continuous Positive Airway Pressure During Exercise Improves Walking Time in Patients Undergoing Inpatient Cardiac Rehabilitation After Coronary Artery Bypass Graft Surgery: a randomized controlled trial. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention* vol. 36,N.1, 20-7, Jan-Feb, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26468628/>>. Acesso em: 18 de out de 2020

PASQUINA; Patrick, et al. Continuous positive airway pressure versus noninvasive pressure support ventilation to treat atelectasis after cardiac surgery. *AnesthAnalg.* V.99. N.4, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15385340/>>. Acesso em 17 de maio de 2020.

ROMANINI, Walmir et al. Os efeitos da pressão positiva intermitente e da espirometria de incentivo no pós-operatório de revascularização miocárdica. *Arq. Bras. Cardiol.* , São Paulo, v. 89, n. 2, pág. 105-110, agosto de 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007001400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001400006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 de maio de 2020.

REGENGA, M.M. *Fisioterapia em Cardiologia: da UTI a Reabilitação*. São Paulo. Editora Roca, p. 121-154, 2000.

SANTOS, C.S. et al. Efeitos de técnicas respiratórias no clearance mucociliar, força e fluxo expiratório no pós-operatório de revascularização do miocárdio. *ConScientiae Saúde*. São Paulo. V.15, N.3, 2016. Disponível em : <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/6635/3351>. Acesso em: 18 de out de 2020.

## APÊNDICE

### Lista de abreviaturas

AVC: Acidente vascular cerebral

CRM: Cirurgia de revascularização do miocárdio

DAC: Doença arterial coronariana

BILEVEL: Pressão positiva em dois níveis

CPAP: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CRM: Cirurgia de revascularização miocárdica

GC: Grupo controle

GE: Grupo experimental

IAM: Infarto agudo do miocárdio

OMS: Organização Mundial da Saúde

PO: Pós operatório

POi: Pós operatório imediato

RC: Reabilitação cardíaca

RG: Grupo recrutamento

RM: Revascularização do miocárdio

ScvO<sub>2</sub>: Saturação venosa central de oxigênio

SUS: Sistema Único de Saúde

TV: Troca valvar

VNI: Ventilação não invasiva

## CAPÍTULO 3

### A FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO ASSOCIADO A POSIÇÃO PRONA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

#### *PHYSIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY DISCOMFORT SYNDROME ASSOCIATED WITH THE PRONED POSITION: A LITERATURE REVIEW*

*Krismiane Paz dos Santos Monteiro<sup>1</sup>  
Tamilis Cristina Rocha<sup>2</sup>  
Keylla Nayara da Silva Santos Alves<sup>3</sup>  
Tamara Maria de Oliveira Santos<sup>4</sup>  
Dannyell Manoel Jacintho Junior<sup>5</sup>  
Elenildo Aquino dos Santos<sup>6</sup>  
Rômulo de Luna Lessa<sup>7</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.3

1 Centro Universitário Maurício de Nassau . <https://orcid.org/0000-0002-2941-8836>. [krismiane@hotmail.com](mailto:krismiane@hotmail.com)  
2 Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0002-7236-8053>. [tamilis.cristina.1@gmail.com](mailto:tamilis.cristina.1@gmail.com)  
3 Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0002-9465-0738>. [keylla\\_nayara@hotmail.com](mailto:keylla_nayara@hotmail.com)  
4 Centro Universitário Maurício de Nassau. <https://orcid.org/0000-0001-6310-1157>. [tamara-oliveirasantos@outlook.com](mailto:tamara-oliveirasantos@outlook.com)  
5 Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. <https://orcid.org/0000-0002-1196-9357>. [dannyellfisio@gmail.com](mailto:dannyellfisio@gmail.com)  
6 Centro Universitário Mário Pontes Jucá. <https://orcid.org/0000-0001-8404-9001>. [elenildo@hotmail.com](mailto:elenildo@hotmail.com)  
7 Instituto de Ensino Superior de Alagoas -IESA. <http://lattes.cnpq.br/0792835868120331>. [prof.romulodeluna@gmail.com](mailto:prof.romulodeluna@gmail.com)

## RESUMO

**Introdução:** A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é uma doença grave desafiadora em Terapia intensiva, por isto, nos últimos anos, um maior interesse e um maior conhecimento, têm-se mostrado necessário, por parte dos profissionais de fisioterapia, na investigação das repercussões clínicas da SDRA em pacientes nas unidades de terapia intensiva (UTIs) e, de fato, a eficiência do tratamento fisioterapêutico, a fim de restabelecer uma função respiratória satisfatória nestes pacientes. **Objetivo:** Analisar os benefícios que a Fisioterapia propõe para os pacientes que apresenta a Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), na Posição Prona. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual foram incluídos estudos clínicos que avaliavam as principais aplicabilidades da posição prona em pacientes com síndrome do desconforto respiratório (SDRA). **Resultados:** Durante a busca nas bases de dados PubMed, Google acadêmico, MedLine, e a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), por meio dos descritores selecionados, 4 artigos atendiam aos critérios de inclusão. **Conclusão:** Diante dos achados através da revisão bibliográfica que realizamos, podemos afirmar que a atuação do profissional fisioterapeuta diante dos casos onde é detectado agravamento dos quadros respiratórios, evoluindo para síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), é de fundamental importância, mas para isto o tratamento deve ter início precoce, adotando estratégias protetoras afim de minimizar uma piora do quadro já estabelecido.

**Palavras-chave:** Pronação e modalidades de fisioterapia e síndrome da dificuldade respiratória.

## ABSTRACT

**Introduction:** Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a serious and challenging disease in intensive care. For this reason, in recent years, greater interest and greater knowledge have been needed by physiotherapy professionals in the investigation of clinical repercussions. of ARDS in patients in intensive care units (ICUs) and, in fact, the efficiency of physical therapy treatment, in order to reestablish a satisfactory respiratory function in patients. **objective:** Analyze the benefits that Physiotherapy proposes for patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS), in the Prone Position. **Methodology:** The present study is an integrative literature review, which included clinical studies that evaluated the main applicability of the prone position in patients with respiratory distress syndrome (ARDS). **Conclusion:** In view of the findings through the bibliographic review that we carried out, we can say that the performance of the physical therapist in the face

of cases where worsening of the respiratory conditions is detected, evolving to acute respiratory distress syndrome (ARDS), is of fundamental importance, but for this the treatment it must start early, adopting protective measures in order to minimize a worsening of the already established condition.

**Key-words:** Pronation and modalities of physiotherapy and respiratory distress syndrome.

## 1 INTRODUÇÃO

A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é uma doença grave desafiadora em Terapia intensiva, por isto, nos últimos anos, um maior interesse e um maior conhecimento, têm-se mostrado necessário, por parte dos profissionais de fisioterapia, na investigação das repercussões clínicas da SDRA em pacientes nas unidades de terapia intensiva (UTIs) e, de fato, a eficiência do tratamento fisioterapêutico, a fim de restabelecer uma função respiratória satisfatória nestes pacientes. (Portal e educação, 2020)

A SDRA é caracterizada por inflamação difusa da membrana alvéolo-capilar, em resposta a vários fatores de risco pulmonares ou extrapulmonares. Esses fatores de risco causam lesão pulmonar através de mecanismos diretos (aspiração de conteúdo gástrico, pneumonia, lesão inalatória, contusão pulmonar) ou indiretos (sepse, traumatismo, pancreatite, politransfusão). A SDRA é caracterizada por uma reação inflamatória aguda seguida de uma fase proliferativa, que pode progredir para fibrose ou resolução, acompanhada de infiltrados bilaterais na radiografia de tórax. (MedicinaNet, 2020).

Nos últimos anos têm-se aumentado a sobrevivência nos portadores da SDRA em aproximadamente 35 a 40%, levando em consideração que a mortalidade aumenta diante dos fatores de risco que proporcionou a origem da doença, como também na presença de insuficiência em mais de um órgão. Os pacientes em sua maioria que progride para melhora manifestam somente discretas alterações no sistema pulmonar que posteriormente deixa de ser sintomáticos, há também comprometimento na qualidade de vida no primeiro ano, partindo daí, avança para a melhora (GALLHARDO et al., 2003).

O número de pessoas hospitalizadas por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), uma complicação causada tanto por vírus gripais já conhecidos no Brasil como pelo novo corona vírus, dobrou neste ano (2020), as hospitalizações ganharam uma velocidade exponencial no mês de março de 2020, mais concretamente cerca

de duas semanas depois da confirmação do primeiro caso de Covid-19 no Brasil, no dia 25 daquele mês (14 dias é o limite do tempo de incubação do vírus), com isto, a quantidade de internações já chega a 16.879 no país, quando no mesmo período do ano anterior eram 7.761. Mas apenas 4% destes casos (ou 757 pacientes) tiveram o diagnóstico confirmado para a Covid-19, segundo o Ministério da Saúde. (Bastos et al., 2020)

O reconhecimento de que a SDRA pode ser diagnosticada na presença de insuficiência cardíaca, é um requisito que o quadro de insuficiência respiratório seja novo, ou pelo agravamento de doenças respiratórias crônicas, com uma evolução de início agudo: até 7 dias após um gatilho definido, grau de hipóxia: uma relação  $PaO_2:FiO_2 < 300$  mm Hg ( $< 40$  kPa) em ao menos 5cm de  $H_2O$  de pressão positiva expiratória final (PEEP), e a inclusão de tomografia computadorizada (TC) de tórax como uma forma alternativa de imagem para a demonstração de infiltrados pulmonares. (MedicinaNet, 2020).

O processo evolutivo do desenvolvimento da SDRA provoca alterações histopatológicas com manifestações clínicas, radiológicas e funcionais que permitem sua divisão em duas fases (SCANLAN, et al., 2009).

A fase exsudativa, que ocorre no período de um a três dias, é caracterizada pelo dano difuso aos alvéolos e aos vasos sanguíneos e pelo influxo de células inflamatórias no interstício, tornando muito dos espaços preenchidos pelas chamadas membranas hialinas, o qual é composta de restos celulares e proteínas plasmáticas condensadas. Existe uma destruição das células que revestem os alvéolos, os pneumócitos do tipo I, que representam 95% da superfície alveolar, comprometendo a integridade da barreira alvéolo-capilar, enquanto os pneumócitos do tipo II são relativamente mais resistentes a injúria. Geralmente, pacientes com SDRA apresentam uma profunda dispneia, taquipneia e hipoxemia refratária. Nessa fase, é difícil distinguir a insuficiência respiratória aguda relacionada ao edema pulmonar provocado por insuficiência cardíaca congestiva (ICC). A fase exsudativa pode ser autolimitante ou pode desenvolver para uma fase fibroproliferativa (BETHLEM, 2002; SCANLAN et al., 2009).

A fase fibroproliferativa, que ocorre no período de três a sete dias, ocorre após a injúria inflamatória pulmonar estar estabelecida e os eventos iniciais controlados, dando início ao processo de reparação no pulmão. Existe uma hiperplasia dos pneumócitos tipo II e proliferação de fibroblastos em meio à lamina basal alveolar e aos espaços intra-alveolares formando uma fibrose intra-alveolar e intersticial. A extensão da fibrose determina o grau de incapacidade pulmonar em pacientes que

sobrevivem a SDRA. O processo de remodelação que se segue na SDRA é bastante variável, sendo em alguns casos, permanente tornando a estrutura pulmonar anormal e os pacientes sujeitos a uma grave incapacidade relacionada a extensa fibrose pulmonar e redução da vascularização pulmonar (SCANLAN et al., 2009).

As alterações das trocas gasosas na SDRA se caracterizam por hipoxemia grave refratária à administração de oxigênio suplementar, podendo o shunt intrapulmonar direita-esquerda atingir níveis de até 25-35%. O reflexo de vasoconstrição hipóxica também está diminuído, ajudando a agravar as repercussões do shunt. O aumento do espaço morto fisiológico e do shunt pulmonar associa-se à taquipneia apresentada pelo paciente e ao aumento do volume minuto. A relação espaço morto/volume corrente, que normalmente é de 0,3, pode atingir 0,6-0,9, acarretando uma considerável perda de volume corrente a cada ventilação. (CARMEM, 2011).

A principal alteração da mecânica ventilatória é uma importante redução da complacência pulmonar. Além da alteração da complacência, graus variados de aumento da resistência podem estar presentes (presença de secreção, edema e mediadores que podem causar broncoespasmo, além da presença do tubo orotraqueal). (CARMEM, 2011)

O tratamento fisioterapêutico se dá por diversos mecanismos, dentre eles o uso da ventilação não invasiva (VNI), o critério mais comum para admissão de um paciente a tentar reverter uma SDRA fazendo uso de VNI se dá através de desconforto respiratório agudo seguido de moderado-severa dispneia, uso da musculatura acessória e taquipnéia, além da hipercapnia. Quando se aplica VNI, a resposta inicial poderá predizer sucesso ou falha no tratamento. De acordo com a literatura, não se deve esperar mais que trinta minutos há uma hora para estabelecer o insucesso do tratamento (Sarmiento, 2010).

Quando não se tem indicação ou não se obtém sucesso através da VNI, opta-se pela intubação naso ou orotraqueal viabilizando a utilização da ventilação mecânica invasiva (VMI) preconiza que após a intubação, o paciente deverá ser conectado ao ventilador mecânico com parâmetros pré-estabelecidos pelo fisioterapeuta em acordo com o médico responsável. (Sarmiento, 2010)

A mudança de posicionamento em pronação (PP) foi proposta em virtude da distribuição heterogênea da lesão pulmonar nos pacientes com SDRA, sendo um método relativamente simples que tem sido mostrado para melhorar a troca gasosa e oxigenação e, em estudos mais recentes, reduzir a mortalidade desses pacientes,

podendo assim, ser utilizada como parte da estratégia ventilatória. (HU et al., 2014; GUÉRIN et al., 2013)

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, (2013) deve-se contraindicar a PP nas seguintes situações: hipertensão intracraniana, fratura pélvica, fratura de coluna, hipertensão intra-abdominal (contraindicação relativa), gestação (contraindicação relativa), tórax instável, instabilidade hemodinâmica grave e equipe inexperiente.

O principal objetivo do tratamento fisioterapêutico nesses pacientes deve ser corrigir e minimizar as alterações funcionais decorrentes da mudança de permeabilidade vascular, ou seja, corrigir a hipoxemia, melhorar a relação V/Q, melhorar a ventilação alveolar, prevenir atelectasias, melhorando assim a complacência e diminuindo o trabalho ventilatório. (SARMENTO, 2010)

Tendo em vista as competências descritas do profissional de fisioterapia, sua participação na abordagem de pacientes com SDRA torna-se necessária junto a toda equipe, atuando dentro do conceito da interdisciplinaridade. A aplicação desses conhecimentos e competência em condutas como a PP tem se mostrado de grande relevância levando-se em conta seus objetivos terapêuticos com a adoção desta conduta. Assim, considerando a complexidade envolvida nos cuidados aos pacientes críticos, pode haver algumas intervenções de tratamento simples, mas importantes, no qual fisioterapeutas podem utilizar e contribuir para recuperação desses pacientes, quando aplicados adequadamente. (CHUNG et al., 2010; AMBROSINO et al., 2013).

Para execução da manobra de PP sugere-se a participação de 3 (três) a 5 (cinco) profissionais. Antes de realizar a manobra, alguns cuidados devem ser observados, como: pausar dieta e abrir sonda nasomentérica 2 (duas) horas antes do procedimento, providenciar coxins para apoio de tórax e pelve, e se possível para face, punho e região anterior das pernas, aproximar o carro de parada cardiorrespiratória, caixa de intubação e testar material de aspiração, realizar cuidados oculares e para pele, revisar fixação dos dispositivos invasivos, curativos e via aérea artificial (aspirar vias aéreas, verificar fixação, medir pressão do balonete do tubo endotraqueal e registrar comissura labial), pré-oxigenar com  $FiO_2 = 100\%$  por 10 minutos, desconectar e fechar sonda nasoenteral, clamppear sondas, drenos e posicioná-los entre as pernas e braços, colocar a cabeceira em posição plana e alinhar os membros, realizar a técnica em envelope, dividida em 3 (três) momentos: deslocamento para o lado contrário ao ventilador (após esse movimento, posiciona-se os coxins), lateralização e posição prona. (ASSOBRAFIR, 2020)

Após o procedimento, deve-se checar o posicionamento do tubo endotraqueal pela ausculta pulmonar e comissura labial, além de confirmar a pressão do balonete do tubo. A cabeceira da cama deve estar posicionada em Trendelenburg reverso, para reduzir o risco de aspiração (20°). (ASSOBRAFIR, 2020)

Os membros superiores devem ser posicionados em posição de nadador (um braço fletido para cima e outro estendido para baixo, com rosto virado para o braço fletido), com alternância a cada 2 (duas) horas, evitando a lesão do plexo braquial. Os eletrodos do eletrocardiograma devem ser posicionados no dorso. (ASSOBRAFIR, 2020)

Sugere-se a utilização de placas hidrocolóides para proteção da testa, face, joelhos e ombros, além da colocação de travesseiros na frente do paciente, distribuídos de modo a aliviar os pontos de apoios anatômicos principais. (ASSOBRAFIR, 2020)

Nesse sentido, é necessário o treinamento dos fisioterapeutas e colegas das equipes multiprofissionais que atuam nas UTI's para que possam empregar com segurança esse recurso, sempre que houver necessidade e condições de segurança para sua realização. (ASSOBRAFIR, 2020)

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual foram incluídos estudos clínicos que avaliavam as principais aplicabilidades da posição prona em pacientes com síndrome do desconforto respiratório (SDRA).

Para contextualizar e conceituar a temática, foram realizados levantamentos bibliográficos nas seguintes bases de dados: PubMed, MedLine, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google acadêmico, utilizando as palavras chaves: *Pronation and modalities of physiotherapy and respiratory distress syndrome*, e os descritores correspondentes na língua portuguesa: *pronação e modalidades de fisioterapia e síndrome da dificuldade respiratória*.

Critério de inclusão: artigos completos publicados entre os anos 2015 a 2020, nos idiomas português e inglês, onde foram abordados a SDRA associado com a posição prona, bem como os efeitos adversos ocasionados em decorrência de seu uso.

Critérios de exclusão: artigos incompletos, relato de caso, ausência de dados a serem extraídos, comentários ou cartas e artigos que não contribuíram com o objetivo do tema.

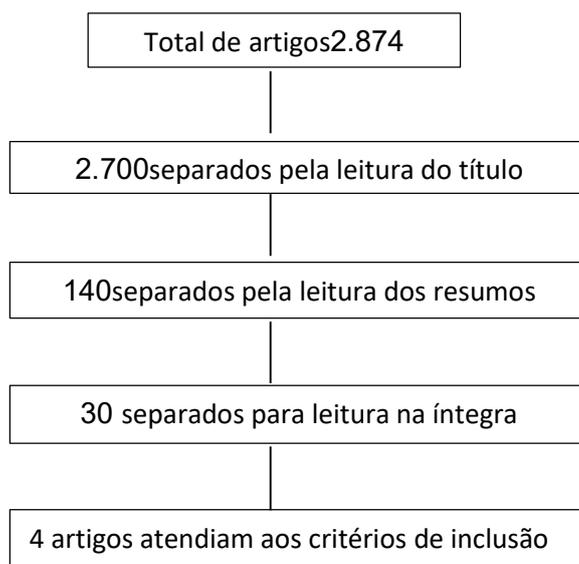
### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a busca nas bases de dados PubMed, MedLine, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google acadêmico, por meio dos descritores selecionados, resultou em 2.874 títulos. A primeira seleção foi realizada através da leitura dos títulos e descartou 2.700 estudos. Posteriormente, procedeu-se à análise do conteúdo dos resumos dos 140 estudos restantes, dos quais foram descartados 30 por não atenderem aos critérios de inclusão.

Os 4 artigos restantes foram lidos na íntegra e estruturaram esta revisão. Os estudos selecionados foram apresentados por meio de tabelas que apresentam os resultados devidamente discutidos.

Na tabela (Tabela 1), encontram-se os principais estudos encontrados na literatura que foram sequenciados conforme objetivos estipulados para a presente revisão:

**Tabela 1** – Organograma dos estudos inclusos na revisão



Os artigos selecionados foram sumarizados e organizados conforme o quadro a seguir.

**Quadro 1** - autor, ano, tipo de estudo, título e objetivo.

<b>Autor/Ano</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>
Alves, GiullianoGardenghi (2018)	Transversal	A posição prona e recrutamento alveolar em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo: Panorama em 2017.	Analisar a importância da importância da posição prona e da manobra de recrutamento alveolar na SDRA, já que as taxas de mortalidade crescem a cada dia trazendo números preocupantes.
Ananias, Amanda Cambraia et al. (2018)	Caso - controle	Efeito da posição prona na mecânica respiratória e nas trocas gasosas em pacientes com SDRA grave.	Fazer uma análise retrospectiva dos efeitos da posição prona nos parâmetros da mecânica respiratória e gasométricos dos pacientes com SDRA grave internados na Unidade de terapia intensiva (UTI) do hospital Alberto Cavalcanti (HAC), no período de janeiro de 2016 a junho de 2017.
Gattinoni, MattiaBusanaet al. (2019)	Transversal	Posicionamento prona na síndrome respiratória aguda.	Analisar se a melhora na oxigenação está associada a melhor sobrevivência.
Urzêda, Alexandre Amaral, et al. (2015)	Caso - controle	Ventilação protetora e a posição prona na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo: Relato de caso	Apresentar um estudo de caso da SDRA grave demonstrando sua evolução a partir das estratégias ventilatórias e das intervenções multidisciplinares.

**Fonte:** Dados do estudo.

A seguir no quadro 2, foram sumarizados as apresentações clínicas e os desfechos.

Quadro 2 - sumarização das apresentações clínicas e desfechos.

Autor/Ano	Apresentação Clínica	Desfecho
Alves, GiullianoGardenghi (2018)	Insuficiência respiratória súbita; Hipoxemia grave; Disfunção na relação ventilação/perfusão	As MRA e em particular a PP contribuem no tratamento de pacientes com SDRA, melhorando a oxigenação arterial e diminuindo complicações decorrentes da hipoxemia refratária.
Ananias, Amanda Cambraia et al. (2018)	Lesão pulmonar difusa aguda; Diminuição da complacência pulmonar; Hipoxemia refratária	Houve melhora significativa na complacência pulmonar estática, no índice de oxigenação, com baixa incidência de complicações graves.
Gattinoni, MattiaBusanaet al. (2019)	Disfunção na relação ventilação/perfusão;Inflamação difusa da membrana alvéolo capilar	A PP foi eficiente e segura na população analisada. Havendo diminuição da complacência pulmonar, e elastância da parede torácica.
Urzêda, Alexandre Amaral, et al. (2015)	Inflamação difusa da membrana alvéolo capilar; Hiperplasia epitelial; Fibrose e necrose celular	Técnicas como a MRA, a PEEP e a PP, evoluiu de maneira satisfatória, recebendo alta da UTI após 18 dias de internação, minimizando a piora da lesão pulmonar.

Fonte: Dados do estudo

Abreviações: MRA: Manobra de Recrutamento Alveolar; SDRA: Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo; PEEP: Pressão Expiratória Final Positiva; PP:

Os resultados da nossa revisão revelam a produção de conhecimento científico que permite a reflexão acerca da abordagem dos profissionais fisioterapeutas sobre a temática da posição prona em pacientes com SDRA. O objetivo foi descrever diante dos estudos presentes na literatura os benefícios que a PP pode proporcionar a estes pacientes.

Alves et al., (2018) realizaram uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, objetivaram analisar a importância da PP e da manobra de recrutamento alveolar na SDRA, já que as taxas de mortalidade crescem a cada dia trazendo números preocupantes. Foi analisada essa intervenção em uma amostra de 49 pacientes, ao total de cada estudo, e os autores verificaram as manobras de recrutamento alveolar em particular a posição prona que contribuíram no tratamento de pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo melhorando a oxigenação e diminuindo complicações decorrentes da hipoxemia refratária. Todavia, na literatura os estudos que pesquisam essas manobras no tratamento da SDRA estão em sua maior parte experimentais ainda, principalmente no que diz respeito às MRA tornando-se necessárias comprovações mais evidentes de sua efetividade clínica.

Ananias et al., (2018) fizeram uma análise retrospectiva dos efeitos da posição prona nos parâmetros da mecânica respiratória e gasométricos dos pacientes com SDRA grave internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Alberto Cavalcanti (HAC). Dos sete pacientes que foram submetidos ao protocolo de posição prona, cinco apresentam eventos adversos durante a instituição do mesmo, mas a maioria deles apresentou edema de face, um evento adverso não grave. Um paciente apresentou edema de face e exteriorização do TOT (tubo orotraqueal) evento adverso grave. O paciente que apresentou queda de saturação de  $O_2$  também apresentou acotovelamento do TOT, evento adverso grave, que foi rapidamente detectado e não ofereceu risco importante ao paciente. Foi comparada as Complacências Pulmonares Estática e Dinâmica, Fração Inspirada de Oxigênio  $FiO_2$ , Relação  $PaO_2/FiO_2$  - Índice de Oxigenação, Pressão Parcial de  $CO_2$  (gás carbônico) no Sangue Arterial -  $PaCO_2$  e os Eventos Adversos. Ocorreu melhora significativa na complacência pulmonar estática, na  $PaO_2$ , no índice de oxigenação (relação  $PaO_2/FiO_2$ ), na  $PaCO_2$  e na  $FiO_2$ , com baixa incidência de complicações graves. Esses dados são condizentes com o que já foi relatado na literatura e corroboram a eficácia e segurança desta modalidade ventilatória.

Gattinoni et al., (2019) avaliaram 5 ensaios clínicos com diferentes teorias e hipóteses, para demonstrar a eficácia da PP entre as diferentes terapias de suporte a SDRA. Os dois primeiros ensaios não mostraram que ocorre melhora na PP, porém foi analisado que ocorre uma melhor oxigenação, dentre as outras condições, mesmo havendo uma certa semelhança entre elas, devido a mortalidade permanecer a mesma. Enquanto os ensaios clínicos de Mancebo et al. e Guérin et al., relataram o benefício que a PP trás para ao paciente, onde ocorre uma melhora na oxigenação, mas sem benefícios para a sobrevivência. O protocolo estabelecia seis horas por dia

na PP, porém o estudo foi interrompido devido ao lento índice de recrutamento de pacientes. Já no quarto ensaio, foi um estudo aplicado como “um ensaio negativo”, por não ter mostrado uma redução significativa na mortalidade com a posição prona, entretanto a posição prona era benéfica na SDRA grave, enquanto nos pacientes que tinham SDRA moderada, nenhuma vantagem foi detectada.

Urzêdaet al., (2015) trouxe um relato de caso onde um paciente vítima de politrauma que evoluiu para um quadro de SDRA após broncopneumonia por aspiração de vômito, diante do caso a paciente foi tratada de acordo com evidências literárias, como ventilação com volume corrente (VT) menor que 6 ml/Kg, controle da Pressão Platô menor que 30 cm de H<sub>2</sub>O, Manobra de recrutamento Alveolar (MRA), titulação de PEEP ideal, redução FiO<sub>2</sub> e posição prona, o uso das evidências encontradas associadas ao uso do posicionamento de pronação desta paciente, evoluiu de maneira satisfatória evoluindo com a alta após 18 dias de internação na UTI, concluindo que o tratamento da SDRA requer atitudes precoces para evitar agravamento da doença e dentre essas atitudes precoces a pronação que se feita no momento adequado vem mostrando-se eficiente.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados através da revisão bibliográfica que realizamos, podemos afirmar que a atuação do profissional fisioterapeuta diante dos casos onde é detectado agravamento dos quadros respiratórios, evoluindo para síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), é de fundamental importância, mas para isto o tratamento deve ter início precoce, adotando estratégias protetoras a fim de minimizar uma piora do quadro já estabelecido.

Verificamos que o protocolo da PP não foi algo abordado pelos artigos, mesmo sendo de extrema importância para a qualificação da equipe multiprofissional, para obter sucesso na manobra. Por ser algo recente, é importante que ocorra a divulgação desse protocolo para a que a indicação da PP seja adotada com melhor eficiência e segurança.

#### REFERÊNCIAS

PORTAL EDUCAÇÃO. A atuação da fisioterapia intensiva na Síndrome da Angústia Respiratória Aguda. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/fisioterapia/a-atuacao-da-fisioterapia-intensiva-na-sindrome-da-angustia-respiratoria-aguda/16611>. Acesso em: 24 set. 2020.

MEDICINANET. Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo SDRA. Disponível em: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7329/sindrome\\_do\\_desconforto\\_respiratorio\\_agudo\\_sdra.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7329/sindrome_do_desconforto_respiratorio_agudo_sdra.htm). Acesso em: 19 mai. 2020.

GALHARDO, F. P. L; MARTINEZ, J. A. B. Síndrome do desconforto respiratório agudo. Medicina: Ribeirão Preto, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 248-256, dez./2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/555/555>. Acesso em: 15 out. 2020.

BASTOS, L. S. et al. COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. Cad. Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 1-8, abr./2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000406001](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000406001). Acesso em: 15 out. 2020.

SCANLAN, C.L; WILKINS, R.L; STOLLER, J K. Fundamentos da terapia respiratória de Egan. 9ª ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

BETHLEM, N. Pneumologia. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

BARBAS, C. S. V; MATOS, G. F. J. Síndrome do desconforto respiratório agudo: Definição. Pulmão RJ, v. 20, n. 01, p. 2 - 6, 2011. Disponível em: [http://www.sopterj.com.br/wpcontent/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/\\_revista/2011/n\\_01/01.pdf](http://www.sopterj.com.br/wpcontent/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2011/n_01/01.pdf). Acesso em: 19 mai. 2020.

SARMENTO; G. J. V.; Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas. 3ª ed. Barueri, SP: Manole, 2010.

HU, S. L. et al. The effect of prone positioning on mortality in patients with acute respiratory distress syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. CriticalCare, China, v. 18, n. 3, mai./2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24887034/>. Acesso em: 15 out. 2020.

GUÉRIN, C. et al. Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress

Syndrome. The new england journal of medicine, v. 368, n. 23, p. 2159-2168, jun./2013. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmoa1214103>. Acesso em: 20 out. 2020.

CHUNG, Frank; MUELLER, Dan. Physical Therapy Management of Ventilated Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome or Severe Acute Lung Injury. Physiotherapy Canada, v. 63, n. 2, p. 191-198, abr./2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076906/>. Acesso em: 15 out. 2020.

AMBROSINO, N.; MAKHABAH, D. N. Comprehensive physiotherapy management in ARDS. Minerva Anestesiologica, v. 79, n. 5, p. 54-63, jan. /2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23306398/>. Acesso em: 15 out. 2020.

ASSOBRAFIR. POSIÇÃO PRONA NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA COVID-19. Disponível em: [https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR\\_COVID-19\\_PRONA.v3-1.pdf](https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR_COVID-19_PRONA.v3-1.pdf). Acesso em: 15 out. 2020.

ALVES, Patrícia Cardoso; GARDENGHI, Giulliano. A posição prona e recrutamento alveolar em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo: panorama em 2017. *Revista eletrônica Saúde e Ciência*, v. 8, n. 1, p. 35-43, jun./2018. Disponível em: [https://www.rescceafi.com.br/vol8/n1/artigo\\_02\\_35a43.pdf](https://www.rescceafi.com.br/vol8/n1/artigo_02_35a43.pdf). Acesso em: 17 out. 2020.

ANANIAS, M. A. N. B; CAMBRAIA, Amanda Alvarenga; CALDERARO, Débora Cerqueira. Efeito da posição prona na mecânica respiratória e nas trocas gasosas em pacientes com SDRA grave. *Médica Minas Gerais*, v. 28, n. 5, p. 218-223, dez./2005. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2460>. Acesso em 15 out. 2020.

GATTINONI, L. *et al.* Prone Positioning in Acute Respiratory Distress Syndrome. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 40, n. 1, p. 94-100, dez./2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31060091/>. Acesso em: 17 out. 2020.

URZÊDA, L. M. D; AMARAL, Alexandre; SILVA, Eliézer. Ventilação protetora e a posição prona na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo: Relato de caso. *Revista Eletrônica Saúde e Ciência*, v. 5, n. 2, p. 34-47, set./2015. Disponível em: <http://www.rescceafi.com.br/vol5/n2/artigo%203%20pags%2034%20a%2047.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

## CAPÍTULO 4

---

### IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

### *IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTION ON CHILD-BIRTH'S WORK: A LITERATURE REVIEW*

*Jakelline Gomes Pereira<sup>1</sup>  
Adeline Soraya Menezes de Oliveira<sup>2</sup>  
Gabriela da Silva Corti<sup>3</sup>*

*DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.4*

<sup>1</sup> Instituição. ORCID. E-mail.  
<sup>2</sup> Instituição. ORCID. E-mail.  
<sup>3</sup> Instituição. ORCID. E-mail.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo ressaltar a assistência do fisioterapeuta ao trabalho de parto que envolve constantes atualizações sobre as intervenções obstétricas benéficas e necessárias para que se tenha o nascimento seguro. Avaliando a influência da mobilidade da parturiente sobre a progressão da fase ativa, em relação a evolução da dilatação cervical para incentivar o parto vaginal. Destacando a importância fisioterapêutica na diminuição no tempo de trabalho de parto ativo, comprovando o uso das condutas que podem ser aplicadas para proporcionar conforto, alívio de dor, relaxamento e confiança à parturiente. Cujas formações são direcionadas para o controle emocional e a assistência da mulher, respeitando a fisiologia do parto e possibilitando a mãe viver esse momento de forma segura e prazerosa. Este atendimento deve estar voltado com a superação de medos, ansiedade e tensões de maneira a incentivar e garantir confiança. Posto isso o fisioterapeuta tem como função estimular a mulher a se conscientizar de que seu corpo é uma ferramenta ativa para facilitar o processo do trabalho de parto, tornando essa experiência satisfatória.

**Palavras-chave:** Trabalho de parto, fisioterapeuta, controle da dor.

## ABSTRACT

This work aims to emphasize the assistance of the physiotherapist to labor that involves constant updates on the beneficial and necessary obstetric interventions for a safe birth. Assessing the influence of the parturient's mobility on the progression of the active phase, in relation to the evolution of cervical dilation to encourage vaginal delivery. Highlighting the physiotherapeutic importance in decreasing the time of active labor, proving the use of conducts that can be applied to provide comfort, pain relief, relaxation and confidence to the parturient. Whose training is directed to the emotional control and assistance of the woman, respecting the physiology of childbirth and enabling the mother to live this moment in a safe and pleasant way. This service must focus on overcoming fears, anxiety and tensions in order to encourage and guarantee trust. That said, the physiotherapist has the function of stimulating the woman to become aware that her body is an active tool to facilitate the process of labor, making this experience satisfactory.

**Keywords:** Labor, physical therapist, pain control.

## 1 INTRODUÇÃO

O parto é uma das práticas humanas mais antigas e a sua determinação enquanto procedimento médico é algo relativamente recente. Antigamente, as mulheres eram as responsáveis por trazerem crianças ao mundo e eram vistas como autoridades de sabedoria e espiritualidade. (DELGADO *et al.*, 2007).

O momento do parto, durante muitos anos, e mesmo nos tempos atuais, ainda é caracterizado por sentimentos de medo, angústia e fantasias por parte das parturientes. Porém, os profissionais de saúde estão cada vez mais abandonando a atitude passiva diante da dor do parto e procurando formas de amenizá-la. (OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

De acordo com Delgado *et al.* (2007), entre os partos domiciliares, assistidos por parteiras desde a antiguidade e os partos hospitalares da obstetrícia atual, pode-se observar um grande panorama de transformações: o conhecimento sobre a fisiologia do parto ampliou-se, desfazendo mitos e orientando novos procedimentos, ganhando avanços tecnológicos e introduzindo exames complementares.

Em meados da década de 1990, fundamentados em recomendações da OMS que preconizavam o parto humanizado, foram criados os centros de parto normal (CPN). Tais centros tem por objetivo central o resgate da privacidade e da dignidade da mulher ao dar à luz, por meio da adaptação do ambiente e da capacitação profissional (MACHADO *et al.*, 2006).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha, cujos alguns dos objetivos são assegurar à mulher o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e reduzir a mortalidade materna e neonatal, pela adoção e o compromisso com as práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, ou seja, pela garantia das boas práticas e da segurança na atenção ao parto e nascimento, além da garantia da presença do acompanhante desde o acolhimento da gestante até o pós-parto. (OLIVEIRA; CRUZ *et al.*, 2014).

Há pelo menos três décadas, ocorrem esforços mundiais pela reintrodução da liberdade corporal durante o trabalho de parto, no intuito de favorecer o parto via vaginal. Em nosso país, o programa de humanização do parto e nascimento lançado em 2000 pelo Ministério da Saúde, vem tentando recuperar a participação mais ativa da gestante de baixo risco durante o processo de parturição, buscando imple-

mentar condutas baseadas em evidências científicas, incentivos ao parto vaginal, assistência menos tecnocrática e intervencionista. (BAVARESCO; SOUZA *et al.*, 2009).

A humanização na atenção à saúde da mulher implica a promoção, o reconhecimento e o respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2014), incluindo os eventos da gestação, parto e nascimento, de forma a colocar a mulher como protagonista destes eventos.

A gestação e o parto não são apenas eventos biológicos, mas também sociais, uma vez que envolvem família e comunidade, cuja protagonista deve ser a mulher. Nesse cenário, os profissionais de saúde possuem um papel importante, porém como coadjuvantes: a equipe de saúde deve estar ao lado da mulher para prestar apoio, ajudar a minimizar a dor, orientar e saber reconhecer momentos críticos (BRASIL, 2008).

De acordo com Bavaresco *et al.*, (2011). Embora a participação do fisioterapeuta no acompanhamento do trabalho de parto não é um costume dentro da sociedade, tampouco incluída no sistema de saúde. Contudo o profissional busca orientar e informar a gestante para que ela amplie sua capacidade de força que será necessária durante o parto.

Portanto, de acordo com Sousa e Cunha (2014), a inserção do Fisioterapeuta no trabalho de parto é essencial, onde o mesmo busca através das manobras fisioterápicas, diminuir a dor, auxiliar no nascimento do bebê, encorajar a gestante na respiração e força, e por fim colaborar na posição durante o parto.

Diante disso, Angelo, *et al* (2016), fala que o trabalho de parto é marcado por fases. A primeira fase do trabalho de parto é marcada por contrações uterinas que permitem a dilatação progressiva do colo, necessária para a passagem do feto. É um momento de estresse emocional para a mulher tanto por se aproximar do nascimento do seu filho como também pela dor vivenciada. A segunda fase do trabalho de parto compreende o período expulsivo, que também pode ser um momento de estresse e ansiedade para a parturiente.

A terceira fase é a da expulsão da placenta e da bolsa de líquido amniótico vazia, por meio de contrações menos intensas. Sendo assim, o controle e a coordenação dos músculos do assoalho pélvico são exigidos, observando também a importância da cinesioterapia no trabalho pré-parto, para a mulher saber a maneira correta de relaxar e expulsar o bebê. (CANESIN; AMARAL *et al.*, 2010).

Dessa maneira, a presença do fisioterapeuta no acompanhamento do trabalho de parto não é uma prática estabelecida na nossa sociedade e nem incluída no sistema de saúde. Porém, este profissional tem a importante função de orientar e conscientizar a mulher para que ela desenvolva toda a sua potencialidade, que será exigida neste momento, tornando-a segura e confiante. (BAVARESCO *et al.*, 2009).

A atuação da fisioterapia no trabalho de parto representa um novo modo de ver a forma de “assistir”, incluindo as relações interpessoais com a mulher, com o recém-nascido, com o acompanhante, com os colegas da equipe e com a instituição. A humanização do atendimento do parto e nascimento privilegia a utilização de toda a tecnologia e técnicas obstétricas disponíveis, tornando os benefícios a serem obtidos maiores que os riscos a serem corridos. (BASILE, 2004).

No Brasil, exercícios no trabalho de parto estão restritos aos poucos centros médicos que incentivam o parto normal, mas, em países como a Inglaterra e a Alemanha, vigoram há mais de 40 anos. Na França, toda grávida é orientada a ter um fisioterapeuta para orientar e conduzi-la aos exercícios ideais para cada estágio do parto normal (SILVEIRA, 2003).

No que concerne à atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto e parto, sabe-se que é importante na medida em que cada orientação e intervenção é realizada de acordo com a exigência do período funcional do trabalho de parto. As estratégias terapêuticas incluem prioritariamente postura, mobilidade, alternância de posições e respiração fisiológica, todas com objetivo de transmitir maior segurança e conforto de modo que a mulher se sinta segura e acolhida. São também utilizados recursos visando analgesia, tais como massoterapia e técnicas de relaxamento associadas ou não a exercícios de respiração (BIO *et al.*, 2006; ORANGE *et al.*, 2003).

Em vista disso, Silva, Medina *et al* (2009) relata que durante a gestação, cerca de 50% das gestantes apresentam queixa de lombalgia conceituada como toda condição de dor ou rigidez, localizada na região inferior do dorso, em uma área situada entre o último arco costal e a prega glútea. Ela ocorre devido a mudanças hormonais; crescimento uterino, distensão de ligamentos uterinos e lombares, promovendo o deslocamento do centro de gravidade da mulher para cima e para frente, podendo acentuar a lordose lombar. Embora seja uma queixa frequente, ela ainda é vista como inerente ao período gestacional, sendo pequena a atenção dada a esse sintoma por parte dos profissionais de saúde.

Diante disso, o objetivo desse estudo é informar aos leitores os benefícios da Fisioterapia na atenção à mulher durante a gestação, parto e puerpério.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Bavaresco *et al.* (2011), a literatura registra consideráveis técnicas fisioterapêuticas nas quais possam ser aplicadas na assistência ao trabalho de parto, de forma que estão inseridos aspectos não-farmacológicas. Além disso, a assistência fisioterapêutica ajuda ainda a tornar o processo de parturição mais ativo, natural e satisfatório, favorecendo uma vivência positiva na vida social e familiar da parturiente, como mulher e mãe.

O suporte físico e emocional promovido pelo fisioterapeuta durante o trabalho de parto e o parto de baixo risco parecem contribuir para sua humanização e a do nascimento ao proporcionar à parturiente bem-estar físico, redução das percepções dolorosas, aumento da confiança, redução do medo e da ansiedade, e maior consciência do processo parturitivo. (BAVARESCO; SOUZA, *et al.*, 2009).

No artigo Leão e Bastos (2001). A literatura revisada sobre a deambulação e posições assumidas pela mulher no trabalho de parto e parto aponta uma série de vantagens e benefícios para a mãe e filho, como descritos anteriormente. Tais evidências nos permitem concordar com autores que chamam a atenção para o fato de que a liberdade de posição e a deambulação da parturiente em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado que provavelmente são benéficas à parturiente.

O conceito de atenção humanizada é amplo e possui sentidos variados. Ele envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes voltados para a promoção do parto e do nascimento saudáveis e que priorizam o uso de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias, de forma a preservar a privacidade e autonomia da mulher (BRASIL, 2001).

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais, que compõem um processo de transição do status de mulher para o de mãe e são permeados por valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES; SANTOS *et al.*, 2004).

A fisioterapia no trabalho de parto abrange uma área de atuação específica de grande expansão atualmente, que visa proporcionar à gestante melhores condições e qualidade durante todas as fases do trabalho de parto. Isto é possível através da utilização de intervenções obstétricas adequadas a cada parturiente, com objetivos de diminuir os desconfortos musculoesqueléticos, preparando a mulher para o nascimento do bebê, bem como a aprendizagem de técnicas respiratórias que irão auxiliá-las neste período (OCANHAS, 2003).

Pinheiro e Bittar (2012) apontam que, é preciso diferenciar que existem dois aspectos de atenção prestada à mulher em relação à gravidez/parto/puerpério: a do tipo informativa, que se caracteriza por orientações dadas em relação à gestação, aos cuidados com o físico, a alimentação, o repouso, o ganho de peso, etc., bem como em relação ao parto em si, como agir, como respirar e manter a tranquilidade, como ser ativa e colaborar com o processo em si. Também são dadas orientações em relação aos cuidados com o bebê, sobretudo no que diz respeito à amamentação e aos primeiros cuidados.

O parto vaginal vem sendo cada vez mais empregado, podendo se destacar o parto humanizado que foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1º de junho de 2000 assinado pela portaria 569, que visa garantir as gestantes um atendimento digno (MATEI, 2003). O parto humanizado ou natural visa garantir a consciência corporal da parturiente com o intuito de que seu corpo se torne um instrumento fundamental no processo de parto; no entanto, respeitando a individualidade, necessidade, crença, cultura e valores de cada mulher (OLIVEIRA, 2002; BIO, 2007).

Os programas multidisciplinares de preparação para o parto vêm sendo desenvolvidos a fim de proporcionar à parturiente o equilíbrio físico e psíquico, e a sensação de bem-estar. Esses programas têm como benefícios a diminuição dos sintomas de desconforto e dor do parto, controle da ansiedade, diminuição do tempo de trabalho de parto e do índice de indicação para parto cesárea. (CASTRO; MENDONÇA, 2014).

Em estudos de revisão realizados por Oliveira; Cruz, (2014) foram observadas estratégias não medicamentosas para o conforto e o alívio da dor durante o trabalho de parto, são usualmente utilizadas, conforme indica uma pesquisa bibliográfica, na qual relatou que a bola suíça também pode ser usada como recurso pelo fisioterapeuta durante o primeiro estágio do trabalho de parto, associada a exercícios respiratórios, possui o objetivo de melhorar a tensão, promover o relaxamento global da mulher e possibilitar a posição vertical, sendo um recurso a mais que deve ser incentivado por profissionais de saúde capacitados.

Bavaresco; Souza *et al* (2009) também concluiu que Banhos quentes e crioterapia durante o trabalho de parto, a água morna reduz a sensibilidade dolorosa da parturiente com redução da atividade simpática através da modificação da transmissão aferente nociceptiva, a qual se torna mais lenta e eleva os níveis de encefalinas e endorfinas endógenas. A utilização do chuveiro, deixando a água cair sobre as costas da gestante, alivia a dor lombar, queixa presente em um terço das parturientes no primeiro estágio do parto, geralmente em consequência da apresentação

posterior da cabeça do feto (ODP), provavelmente devido à demora na rotação do pólo cefálico.

Os métodos não farmacológicos (MNF) são uma opção para substituir analgesia durante o trabalho de parto e auxiliar as parturientes a lidar com suas queixas álgicas. Dentre elas, incluem-se: técnicas de respiração, hidroterapia (banho, parto na água e banheira para imersão), massagem, acupuntura/acupressão, estimulação elétrica transcutânea e hipnoterapia. (MASCARENHAS; LIMA *et al.*, 2019).

Portanto, é do conhecimento que os métodos não farmacológicos podem reduzir essa percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo considerado também como não invasivos. (DANTAS; TORRES *et al.*, 2009).

A massagem sempre foi um dos meios mais naturais e instintivos de aliviar a dor e o desconforto, pois reduz a ansiedade e o estresse, promove relaxamento muscular, diminuição da fadiga muscular, tem ação sedativa e analgésica, traz aumento da consciência corporal, produz benefícios emocionais e equilíbrio entre sistema simpático e parassimpático. Apesar de não existir um consenso relacionando riscos e benefícios da massagem durante o trabalho de parto, na prática, observa-se que essa técnica tranquiliza a parturiente, aliviando a dor e a ansiedade, e conduzindo de maneira satisfatória o trabalho de parto. (BAVARESCO; SOUZA, *et al.*, 2009).

Segundo Alves, Jardim *et al* (2015), a massagem terapêutica baseia-se na aplicação de pressão no corpo com múltiplos objetivos nomeadamente: ajudar o relaxamento, a sensação de prazer, a ultrapassar problemas físicos, a libertar bloqueios emocionais, amenização da dor, entre outros.

De acordo com Smith, Collins, Levett, *et al* (2020), a acupuntura tem uma longa história na Ásia, incluindo na China, na Coreia e no Japão. São necessárias habilidades técnicas de agulhamento para aplicar as agulhas nos pontos corretos. A auriculoterapia é uma área específica que associa a acupuntura e a reflexologia, duas práticas complementares que contemplam o corpo em sua integralidade sob pontos específicos. A experiência da dor do parto é fisiologicamente real, mas possui influência de outros fatores emocionais da parturiente, como as angústias, o medo e a ansiedade. (MASCARENHAS, LIMA *et al.*, 2019).

O acupressão também tem sua origem na China antiga. Para aplicar acupressão, o terapeuta usa as mãos e os dedos para ativar os mesmos pontos que na acupuntura. Às vezes é necessário agulhar apenas alguns pontos para aliviar a dor ou trazer uma sensação de relaxamento. Outras vezes pode ser necessário usar vários

pontos para um maior efeito. Algumas formas de acupressão são aplicadas por profissionais de saúde treinados, enquanto outras podem ser aplicadas pela paciente como uma forma de automassagem. (SMITH; COLLINS *et al.*, 2020).

Portanto, segundo Mascarenhas, Lima, Silva, et al. (2009), a acupuntura e a acupressão agem tanto sobre aspectos fisiológicos da dor como sobre sua subjetividade

Diante disso Baracho (2007) dispõe que a hidroterapia para gestantes promove o controle de edema gravídico, incremento da diurese, prevenção ou melhora dos desconfortos musculoesqueléticos, maior gasto energético, aumento da capacidade cardiovascular, relaxamento corporal, controle de estresse, redução de algias, maior mobilidade na água se comparada aos exercícios em solo, diminuição na retenção hídrica; proporcionando, assim, melhora nos aspectos emocionais, diminuição do número de intervenções obstétricas, maiores índices de partos vaginais, trabalho de parto e menor índice de depressão pós-parto.

Aromaterapia é a arte e a ciência que visa promover a saúde e o bem-estar do corpo, da mente e das emoções, através do uso terapêutico do aroma natural das plantas por meio de seus óleos essenciais (GRACE, 1999; ULRICH, 2004).

Segundo Silva, Medina *et al.* (2019), tais ferramentas, aplicadas no cuidado às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal são importantes exemplos de tecnologias leves e leves-duras, na perspectiva da integralidade. Dentre elas, destacamos a utilização dos óleos essenciais, fitoterápicos inseridos pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Paviani, Trigueiro *et al* (2020). Afirma a aplicação desses óleos pode ser por meio de massagens, inalações, perfumaria de ambiente, escalda-pés, coleiras aromáticas, banheiras de assento e compressas.

A bola suíça é um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício do balanço pélvico por sua característica de objeto lúdico que traz benefícios psicológicos, além de ter baixo custo financeiro. (SILVA; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Deste modo o autor Silva; Oliveira; *et al* (2011) aborda que entre os principais benefícios trazidos por exercícios com a bola na gravidez e no trabalho de parto, estão a correção da postura, o relaxamento e alongamento e o fortalecimento da musculatura. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada)

trabalha a musculatura do assoalho pélvico, em especial, os músculos levantadores do ânus e pubo coccígeos e a fáscia da pelve.

Diante disso, o fisioterapeuta é um profissional da saúde que possui um amplo conhecimento para dar suporte de maneira eficaz e segura, através de métodos não-farmacológicos para diminuir a dor durante o trabalho de parto e também na dor lombar (MESQUITA; CUNHA, 2014).

Segundo Sousa, Silva *et al* (2018) é direito da mulher ser informada sobre as posições de parto e escolher a que achar mais confortável para parir. Algumas das posições verticais orientadas são posição sentada (cadeira de parto); a posição semi-deitada (tronco inclinada para trás 30 graus em relação à vertical); de cócoras; e em quatro apoios (mãos--e Joelhos).

Além disso, posições verticalizadas possuem maior potencial de desenvolver à mulher e autonomia decisão sobre ações realizadas durante o trabalho de parto, além da visualização do nascimento do seu bebê. (GAYESKY; BRUGGEMANN, 2009).

### 3 METODOLOGIA

Foi abordado um estudo de revisão de literatura descritivo exploratório, as buscas foram realizadas em 4 bases de dados bibliográficos Eletronic Library Online (sciELO), Publisher Medline (PubMed) Biblioteca virtual em saúde (BVS), e LILACS no formato de artigos científicos. Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas.

As buscas dos artigos foram realizadas entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021. Foram incluídos todos os artigos originais indexados no período de 1997 - 2020, selecionados artigos escritos em português e inglês. As palavras chaves empregadas para busca de materiais foram obtidas junto ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Trabalho de parto e Fisioterapia, controle da dor, parto e Fisioterapia. Os estudos selecionados, inicialmente, pelo título, foram filtrados posteriormente com a leitura dos resumos e, caso necessário, para maiores esclarecimentos, com leitura do artigo por inteiro.

Os critérios de inclusão dos artigos serão trabalhos na língua portuguesa e inglesa que contemplassem pelos menos uma das palavras-chave, e que tivesse alguma relação sobre a intervenção da fisioterapia e o trabalho de parto.

As referências captadas foram incluídas de maneira selecionada com uma leitura íntegra dos artigos, assegurando apenas coleta de dados coerentes e precisos e que estão de acordo com o tema proposto para esse trabalho.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Resultados

Os principais dados coletados de cada artigo foram autor/ano, amostra, objetivo, intervenção e resultados. Sendo artigos sobre estudo de caso prospectivo, estudo desenhado como ensaio clínico prospectivo, ensaio controlado randomizado, relato de caso, estudo piloto prospectivo, estudo prospectivo junto com ensaio clínico randomizado e controlado, ensaio clínico retrospectivo e revisão sistemática.

### 4.2 Discussão

Todos os artigos mencionados tiveram resultados satisfatórios relacionados aos exercícios de intervenção fisioterapêutica, nenhum obteve resultado contraditório. Diante das intervenções da fisioterapia citadas nos artigos pode-se observar que a fisioterapia no trabalho de parto abrange uma área de atuação específica de grande expansão atualmente, que visa proporcionar à gestante melhores condições e qualidade durante todas as fases do trabalho de parto. Isto é possível através da utilização de intervenções obstétricas adequadas a cada parturiente, com objetivos de diminuir os desconfortos musculoesqueléticos, preparando a mulher para o nascimento do bebê, bem como a aprendizagem de técnicas respiratórias que irão auxiliá-las neste período (OCANHAS, 2003).

Com isso em um estudo Bavaresco, Souza *et al* (2009) fala que a assistência fisioterapêutica ajuda ainda a tornar o processo de parturição mais ativo, natural e satisfatório, favorecendo uma vivência positiva na vida social e familiar da parturiente, como mulher e mãe.

De acordo com Angelo, Ribeiro *et al* (2016). As abordagens não farmacológicas para o alívio da dor durante o parto podem proporcionar benefícios significativos para as parturientes e seus bebês.

Foi observada segundo Bavaresco, Souza *et al* (2009) em todas as voluntárias de um presente estudo que o estímulo ao movimento de caminhar associado à ação da gravidade, e o aumento do canal de parto, este último proporcionado pela posição de cócoras, são considerados os principais motivos de benefícios da postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, pois estão ligados principalmente à

menor duração do período de dilatação, expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina.

Sendo assim, observou-se também que o desenvolvimento da abordagem corporal facilitou maior coesão grupal e proximidade entre seus participantes. Este ambiente favoreceu a troca de experiências de forma mais intensa, sobretudo nos aspectos relativos às vivências próprias da gravidez, tanto na perspectiva feminina como na masculina. (HEBERTE; HOGA *et al* 2005).

Diante modo verificou-se no estudo de Bio, Bittar *et al* (2006), que o movimento e a orientação das posições verticais são eficazes para melhorar a evolução da fase ativa e favorecer o parto vaginal.

De acordo com Simkin (2002) referem que não existem riscos e benefícios da massagem durante o trabalho de parto, porém, Chang (2002) realizou um estudo em Taiwan e pode observar que houve diminuição da ansiedade e das reações de dor durante o trabalho de parto, em que a mesma é realizada em todo corpo da parturiente, desde que a parturiente se sinta confortável em recebê-la.

Com isso quanto à respiração, Marques (2011) relata que as incursões respiratórias devem ser somente durante as contrações uterinas para evitar a fadiga da paciente, evitando a hiperventilação materna que pode trazer efeitos adversos para ambos. A mesma é utilizada para proporcionar relaxamento, concentração, diminuir o risco de trauma perineal, melhorar a circulação sanguínea da mãe e do bebê, minimizar a ansiedade e a dor. Entretanto, para alguns autores não existem técnicas respiratórias ideais recomendadas para fase ativa do trabalho de parto

Em relação aos exercícios respiratórios estudiosos defendem o uso da respiração torácica ampla durante as contrações, pois assim a parturiente estaria aliviando a pressão do diafragma sobre o fundo uterino, mantendo a oxigenação sanguínea. Já para o intervalo entre as contrações a recomendação continua sendo a respiração abdominal ou diafragmática por ser levemente mais profunda e por promover maior relaxamento. (BAVARESCO, SOUZA *et al.*, 2011).

Portanto, baseados nos resultados, observou-se que orientar a postura e a mobilidade adequada à parturiente influencia de maneira positiva a fase ativa do trabalho de parto: aumenta a tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de fármacos durante o trabalho de parto e melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa. (CANESIN; AMARAL *et al.*, 2010).

Através da intervenção fisioterapêutica no trabalho de parto notou-se a diminuição no tempo de trabalho de parto ativo, comprovando assim que o uso das condutas que podem ser aplicadas proporciona conforto, alívio de dor, relaxamento e confiança à parturiente; estimulando a deambulação, praticando as mudanças de posturas, realizando exercícios respiratórios e musculares, analgesia por neura eletroestimulação transcutânea (TENS), massagens e banhos quentes são eficazes para o parto e são benéficos para a parturiente e o feto.(SILVA; SOUSA, 2011).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi apresentado durante esse projeto, foi perceptível através dos inúmeros artigos selecionados o quão considerável é a importância e o reconhecimento do fisioterapeuta durante o trabalho de parto, de maneira que vem se desenvolvendo por meio de métodos de conforto para o alívio da dor, posições adotadas durante o parto e ensinamento á gestantes por meio de instruções para preparação do trabalho de parto.

Logo em vista, percebe-se o quão fundamental é a atuação de um profissional fisioterapeuta na vida das gestantes, de forma que assegura a mulher que está se preparando para dar à luz se aproprie do conhecimento de seu corpo e ganhe confiança para se tornar ativa no trabalho de parto.

Sobretudo sabe-se da importância da orientação individualizada e assistida de cada parturiente que o fisioterapeuta faz para auxiliar neste momento tão especial, de maneira que a fisioterapia surge como uma ferramenta bastante eficaz para as mulheres que optam pelo parto normal. A maior tranquilidade da mãe, diminuição da dor e aceleração do nascimento do bebê estão entre os benefícios da prática destes exercícios durante o trabalho de parto. Auxiliando de ferramentas a fim de que a gestante se sinta segura do seu corpo e concentre-se nos movimentos que precisa fazer para facilitar a saída da criança.

No entanto podemos perceber que o suporte promovido pelo fisioterapeuta durante o trabalho de parto colabora para a humanização e o nascimento do parto, proporcionando à parturiente bem-estar, diminuição das dores, aumento da confiança e autoestima, redução do medo e da ansiedade.

Muitos autores sugerem que a atuação fisioterápica durante o trabalho de parto pode favorecer o tempo do trabalho de parto; ainda assim, há estudos que mostraram não haver diferenças entre eles. Por isso, não tem como definir técnicas para que se possa favorecer o trabalho de parto. (CANESIN, AMARAL 2010).

Diante disso, podemos concluir que não há como definir técnicas específicas para que se possa favorecer o trabalho de parto, contudo o fisioterapeuta é um profissional capacitado e que possui numerosas condutas que podem ser utilizadas em benefício da parturiente, com o intuito de minimizar sua dor e fazer com que o momento do parto seja tranquilo e que o bebê chegue com segurança.

## REFERÊNCIAS

SANTANA LS, GALLO RBS, FERREIRA, CHJ E COL. Localização da dor no início da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Dor**. São Paulo. 14(3) P.184-186, 2013.

BAVARESCO GZ et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3259-3266, 2011.

CASTRO AS et al. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioterapia Pesquisa**.19(3):210-214, 2012.

ANGELO PHM. Recursos não farmacológicos: atuação da fisioterapia no trabalho de parto, **uma revisão sistemática**. **Fisioterapia Brasil**;17(3):285 -292, 2016.

CAMPOS; AP E SERRA. Intervenção Fisioterapêutica no trabalho de parto. **FIEP BULLETIN** - Volume 80 - Special Edition - ARTICLE II - 2010.

SILVA; F. NUCCIA; M. NAKANO; AR. TEXEIRA; L. O parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v.28, n.3, p.171-184, 2019.

OLIVEIRA; LMN. CRUZ; AGC. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, V 18 Número 2 Páginas 175-180,2014.

ABREU; NS. CRUZ; MV. GUERRA; ZF. PORTO; FR. Atenção fisioterapêutica no trabalho de parto e parto. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 5, n. único, p. 7-15, 2013.

BIO; E. BITTAR; RE; ZUGAIB; M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasil Ginecol Obstet**. 28(11): 671-679, 2006.

CANESIN; KF. AMARAL; WN. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto. **FEMINA** | vol. 38 | n.8, agosto 2010.

ALMEIDA; NAM. SOUSA; JT. BACHION; MM. SILVEIRA; NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-am Enfermagem**; 13(1):52-8, 2005.

REBETE; LM. HOGA; LAK. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enfermagem**; 14(2):186-92, 2005.

MASCARENHAS VH, LIMA TR, SILVA FM, NEGREIROS FS, SANTOS JD, MOURA MA, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paul Enfermagem**; 32(3):350-7 março de 2019.

SILVA; CSB, MEDINA; ET, OLIVEIRA; TB, VALVERDE; SS. A aplicação da Aromaterapia como método de alívio da dor em gestantes: uma revisão integrativa. **Vittalle - Revista de Ciências da Saúde** v. 31, n. 1 61-73, 2019.

Santana LS, Gallo RBS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Quintana SM. Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puerpério: **revisão da literatura FEMINA**, vol 39, nº 5 249, 2011.

Pinheiro BS, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia** n.37 Canoas abr, 2012.

Domingues, R. M. S. M., Santos, E. M., Leal, M. C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, 20(1), 52-62, 2004.

Dias, M. A. B. & Domingues, R. M. S. M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3), 669-705.

Moraes, J. F., Godoi, C. V. C., Fonseca, M. R. C. C. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Saúde Rev.**, 8(19), 13-19. 2006.

SOUSA, D.P.F.; CUNHA, F.M.A.M. A Fisioterapia na preparação para o trabalho de parto: uma revisão integrativa. **EFDeportes.com**, ano 19, n. 195, 2014.

Mesquita, K. & Cunha, F. M. A. M. Tratamento fisioterápico em gestantes com dores lombares: revisão integrativa. **EFDeportes.com**, Revista Digital. V.19, Nº 196, 2014.

Kimber, L., et al. Técnicas de massagem para o parto. Positive health online **Integrated Medicine for the 21s centur**. 41 - Junho de 1999.

Paviani, BA, Trigueiro, TH Gessne RR. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: **REVISÃO DE ESCOPO. REME. Rev Min Enferm**. 23: e-1262, 2019.

Sousa JL, Silva LP, Gonçalves LRR, Nery IS, Gomes IS, Sousa LFC. Percepção de puérperas sobre posição vertical no parto. **Rev baiana enferm** v. 32: e 27499, 2018.

Gayeski ME, BRUGGEMAN, MO. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. Ver. **Lattino-am Enfermagem**, v. 17, n.2, 2009.



## CAPÍTULO 5

---

### PERFIL BIOATIVO DAS FLORES COMESTÍVEIS E POSSÍVEL CONCEPÇÃO COMO ALIMENTO

### *BIOACTIVE PROFILE OF EDIBLE FLOWERS AND POSSIBLE DESIGN AS FOOD*

*Pedro Henrique Silva de Rossi<sup>1</sup>  
Juliana Audi Giannoni<sup>2</sup>  
Andrea Coimbra Molina<sup>3</sup>  
Leonardo Antônio Sabino Medeiros<sup>4</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.5

<sup>1</sup> Faculdade de Tecnologia de Marília 0000-0001-9364-0725. pps.2010.ph@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Tecnologia de Marília. 0000-0002-5347-7545. juliana.giannoni01@fatec.sp.gov.br

<sup>3</sup> Faculdade de Tecnologia de Marília. 0000-0002-3856-7112. andrea.molina@fatec.sp.gov.br

<sup>4</sup> Faculdade de Tecnologia de Marília. 0000-0001-9355-056X. leonardo.medeiros2@fatec.sp.gov.br

## RESUMO

O consumo de flores como alimento é relatado em várias culturas ao redor do mundo como parte da culinária tradicional ou da medicina alternativa, além de seu amplo uso como adereço. Porém, muitas espécies de flores comestíveis podem ser consideradas mais do que uma iguaria ou uma guarnição devido ao seu valor nutricional como fonte de proteínas e aminoácidos essenciais. O objetivo deste estudo foi elaborar uma revisão adendo os artigos científicos encontrados na literatura sobre o uso e o conhecimento de plantas comestíveis. PubMed, Google Acadêmico, e Scielo foram consultados. Os fatores socioculturais envolvidos no consumo de flores comestíveis têm sido objeto de diversos estudos com o objetivo de popularizar e expandir essa indústria de cultivo e incentivar o uso local de flores tradicionais é importante para a preservação de tradições ameaçadas de extinção. Por outro lado, as propriedades nutricionais, os benefícios farmacológicos, a composição química e as formas de preparo das espécies comestíveis têm sido cada vez mais estudadas com a busca crescente por alimentos naturais e saudáveis. Informações científicas e técnicas sobre as características nutricionais, terapêuticas e químicas das flores comestíveis são revisadas e discutidas, visando fortalecer o conhecimento e, conseqüentemente, hábitos de consumo e pesquisas sobre seus benefícios na alimentação humana.

**Palavras-chave:** Plantas Comestíveis. Etnobotânica. Composição.

## ABSTRACT

The consumption of flowers as food is related in various cultures around the world as part of traditional cuisine or alternative medicine, in addition to its wide use as an adornment. However, many species of edible flowers can be considered more than a delicacy or garnish due to their nutritional value as a source of proteins and essential amino acids. The objective of the study was to prepare a review adding the scientific articles found in the literature on the use and knowledge of edible plants. Scielo, Google Scholar, and PubMed were consulted. The socio-cultural factors involved in the consumption of edible flowers have been the object of several studies with the aim of popularizing and expanding this cultivation industry and encouraging the local use of traditional flowers is important for the preservation of endangered traditions. On the other hand, as nutritional properties, pharmacological benefits, chemical composition and ways of preparing edible species have been increasingly studied with the growing search for natural and healthy foods. Scientific and technical information on the nutritional, therapeutic and defined charac-

teristics of edible flowers are reviewed and discussed, reinforcing knowledge and, consequently, consumption habits and research on its benefits in human nutrition.

**Keywords:** Edible Plants. Ethnobotanical. Composition.

## 1 INTRODUÇÃO

As flores já eram consumidas na Roma antiga e na Grécia e também na China, como medicamentos alternativos ou como parte da culinária tradicional, juntamente com o consumo de frutas, sementes, folhas e raízes de vegetais. Muitas flores têm papel histórico na alimentação preparação, agregando aroma, sabor e valor estético como rosas (*Rosa* spp. L.), usado em Roma antiga para dar sabor e doçura aos pratos em bebidas, saladas, purês, omeletes e sobremesas (MLCEK, 2011).

Ao contrário da crença popular, as flores são mais do que meros enfeites de pratos saborosos e sobremesas, proporcionando uma combinação única de sensações e aumentando o valor nutricional de preparações alimentícias. Eles podem ser consumidos frescos (por exemplo, flores de calêndula em saladas), como bem como em pratos salgados contendo carnes e peixes, em sopas e bebidas (vinho, cerveja), em sobremesas, doces, geleias, bem como especiarias e corantes. Eles são usados na forma seca (infusões, pétalas de rosa secas em sobremesas), como pó (Chen, et. al., 2017), cristalizadas ou como espumas (gastronomia molecular).

É comum que algumas plantas sejam conhecido apenas pelo potencial biológico, tempero ou nutricional de seus frutos ou folhas enquanto as flores, também comestíveis, não costumam fazer parte da culinária, como é o caso do maracujá, cebolinha e abóbora (FERNANDES, et. al., 2019).

Embora as flores comestíveis tenham sido historicamente utilizadas principalmente devido ao seu cheiro e visual apelo, o mundo está descobrindo o valor das flores como alimentos, desde que os consumidores estejam buscando fontes naturais inovadoras de compostos bioativos (NOWICKA, 2019).

Esta revisão foi conduzida a fim de reunir e discutir informações atuais sobre flores comestíveis publicadas recentemente trabalhos científicos, visando relacionar espécies de flores comestíveis a sensorial, nutricional e propriedades funcionais, bem como discutir pontos de vista sobre processamento, constituintes, atividade biológica, usos culturais e futuras possibilidades de mercado (TAKAHASHI, 2020).

Consumo de alimentos funcionais contendo compostos naturalmente bioativos em doses corretas podem ser benéfico para prevenir, controlar ou tratar doenças

agudas e crônicas. As flores comestíveis retêm vitaminas, proteínas, óleos essenciais e antioxidantes, especialmente quando são consumidos em natura ou minimamente processada (FERNANDES, 2019).

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura de artigos e teses, que abordaram assuntos relacionados à flores comestíveis. Para isto, a instrução de busca foi baseada em dados encontrados na PubMed, Scielo e Google Acadêmico.

A revisão de literatura foi a metodologia empregada, que tem por base a seleção e avaliação crítica de publicações consideradas relevantes, com a intenção de traçar um raciocínio teórico que estruture o desenvolvimento do tema selecionado.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Compostos bioativos presentes em flores comestíveis, como metabólitos secundários, também podem estar presente em outras partes das plantas e conferir vantagens adaptativas a elas, por exemplo, reduzindo danos causados por condições ambientais estressantes (calor, falta de água, radiação ultravioleta excessiva) e evitando a infecção por patógenos de plantas (TAKAHASHI, 2020).

Ao longo da história, flores comestíveis com ampla distribuição geográfica têm sido utilizadas para fins medicinais, por exemplo, o uso de rosas para aliviar problemas menstruais, tratar problemas circulatórios e, mais recentemente, contra o crescimento de células cancerosas (BRAGUETO et al., 2019).

As flores comestíveis também têm sido estudadas como agentes antimicrobianos, visando o desenvolvimento de novos antibióticos, gerando ganho positivo para a sociedade, uma vez que existem diversas infecciosas doenças com alta projeção social no mundo (MŁYNARCZYK et al., 2018).

### 3.1 Características nutricionais e sua aceitabilidade

Algumas flores mais conhecidas como espécies ornamentais possuem qualidades importantes, como um variedade de cores, formas, texturas, tamanhos e aromas, sendo também comestíveis. Estes montam de características sensoriais aceitabilidade de flores propensas como alimentos embora comportamento do consumidor em relação à aceitação de qualquer tipo de alimento é individual e influenciada por dados demográficos (idade, sexo, renda), geográfica (região / local em que o indi-

víduo reside ou é inserido), e características individuais (doenças crônicas, etnia, crenças religiosas e condições psicológicas) (GÜNES, 2018).

Especificamente para aceitação de flores na dieta humana, além de sensorial características, tipo de espécie, características de embalagem e preço são sempre considerados por consumidores. Como as flores são mais conhecidas como parte dos pratos *gourmet*, pessoais características do consumidor como educação, gênero, renda também afetam a aceitabilidade (RODRIGUES et al., 2017).

A cor, forma, tamanho e aparência das flores são as características mais relevantes percebida visualmente enquanto as características sensoriais direcionam sua aplicação. Rosas, por exemplo, são usados em saladas e para preparo de geleias, enquanto calêndula, amarga, em pratos salgados; o Crisântemo é comumente consumido como infusões O aroma também é um atributo importante, pois o cheiro atrai o consumidor, desperta a curiosidade e estimula o consumo e as flores trazem aroma e sabor peculiares às preparações. (ZHANG et al., 2019).

No Brasil, onde o uso culinário de flores ainda é restrito, Rodrigues et al. (2017) tem avaliado a percepção de alguns indivíduos sobre duas expressões relacionadas às flores comestíveis. O primeiro foi uma expressão mais geral “produto alimentar feito de flores” e o segundo, mais específico, “iogurte feito de flores”. Eles concluíram que o primeiro expressão foi identificada como possuidora de apelo saudável, enquanto a segunda era mais associado a um produto inovador. Em geral, a maioria dos trabalhos recentes mostram um a promissora expansão da cultura de comer flores e o crescente conhecimento de suas benefícios como alimentos saudáveis aumentarão a utilização de flores além dos fins decorativos.

No geral, é claro que os dois fatores são mais importantes na determinação do consumo de flores comestíveis. O primeiro é a percepção visual, sendo a cor a primeira sensorial atributo observado pelo consumidor. Como as flores são muito pigmentadas, surgem cores curiosidade, o segundo fator decisivo. Só depois de comer o consumidor adere a outros aspectos sensoriais como sabor, aroma e textura. Assim, uma experiência sensorial satisfatória aliada à busca pela saúde torna as flores comestíveis boas opções e alimentos potenciais que pode ser inserido em uma dieta balanceada (TAKAHASHI, 2020).

### 3.2 Visão geral sobre a produção e o mercado

Não foram encontrados dados sobre a produção, comercialização e consumo de flores comestíveis na literatura ou em sites oficiais do governo, exceto para flores

de plantas tradicionalmente usado como alimento humano, como brócolis e couve-flor. O mercado global de a floricultura, que compreende o cultivo de plantas ornamentais, deve arrecadar US \$ 3,65 bilhões até o final de 2027, com orquídea, lírio e rosa sendo as flores mais procuradas (Research Nester, 2019). O setor de plantas ornamentais é muito diversificado, incluindo corte flores, botões, mudas, flores em vasos, entre outras categorias com a Holanda devido 43% das exportações de flores de corte (RABOBANK, 2018).

Apesar de alguns dados estatísticos não se referirem especificamente a flores comestíveis, alcance seu potencial nutricional está aumentando sua popularidade (Fernandes et al., 2017). Atualmente, produção de flores comestíveis ainda é incipiente, mas é considerada uma diversificação de mercado estratégia que pode se tornar um complemento de renda para floristas e pequenos negócios de propriedade de produtores de flores.

As novas possibilidades para aumentar a produção de flores comestíveis requerem lidar com os tempos de vida curtos, o desenvolvimento de novas tecnologias para esterilizar e preservação para trazer um novo impulso a este mercado. Nessa perspectiva, mais eficiente e menos prejudicial os agentes foram desenvolvidos visando manter o frescor e a qualidade. Dióxido de cloro se encaixa bem nessa demanda, apresentando forte poder oxidante sobre os microrganismos. Esta produto químico pode ser aplicado sozinho ou combinado com outros conservantes, em meio aquoso ou forma gasosa, para estender a vida útil de vários substratos, incluindo flores comestíveis (RAN, 2019).

### 3.3 Tendências da agricultura familiar

A alimentação local é uma tendência mundial, pois ajuda a reduzir custos logísticos e gases de efeito estufa emissões, e simplifica o controle de qualidade, rastreabilidade e transparência dos alimentos produtor. As flores comestíveis podem encontrar enormes vantagens neste segmento de negócios, enquanto contribuindo para a economia local, melhorando o turismo, a receita tributária e as oportunidades de emprego (NATCVETOVA, 2019).

Atualmente, as flores comestíveis são mais comumente comercializadas *in natura* em pequenos plásticos recipientes mantidos sob refrigeração, secos, conservados em açúcar e em destilados. Confrontado com a riqueza de propriedades e possibilidades das flores comestíveis, a indústria tem mostrado interesse em expandir sua comercialização e investiu em conhecimento para melhorar flores comestíveis

de qualidade por períodos mais longos, visando benefícios econômicos (FERNANDES et al., 2019).

Da mesma forma, jardins florestais comestíveis contendo diferentes tipos e tamanhos de plantas, inspirados em sistemas agroflorestais, contribuem para criar uma harmonia agradável lugares em comunidades urbanas e rurais, ao mesmo tempo que fornecem produtos frescos (folhas, sementes, flores, bagas, frutos e nozes) para consumo durante o cultivo temporada (BJÖRKLUND, 2019).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que o consumo de flores comestíveis tem grande potencial de aumento de nos próximos anos. Estas flores têm sido relacionadas a um bom perfil nutricional, sendo uma fonte de fibras ou mesmo proteínas, com baixíssimo teor de lipídios, atendendo, portanto, diversos demandas dietéticas incluindo vegetarianas e veganas. Além disso, o apelo visual devido ao cores e formas variadas associadas à atividade antioxidante relevante da maioria dos alimentos flores se encaixam bem na tendência atual de busca por alimentos naturais e saudáveis.

O consumo de flores comestíveis vinculado apenas a tradições culturais ou preparações gourmet tendem a dar lugar ao maior consumo, bem como ao desenvolvimento de alimentos funcionais. A pesquisa neste campo ajudará a estabelecer um manual de boas práticas no cultivo, manuseio e preparação deste delicado ingrediente. Além disso, pesquisas sobre toxicológicas questões também devem ser tratadas para atender às necessidades desse mercado em crescimento.

#### REFERÊNCIAS

BJÖRKLUND, J., EKSVÄRD, K., & SCHAFFER, C. (2019). Exploring the potential of edible forest gardens: experiences from a participatory action research project in Sweden. *Agroforestry Systems*, 93(3), 1107-1118. <https://doi.org/10.1007/s10457-018-0208-8>.

BRAGUETO ESCHER, G., BORGES, C., DO CARMO, L., SOUSA SANTOS, J., MENDANHA CRUZ, T., BOSCACCI MARQUES, M., ... & WEN, M. (2019). From the Field to the Pot: Phytochemical and Functional Analyses of *Calendula officinalis* L. **Flower for Incorporation in an Organic Yogurt**. *Antioxidants*, 8(11), 559. <https://doi.org/10.3390/antiox8110559>.

CHEN, N. H., & WEI, S. (2017). Factors influencing consumers' attitudes towards the consumption of edible flowers. *Food Quality and Preference*, 56, 93-100. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2016.10.001>.

FERNANDES, L., CASAL, S., PEREIRA, J. A., SARAIVA, J. A., & RAMALHOSA, E. (2017). Edible flowers: A review of the nutritional, antioxidant, antimicrobial pro-

perties and effects on human health. **Journal of Food Composition and Analysis**, 60, 38-50. <https://doi.org/10.1016/j.jfca.2017.03.017>.

GÜNES, E., & ÖZKAN, M. (2018). Insects as Food and Feed in The Turkey: Current Behaviours. **International Journal of Environmental Pollution and Environmental Modelling**, 1(1), 10-15.

MLCEK, J., & ROP, O. (2011). Fresh edible flowers of ornamental plants – A new source of nutraceutical foods. **Trends in Food Science & Technology**, 22(10), 561-569. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2011.04.006>.

MŁYNARCZYK, K., WALKOWIAK-TOMCZAK, D., & ŁYSIAK, G. P. (2018). Bioactive properties of *Sambucus nigra* L. as a functional ingredient for food and pharmaceutical industry. **Journal of Functional Foods**, 40, 377-390. <https://doi.org/10.1016/j.jff.2017.11.025>.

NATCVETOVA, A. (2019). Impacts of local food on nutrient cycling in Finland. (Bachelor's thesis, Tampere: **Tampere University of Applied Sciences**).

NOWICKA, P., & WOJDYŁO, A. (2019). Anti-Hyperglycemic and Anticholinergic Effects of Natural Antioxidant Contents in Edible Flowers. **Antioxidants**, 8(8), 308. <https://doi.org/10.3390/antiox8080308>.

RABOBANK, THE FOOD AND AGRIBUSINESS BANK. WORLD FLORICULTURE MAP 2016: **Equator Countries Gathering Speed**. (2018). <http://www.intracen.org/blog/World-FloricultureMap-2016-equator-countries-gathering-speed/>. Acesso em 15 março 2021.

RAN, Y., QINGMIN, C., & MAORUN, F. (2019). Chlorine Dioxide Generation Method and Its Action Mechanism for Removing Harmful Substances and Maintaining Quality Attributes of Agricultural Products. **Food and Bioprocess Technology**, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s11947-019-02279-x>.

RESEARCHNESTER. Floriculture Market by Product type, by Application, by Price range, by Region – **Global Demand Analysis & Opportunity Outlook 2027**. (2019). <https://www.researchnester.com/reports/floriculture-market/1083>. Acesso em 15 março 2021.

RODRIGUES, H., CIELO, D. P., GOMÉZ-CORONA, C., SILVEIRA, A. A. S., MARCHESAN, T. A., GALMARINI, M. V., & RICHARDS, N. S. P. S. (2017). Eating flowers? Exploring attitudes and consumers' representation of edible flowers. **Food Research International**, 100, 227-234. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2017.08.018>.

WEN, C., ZHANG, J., ZHANG, H., DZAH, C. S., ZANDILE, M., DUAN, Y., ... & LUO, X. (2018). Advances in ultrasound assisted extraction of bioactive compounds from cash crops—A review. **Ultrasonics Sonochemistry**, 48, 538-549. <https://doi.org/10.1016/j.ultsonch.2018.07.018>.

TAKAHASHI JA, REZENDE FAGG, MOURA MAF, DOMINGUETE LCB, SANDE D. Edible flowers: Bioactive profile and its potential to be used in food develop-

ment. **Food Res Int.** 2020 Mar; 129:108868. doi: 10.1016/j.foodres.2019.108868. Epub 2019 Dec 2. PMID: 32036873.



## CAPÍTULO 6

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL ESPECIALIZADO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

#### *SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE IN SPECIALIZED PRENATAL AT A UNIVERSITY HOSPITAL: AN EXPERIENCE REPORT*

*Pablo Nascimento Cruz<sup>1</sup>  
Nilza Bezerra Pinheiro da Silva<sup>2</sup>  
Rivaldo Lira Filho<sup>3</sup>  
Jaiza Sousa Penha<sup>4</sup>  
Waleska Lima Alves Simas<sup>5</sup>  
Rosemary Fernandes Correa Alencar<sup>6</sup>  
Emanuela Pereira de Lacerda<sup>7</sup>  
Cibele Silva Lima<sup>8</sup>  
Silvia Martins da Silva<sup>9</sup>  
Raylene Frazão Lindoso<sup>10</sup>  
Rose Mary Jovita Soares<sup>11</sup>*

*DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.6*

1 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0003-1010-0817>. pablonascimentoacruz@gmail.com

2 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0002-4792-5647>. nilzabpinheirodasilva@gmail.com

3 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0003-3673-210X>. rivaldolirafilho@gmail.com

4 Universidade Federal do Maranhão - UFMA. <https://orcid.org/0000-0001-9805-3802>. jaiza-sousa@hotmail.com

5 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0003-3737-2329>. waleskalasimas@gmail.com

6 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0002-5098-8905>. rosemaryalencar@gmail.com

7 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0002-4399-1161>. manu-lacerda@hotmail.com

8 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0002-8856-899X>. cibelesilva@hotmail.com

9 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0002-4230-6193>. silviamartinsdasilva@gmail.com

10 Hospital Universitário da UFMA Unidade Materno Infantil- HU/UFMA UMI. <https://orcid.org/0000-0001-7921-3380>. raylene\_fraza@hotmail.com

11 Universidade Estadual do Maranhão - UEMA. <https://orcid.org/0000-0002-9912-4761>. rosemaryjovita@hotmail.com

## RESUMO

O acompanhamento de pré-natal é considerado essencial para assistência a uma gestação segura, no qual devem ser desenvolvidas atividades com finalidade curativa, preventiva e de promoção da saúde para que haja monitoramento de toda gravidez, sobretudo das condições que configurem risco, em que o Enfermeiro tem papel indispensável. Posto isso, se torna relevante à aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nesse processo. Portanto, este trabalho objetiva relatar a experiência na construção de uma ferramenta informatizada que inclua a SAE na Consulta de Enfermagem (CE) em um Pré-natal Especializado (PNE). Trata-se de um relato de experiência da confecção de um instrumento informatizado que inclui o Processo de Enfermagem (PE) durante a aplicação das CE em um hospital universitário nordestino, no período de 2019-2020. Para tanto se criou uma planilha eletrônica na plataforma *Google Forms*, na qual se realiza o preenchimento das informações da gestante, que posteriormente serão convertidas no formato “docx” pelo app *Form Publisher*, para então serem anexadas ao prontuário eletrônico da paciente no sistema da instituição. Utilizou-se como fundamentação teórica: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas – NHB de Horta, bem como dos sistemas de classificação em Enfermagem: *NANDA-I - Nanda International Nursing Diagnoses And Classification*, *NIC -Nursing Interventions Classification* e *NOC - Nursing Outcomes Classification*. A partir desta planilha foi possível aperfeiçoar as CE ofertadas, otimizar e qualificar o trabalho do profissional Enfermeiro, bem como prestar uma assistência mais holística e sistematizada, na qual é possível realizar diagnósticos, planejar, intervir e avaliar o cuidado oferecido à gestante.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Consulta. Pré-natal.

## ABSTRACT

Prenatal care is considered essential to assist in a safe pregnancy, in which activities with a curative, preventive and health-promoting purpose must be developed in which there is monitoring of the entire pregnancy, especially in conditions that constitute risk, in which the Nurse has an indispensable role. That said, it becomes relevant to the application of the Nursing Care Systematization (SAE) in this process. Therefore, this work aims to report the experience in the construction of a computerized tool that includes the SAE in the Nursing Consultation (CE) in a Specialized Prenatal Care (PNE). This is an experience report of the making of a computerized instrument that includes the Nursing Process (NP) during the application of the SC in a northeastern university hospital, in the period 2019-2020. For this purpose, an electronic spreadsheet was created on the *Google Forms* platform,

in which the pregnant woman's information is filled in, which will later be converted into the "docx" format by the Form Publisher app, to then be attached to the patient's electronic medical record in the institution's system. The theoretical basis was used: the Theory of Basic Human Needs - NHB of Horta, as well as the classification systems in Nursing: NANDA-I - Nanda International Nursing Diagnoses And Classification, NIC -Nursing Interventions Classification and NOC - Nursing Outcomes Classification. From this spreadsheet, it was possible to improve the offered EC, optimize and qualify the work of the professional nurse, as well as provide a more holistic and systematic assistance, in which it is possible to make diagnoses, plan, intervene and evaluate the assistance offered to the pregnant woman.

**Keywords:** Systematization of Nursing Assistance. Query. Prenatal.

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um momento muito importante na vida de uma mulher, em que ela sofre diversas alterações fisiológicas e psíquicas, que se somam às influências socioculturais e aos seus valores e crenças pessoais. Nesse sentido, os profissionais que assistem essas mulheres devem estar preparados técnico-cientificamente e enquanto seres humanos, para contribuir com um desfecho gestacional favorável à mãe e ao bebê (DUARTE et al., 2015).

Inserido nesse contexto, as discussões sobre a saúde da mulher e suas especificidades deu um grande passo em 1984, com o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que visou melhorar o cuidado a mulher na gestação. Mais tarde, em 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que teve enfoque na assistência obstétrica e neonatal. Desse modo, em 2012, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, objetivando qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil e reduzir a morbimortalidade materno-infantil no Brasil, através de mudanças desde o processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, até a qualificação das equipes de atenção básica e das maternidades.

Dessa maneira, o Pré-Natal é considerado um período essencial para o acompanhamento da gestante, onde devem ser desenvolvidas atividades individuais e coletivas com finalidade curativa, preventiva e de promoção da saúde, em que haja monitoramento da saúde durante toda a gravidez, atentando-se para condições que configurem risco, onde a Enfermagem tem papel indispensável (SOUZA; SILVA; BARBOSA, 2014).

Diante de tal situação, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei Nº 7.498/ 1986), surge como referência para a realização da Consulta de Enfermagem - CE, bem como a prestação da assistência à gestante, parturiente e à puérpera. Sobre isso, Suhre et al., (2017) reafirmam a CE como ferramenta importante para o acolhimento, acompanhamento, a investigação da história clínica e obstétrica, solicitação de exames, vacinação, e o encaminhamento para outras profissionais e serviços.

A Consulta de Pré-natal pode ser realizada em diversos contextos, não necessitando em regra de tecnologias duras ou de equipamentos de alta complexidade. Sua aplicação ocorre em uma Unidade Básica de Saúde- UBS, ou em uma Maternidade (como a unidade utilizada neste estudo), bem como em visitas domiciliares, realizada por médico e/ou enfermeiro. O importante é sua realização na íntegra, com no mínimo 6 consultas, intercaladas entre Médico e Enfermeiro e que haja uma avaliação integral, tendo em vista que, com sua realização, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), muitas mortes perinatais e maternas podem ser prevenidas, devendo os profissionais adotar um compromisso efetivo com a saúde dessas mulheres, especialmente no ciclo gravídico puerperal, atuando na prevenção e promoção da saúde, mas também na identificação e tratamento oportuno de doenças (FERREIRA et al., 2021).

Nessa perspectiva, a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE constitui-se de um método que guia a Assistência de Enfermagem no alcance dos resultados propostos através do Processo de Enfermagem - PE, o qual compreende um conjunto de etapas inter-relacionadas propiciando o planejamento dos cuidados. Conseqüentemente, a utilização de protocolos assistenciais que visem padronizar e qualificar a atenção prenatalista, como a SAE para o Enfermeiro, permitem o enfoque num desfecho gestacional favorável, além de atenção integral à mulher e seu contexto (SOUZA; SILVA; BARBOSA, 2014).

Em uma revisão de literatura sobre as produções a respeito desse tema, Tavares et al. (2019) verificou que apesar de todos os benefícios na inclusão da SAE na assistência pré-natal, ela não vem sendo utilizada como ferramenta de maneira constante pelos profissionais. Percebeu ainda que existem elementos que dificultam sua aplicação sistemática na prática clínica e lacunas de conhecimento, que culminam com a não padronização dos cuidados e registros dos profissionais de Enfermagem. Ao passo que, sua inclusão pode representar um marco para subsidiar a qualidade no atendimento à gestação.

Corroborando com isso, apesar dos seus benefícios, observou-se também que em um Hospital Universitário Nordestino, durante as consultas de Enfermagem

no Pré-Natal Especializado (PNE), havia falta de padronização nas consultas, bem como a não utilização da SAE na rotina de trabalho, por vezes justificada pela alta demanda de pacientes, falta de instrumentos institucionais, entre outras questões. Desta maneira, o presente relato se justifica pela necessidade de criação de um instrumento que otimize e qualifique a assistência ofertada à paciente, e ainda inclua a aplicação do PE para melhoria da qualidade no cuidar em saúde.

Objetiva assim, relatar a experiência na construção de uma ferramenta que inclua a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) durante as consultas de Enfermagem (CE) em um pré-natal especializado (PNE) de um hospital universitário nordestino. Partindo do seguinte problema de pesquisa: um instrumento informatizado que inclua a SAE na CE à gestante pode contribuir para otimizar e qualificar a assistência prestada?

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Experiência da construção de um instrumento para uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas consultas de Pré-Natal com gestantes de alto risco. Sendo esse trabalho fruto de um produto elaborado no Rodízio “Eixo Integrador”, que é ofertado aos Residentes de Enfermagem da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, área de concentração em Saúde da Mulher.

Para a construção do instrumento, foi necessária primeiramente a inquietação sobre a realidade atual, vivenciada durante o rodízio no Ambulatório de Pré-natal da instituição, no período de 2019 a 2020, percebida pela falta de padronização nos registros de Enfermagem, bem como na ausência da SAE no processo. Sentimento que foi amadurecido na busca por soluções durante o Rodízio no Eixo Integrador, que possibilita ao Residente participar de processos de gestão da unidade, bem como apontar lacunas e alternativas para resolução de questões, como a relatada neste trabalho.

O ambiente de pesquisa é um Hospital Universitário Maranhense, que é composto de 2 anexos principais, Hospital Presidente Dutra e Hospital Materno-Infantil. A última unidade se configura como uma das maternidades referência para gestações de alto risco no estado, recebendo as gestantes em situação de urgência/emergência através do acolhimento com classificação de risco ou, para seguimento pré-natal no Ambulatório da Unidade, referenciadas principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde da região.

Inicialmente para construção desta ferramenta se criou um e-mail institucional, que será manuseado pela chefia do setor, para em seguida partir a elaboração do formulário online na plataforma Google Forms. A plataforma em questão é gratuita e permite a criação de itens para preenchimento, e será utilizada pelos profissionais do Ambulatório durante as CE.

Durante a elaboração da Planilha, foi importante estabelecer o subsídio teórico, no qual se utilizou: A Teoria das Necessidades Humanas Básicas - NHB de Wanda de Aguiar Horta (1979); os sistemas de classificação em Enfermagem *NANDA-I - Nanda International Nursing Diagnoses And Classification*, *NIC - Nursing Interventions Classification* e *NOC - Nursing Outcomes Classification*; referenciais de Exame Físico (BARROS, 2012) e outros artigos afins (ARAÚJO et al., 2015; GUELBERT et al., 2014; MARTINS; BACHION, 2005); além do já em uso, Histórico de Enfermagem Gineco-Obstétrico da instituição.

Com base nesses pressupostos, se partiu para elaboração do Histórico de Enfermagem (HE), que inclui a Anamnese (entrevista clínica) e o Exame Físico. Para esse fim, se utilizou a Plataforma do “Google Forms”, no qual o formulário foi criado e será preenchido nos moldes de um checklist, tendo espaços em branco para preenchimento de informações extras. Posteriormente ao preenchimento do HE, o aplicativo “Form Publisher” realiza a união das informações em um documento no formato “docx”, este que pode ser editado, e assim, copiadas e coladas às informações de maneira organizada no prontuário eletrônico do paciente no sistema da instituição.

Os dados dos HE eletrônico preenchidos são automaticamente enviados para o Google Driver, sendo ainda concomitantemente lançados em um banco de dados, sendo útil para pesquisas científicas bem como para o conhecimento do público atendido. A saber, o HE abrange informações como: dados de identificação, história da doença atual e antecedentes pessoais e familiares, antecedentes gineco-obstétricos, gestação atual, e de acordo com a teoria NHB: necessidades psicoespirituais, psicossociais e psicobiológicas.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O HE proposto inicia-se com a identificação da gestante, incluindo questões sócio-demográficas, como idade, escolaridade, ocupação, cor, nacionalidade, naturalidade e dados residenciais. Na 2ª parte se abrange as queixas atuais, e as doenças progressas, bem como as comorbidades presentes nas famílias, que podem culmi-

nar com desfechos desfavoráveis ou que necessitem de uma atenção especializada na gestação atual.

A seguir, existem os antecedentes gineco-obstétricos, que englobam menarca; coitarca; informações sobre fluxo menstrual; espaço para relato de queixas e/ou sintomas ginecológicos; exame colpocitológico, sua realização em ano anterior e o respectivo resultado; descrição das gestações anteriores, intercorrências e aleitamento materno; e por último os métodos contraceptivos utilizados anteriormente.

Na gestação atual, se verifica o número de gestações total da mulher, de acordo com o número de partos e abortos, tipo de partos, número de filhos vivos, peso dos recém-nascidos, data da última menstruação - DUM, idade gestacional - IG e data provável do parto - DPP pela DUM e 1ª ultrassonografia - USG. Também se interroga a gestante sobre início de pré-natal, se sim, o número de consultas e local, para que se verifique se está de acordo com a área adscrita da unidade; uso de álcool, tabaco e outras substâncias; realização dos testes rápidos; estado vacinal; exames laboratoriais e USG; exame clínico das mamas; exame obstétrico (manobra de Leopold-Zweifel, Altura Uterina - AU, avaliação de batimentos cardíofetais - BCF). E caso a gestante se enquadre no protocolo para pré-natal especializado, será dado continuidade ao histórico com as NHB, caso contrário, a planilha eletrônica irá pular esta etapa e encaminhar para o preenchimento de sua referência ou contra-referência.

Outro ponto fundamental inserido pelo Ministério da Saúde (2013) e que foi considerado nesta pesquisa, é a necessidade de que sejam examinados aspectos nutricionais (peso e cálculo do IMC), a pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncológica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher, sua apresentação na consulta, e da IG.

Dando continuidade no HE, as gestantes que ficarão no Pré-Natal Especializado do hospital serão indagadas e examinadas a respeito de suas NHB. Para Horta (1979) o Ser Humano tem necessidades que precisam ser atendidas para seu bem-estar, estando continuamente motivado para satisfazer a um nível superior de necessidades ao que se encontra. Assim, O Ser Enfermeiro tem a atribuição de assistir o indivíduo, família e coletividade no atendimento das NHB alteradas, fazendo aquilo que ele não pode fazer por si, estimulando a autonomia através do autocuidado, bem como acompanhando, orientando, supervisionando e encaminhando a outros profissionais, quando necessário.

Nessa direção, a proposta se assemelha a de Lima et al., (2006), pois obedece a critérios do exame físico céfalo-caudal, e objetiva identificar e avaliar o ser em todas suas necessidades, possibilitando ao Enfermeiro identificar os problemas, fazer os diagnósticos, planejar, intervir e avaliar.

Na primeira parte se realiza a identificação da gestante, e se investiga todos seus antecedentes, e ao final dessas etapas, a sua gestação atual. Os demais itens são distribuídos de acordo com as NHB de Horta (1979): psicoespirituais (religião), psicossociais (segurança emocional, aceitação; espaço, segurança física e condições de moradia; autoestima e autorrealização; comunicação, atenção e educação em saúde; recreação, lazer, sociabilidade, participação e atividade física) e psicobiológicas (oxigenação; cardiovascular; hidratação, nutrição, equilíbrio hidroeletrólítico; cuidado corporal, integridade física e cutaneomucosa; regulação hormonal e crescimento celular; regulação térmica; regulação neurológica, mobilidade, sono e repouso, mecânica corporal e locomoção).

Retomando o PE, após a realizar o HE, segue-se para a etapa do Diagnóstico de Enfermagem onde o Enfermeiro identifica os problemas e seleciona as respostas da pessoa, família ou coletividade no seu processo saúde-doença. E após isso, realiza o Planejamento e a Implementação, nos quais se selecionam as intervenções a serem realizadas, de acordo com os objetivos/ resultados propostos e esperados para o ser, e parte-se para sua aplicação. Ou seja, primeiramente há a determinação dos resultados e das ações, para posteriormente partir a sua aplicação e avaliação (COFEN, 2009).

Os diagnósticos de Enfermagem, segundo Guelber et al. (2014), são o melhor meio para aplicação dos conhecimentos, podendo se exercer a Enfermagem com maior autonomia, julgando clinicamente as respostas do indivíduo, da família ou comunidade, para desenvolver intervenções de maneira individualizada, bem como documentar a assistência de maneira mais acurada, possibilitando maior efetividade nos resultados buscados.

Portanto, a SAE, segundo Tavares et al (2019) não apresenta apenas tensões e dificuldades, mas constitui-se antes como um saber/fazer que marca potencialidades para ser uma referência de identidade da Enfermagem. Devendo esse profissional, centrar-se não apenas na etapa dos diagnósticos, que apresentam maior familiaridade e descrevem os fenômenos de interesse na prática, mas também nas demais etapas, objetivando uma assistência integral.

Assim sendo, foram utilizados estudos que englobaram os principais diagnósticos de Enfermagem em consultas de Pré-Natal, além de se acrescentar outros da taxonomia NANDA-I. Posteriormente a esse processo, se selecionou as intervenções NIC e os resultados esperados NOC para formação de um banco de dados. A partir desse processo, o Enfermeiro durante a consulta terá acesso a uma listagem dessas taxonomias aplicadas a situação prenatalista e necessitará apenas fazer a seleção, acrescentando aos diagnósticos os fatores relacionados e características definidores, se for o caso. Faz-se importante ressaltar que, foi deixado um espaço para incrementação de informações/conduitas extras.

Considerando as dificuldades no processo, tornou-se relevante realizar capacitações teórico-práticas *in loco* com os profissionais que utilizarão a ferramenta, tendo em vista que dentre as dificuldades relatadas na vivência e na literatura para aplicação da SAE concentram-se em falta de tempo, dificuldades em sua execução e até ausência de conhecimentos e treinamentos sobre (TAVARES et al., 2019).

Com isso, segundo Pereira e Bachion (2006), é extremamente relevante a “valorização da prática da CE e todas as prerrogativas nela implícitas”, dentre elas, diagnosticar e prescrever cuidados de competência da Enfermagem, visando o alcance dos resultados que é de sua responsabilidade. Pois, quando se investiga respostas maternas à gestação, os problemas reais e/ou potenciais, amplia-se a interação enfermeiro-cliente, com aumento da vinculação e a inclusão de dimensões mais subjetivas, gerando ganhos para a credibilidade da Enfermagem e na prestação de uma assistência mais humana e qualificada.

Desse modo, após essas etapas (Diagnóstico, Planejamento e Implementação), ocorre a última fase do PE, que compreende a avaliação, realizada a cada nova CE, na qual se acompanham as repostas advindas das intervenções adotadas. Entretanto, quando se trata de Pré-natal Especializado na instituição pesquisada, a maioria das consultas se dá com o profissional Médico, então se aproveita ao máximo o momento para a educação em saúde e captação da gestante para o curso educativo bebê-a-bá, onde são trabalhados vários temas relativos à gestação, ao parto e ao nascimento (LIMA et al., 2006).

Como um ganho a mais, o papel de educador do Enfermeiro surge como intrínseco ao processo de aplicação da SAE no pré-natal, pois a partir de um levantamento ampliado de problemas e necessidades ao longo da consulta, já se inicia a prestação de esclarecimentos dos processos fisiológicos da gestação e da preparação para o parto. Sendo assim, a implementação do instrumento elaborado torna-se essencial para a qualificação da atenção à gestação (ARAÚJO et al., 2015).

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação deste instrumento foi fruto da vivência na Residência Multiprofissional em Saúde, do HUUFMA, na área de concentração em Saúde da Mulher, na qual se viu a necessidade da elaboração de um produto para melhorar a operacionalização da CE na instituição. Ao passo que, a partir da criação dessa ferramenta, espera-se contribuir facilitando o processo de trabalho dos Enfermeiros, proporcionando uma atenção integral e qualificada à gestante, incluindo a SAE.

Dessa maneira, pretende-se potencializar a atuação do Enfermeiro no Pré-Natal Especializado, através da viabilização da realização de uma Anamnese e Exame Físico mais acurado, utilizando-se de uma escuta ativa e qualificada de várias necessidades que estão presentes na vida dessas mulheres, e portando um maior aparato científico. Ressalta-se ainda que, serão realizados treinamentos continuados com os Enfermeiros que utilizarão a ferramenta, para melhor qualificação e aplicação “in loco”.

As principais dificuldades encontradas no processo foram de fato, a inclusão do maior número de diagnósticos, intervenções e resultados esperados de Enfermagem que melhor representassem as demandas das mulheres no pré-natal, sendo necessárias muitas investigações e leituras de estudos que já tinham feito tentativas semelhantes. Assim como, a lacuna de estudos na literatura que demonstrem outras experiências de instrumentos semelhantes para a prática da Enfermagem.

Como limitações do estudo, se entende que serão necessários maiores investigações científicas para avaliar a aplicabilidade desta ferramenta, bem como para promover as alterações necessárias de acordo com as demandas que surgirem dos Enfermeiros que realizam o pré-natal nesta Instituição de Saúde e Pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Kleiton Richard da S. et al. Diagnósticos de enfermagem em consultas de pré-natal em uma unidade básica de saúde de Teresina-PE. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2678-2694, 2015.

BARROS, A. L. B. L. e col. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, CM. **Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 1ª ed. 1ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24.06.2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 24 junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 358 de 15 outubro 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. Rio de Janeiro, 2009.

DUARTE, Sebastiao Junior Henrique et al. Protocolos voltados às ações de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 3, p. 7118-7125, 2015.

FERREIRA, Gabriela Elaine et al. A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n. 1, p. 2114-2121, 2021.

GUELBER, F. A. C. P. et al. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. **HU Revista-Juiz de Fora**, n. 1, p. v40, 2014.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; BUTCHER H.; DOCHTERMAN, J.M., MAAS M. Ligações entre: NANDA, NOC e NIC: **Ligações NANDA NOC-NIC: condições clínicas**: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. 448 p.

JOHNSON, M.; MOORHEAD, S.; MAAS, ML.; SWANSON, E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC** .5. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

LIMA, Luciano Ramos et al. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006.

MARTINS, Sandra Valéria Pereira; BACHION, Maria Márcia. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, 2005.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2009.606p.

SOUZA, Juliana dos Anjos; DA SILVA, Marianna Costa Brinco; BARBOSA, Márcia Neves. Vivência Acadêmica Na Consulta De Enfermagem Com Gestantes De Risco: Um Relato De Experiência. **RAÍZES E RUMOS**, v. 2, n. 1, 2014

SUHRE, Patrícia Beatriz et al. Sistematização Da Assistência De Enfermagem: Percepções De Gestantes Acompanhadas Em Uma Unidade Básica De Saúde. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 5, n. 1, p. 20-31, 2017.

TAVARES, Daniel Soares et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 31, p. e1255-e1255, 2019.

## CAPÍTULO 7

# ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO PIAUÍ, NO PERÍODO DE 2015 A 2019

## ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS CASES IN THE STATE OF PIAUÍ, FROM 2015 TO 2019

Ana Christina de Sousa Balduino<sup>1</sup>  
Emanuel Thomaz de Aquino Oliveira<sup>2</sup>  
Amanda Sebastiana Lima Correia<sup>3</sup>  
Dathynara da Silva Alves<sup>4</sup>  
Deborá Marques da Silva<sup>5</sup>  
Izabela Sousa Martins<sup>6</sup>  
Maria Bianca Pereira Freitas<sup>7</sup>  
Julia Maria de Jesus Sousa<sup>8</sup>  
Marijany Da Silva Reis<sup>9</sup>  
Filipe Melo da Silva<sup>10</sup>  
Jailson Alberto Rodrigues<sup>11</sup>

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.7

- 1 Universidade Estadual do Piauí. <https://orcid.org/0000-0001-9751-3627>. [christinabalduino@hotmail.com](mailto:christinabalduino@hotmail.com)
- 2 Universidade Federal do Piauí. <http://orcid.org/0000-0002-6289-130X>. [emanueltaoliveira@gmail.com](mailto:emanueltaoliveira@gmail.com)
- 3 Universidade Federal do Piauí. <https://orcid.org/0000-0001-7386-1352>. [amandacorreia@ufpi.edu.br](mailto:amandacorreia@ufpi.edu.br)
- 4 Universidade Federal do Piauí. <https://orcid.org/0000-0001-7058-0918>. [Oliverdhaty20@gmail.com](mailto:Oliverdhaty20@gmail.com)
- 5 Universidade Estadual do Piauí. <https://orcid.org/0000-0003-1412-2052>. [deboramsilva@aluno.uespi.br](mailto:deboramsilva@aluno.uespi.br)
- 6 Universidade Estadual do Piauí. <https://orcid.org/0000-0002-3331-6883>. [izabelasousa6@gmail.com](mailto:izabelasousa6@gmail.com)
- 7 Universidade Federal do Piauí. <https://orcid.org/0000-0002-3248-2919>. [mariabianca@ufpi.edu.br](mailto:mariabianca@ufpi.edu.br)
- 8 Universidade Federal do Piauí. <https://orcid.org/0000-0003-2062-3726>. [julia\\_sousa05@live.com](mailto:julia_sousa05@live.com)
- 9 Universidade Federal do Piauí. <https://orcid.org/0000-0001-8514-6129>. [marijanyreis@gmail.com](mailto:marijanyreis@gmail.com)
- 10 Universidade Federal do Piauí. <https://orcid.org/0000-0003-4807-0385>. [filipemelotkd@gmail.com](mailto:filipemelotkd@gmail.com)
- 11 Universidade Federal do Piauí. <https://orcid.org/0000-0002-8722-7237>. [jailsonalbertorodrigues@yahoo.com.br](mailto:jailsonalbertorodrigues@yahoo.com.br)

## RESUMO

O presente estudo objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no estado do Piauí. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de caráter quantitativo, realizado a partir dos casos notificados de tuberculose no Piauí, no período de 2015 a 2019. As variáveis consideradas foram: número de casos, segundo o ano de notificação, dados sociodemográficos, características clínicas e doenças associadas. Observou-se que, entre os anos analisados, notificaram-se 3.885 casos de TB, sendo 2018 o ano com maior número de registros (21,7%) e 2015 o de menor número (18,1%). Os casos de TB foram predominantes em indivíduos do sexo masculino (63,8%), com idade superior a 60 anos (25,1%), com ensino fundamental incompleto (36,9%), de raça parda (71,1%), residentes em zona urbana (75,8%). No que concerne as comorbidades associadas, o tabagismo (578), o alcoolismo (564) e a diabetes (396) foram as mais presentes nos indivíduos infectados. Com relação à distribuição dos casos notificados de acordo com o tipo de entrada, variáveis clínicas e tipo de encerramento, sobressaíram-se, respectivamente, os novos casos (82,6%), a forma pulmonar (82,4%) e as taxas de cura (68,2%). Pode-se concluir que as taxas de incidência de TB no Piauí demonstram a emergente necessidade de elaboração de políticas eficazes voltadas para o público mais acometido com a patologia.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Epidemiologia. Saúde.

## ABSTRACT

The present study aimed to characterize the epidemiological profile of tuberculosis cases in the state of Piauí. This is an epidemiological, descriptive, quantitative study, carried out based on the reported cases of tuberculosis in Piauí, in the period from 2015 to 2019. The variables considered were: number of cases, according to the year of notification, sociodemographic data, clinical characteristics and associated diseases. It was observed that, among the years analyzed, 3,885 TB cases were reported, with 2018 being the year with the highest number of records (21,7%) and 2015 the least (18.1%). TB cases were predominant in male individuals (63.8%), aged over 60 years (25.1%), with incomplete elementary education (36.9%), mixed race (71.1%), living in an urban area (75.8%). Regarding the associated comorbidities, smoking (578), alcoholism (564) and diabetes (396) were the most present in infected individuals. Regarding the distribution of reported cases according to the type of entry, clinical variables and type of waxing, the new cases (82.6%), the pulmonary form (82.4%) and the rates, respectively, stood out. of cure (68.2%). It can be

concluded that the incidence rates of TB in Piauí demonstrate the emerging need to develop effective policies aimed at the public most affected by the pathology.

**Keywords:** Tuberculosis. Epidemiology. Health.

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma patologia provocada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, transmitido por via aérea resultante de gotículas da fala, espiro ou tosse de uma pessoa infectada. Essa doença afeta principalmente os pulmões, podendo afetar outros órgão e/ou sistemas (MORAES et al., 2018; MACEDO et al., 2017).

Na década de 80, alguns fatores sociais contribuíram para o aumento de casos, e consequentes óbitos, como: uso indiscriminado de antibióticos, consumo excessivo de tabaco, advento da pandemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e aumento da desigualdade social. É válido afirmar que a coinfeção TB/HIV favorece o aumento da morbimortalidade e resistência aos medicamentos anti-tuberculos-táticos, que resulta no abandono do tratamento, contribuindo para a transmissibilidade da doença (BASSO et al., 2017; DE DEUS FILHO; CARVALHO, 2018).

No ano de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que cerca de 10 milhões de pessoas infectaram-se por *Mycobacterium tubérculo*, e aproximadamente 1,3 milhões foram a óbito. Em 2017, o Brasil notificou 79.222 novos casos, mantendo-se entres os 20 países que apresentam maiores incidências a nível global (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2018; SOARES et al., 2020).

Dentre os aspectos associados à vulnerabilidade a tuberculose, estão presentes os fatores sociais, ambientais e biológicos, como: idade e comorbidades, que levam à redução da resposta imunológica ao agente etiológico da TB, moradia, desnutrição, condições de trabalho, desinformação e falta de acesso aos serviços de saúde, abuso de álcool e entorpecentes (MOREIRA; KRITSKI; CARVALHO, 2020).

Na tentativa de minimizar a incidência os novos casos de TB no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu estratégias através do Plano Nacional pelo fim da Tuberculose, cuja execução foi dividida em quatro fases: 2017 a 2020, 2021 a 2025, 2026 a 2030 e 2031 a 2035. Tais etapas visam erradicar a doença, no que tange a questão de prioridade entre as políticas governamentais de Saúde Pública, até o ano de 2035. Contudo, o MS enfrenta obstáculos como a implantação de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento, a fim de alcançar a consolidação das estratégias (DOS SANTOS MARQUES; DE OLIVEIRA; PEREIRA, 2020).

Dentre as estratégias governamentais de prevenção e combate, destaca-se a medida sanitária de imunização contra a doença, a vacina Bacilo Calmette Guérin – BCG. Tal medida é capaz de prevenir contra as formas graves de tuberculose miliar e meníngea, tendo como período de vacinação na infância a partir do primeiro dia de vida com dose única. A revacinação de adultos não se mostra viável, limitando-se a proteção somente de crianças e formas graves de apresentação da doença (SANTOS et al., 2019).

Por todo o exposto, nota-se o quão importante é analisar o perfil dos casos acometidos por tuberculose, considerado o cenário de disseminação e relevância da doença no Brasil e os obstáculos enfrentados para alcançar medidas preventivas mais eficazes. Logo, o presente estudo objetiva caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no estado do Piauí, evidenciando a propagação da patologia, fomentando a elaboração de estratégias de saúde pública.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de caráter quantitativo, realizado a partir dos casos notificados de tuberculose no Estado do Piauí, no período de 2015 a 2019. Os dados foram coletados por meio do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Por se tratar de um estudo com base de dados secundários e de domínio público, dispensou-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que a legislação concernente ampara tal feito.

Para realização desse estudo, foram incluídos todos os registros notificados de TB no Estado do Piauí. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2020. Os dados obtidos foram tabulados e analisados em planilhas do *software Excel for Windows* versão 2016, e apresentados posteriormente de forma descritiva.

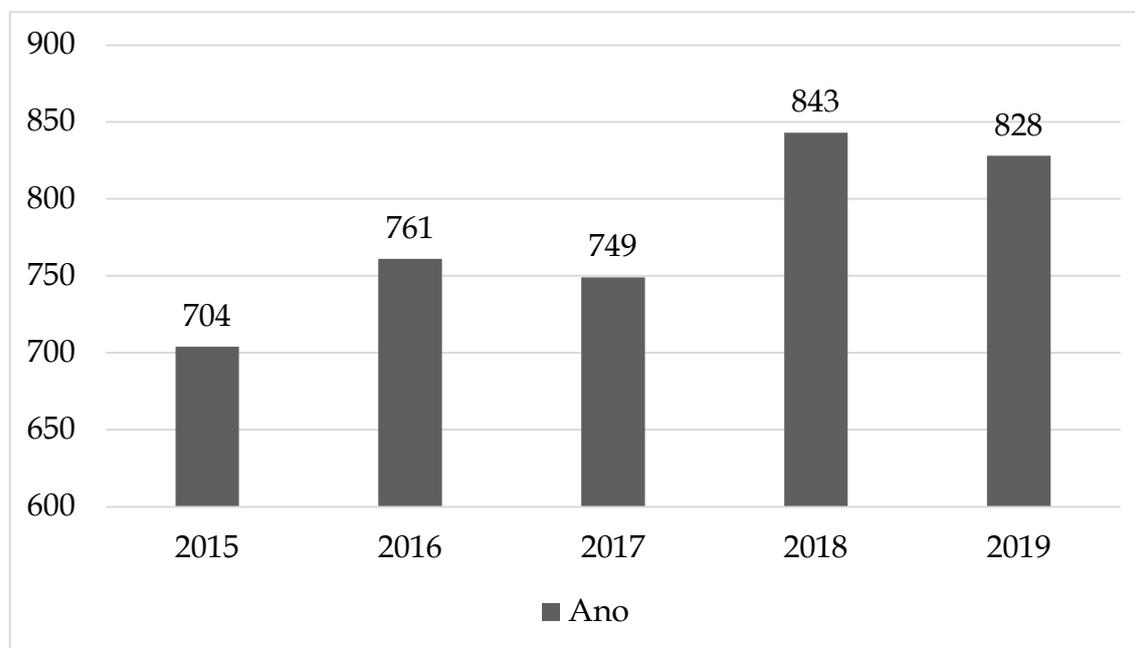
As variáveis consideradas foram as seguintes: número de casos confirmados, segundo o ano de notificação, dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, escolaridade, cor/raça e zona de residência), características clínicas (tipo de entrada, forma clínica e situação de encerramento) e doenças associadas (aids, alcoolismo, diabetes, doença mental, dependência química, tabagismo e entre outras doenças).

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante o período de 2015 a 2019, foram notificados 3.885 casos de tuberculose no estado Piauí. O ano com maior número de registros foi 2018 [843 (21,7%)], seguido de 2019 [828 (21,3%)]. 2015 foi o ano que apresentou a menor taxa de no-

tificações [704 (18,1%)]. O gráfico 1 apresenta os casos de tuberculose notificados no território piauiense, por ano. Nele, pode-se observar que ocorreram algumas oscilações, em que 2015 apresenta menor taxa, sucedendo em um ligeiro aumento nos anos seguintes.

**Gráfico 1** – Notificações de casos de tuberculose no Piauí entre 2015 e 2019.



**Fonte:** Ministério da Saúde – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, 2020

Um estudo semelhante, realizado por Santos et al. (2019), no estado de Alagoas, considerando o período de 2008 a 2017, constatou que ocorreu uma instabilidade nos números de casos nos anos analisados, apresentando queda no ano de 2015, sucedido de aumento nos anos seguintes.

Ao realizar um estudo observacional descritivo e averiguar as taxas de incidência por regiões brasileiras, Cozer et al. (2016) concordam que, entre os anos de 2008 e 2015, não houve mudança significativa no número de novos casos notificados. Contudo, aponta que a região Sudeste, cenário de maior aglomeração populacional no período, apresentou o maior índice de casos com média de 32.298.

A instabilidade nas notificações pode estar atrelada aos fatores de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), como: condições socioeconômicas, culturais, étnico-raciais, ambientais, biológico-genéticos e comportamentais, já que a TB é uma patologia que está diretamente associada as más condições de vida da população (DE LIMA et al., 2020).

Diversos fatores podem associar-se a oscilação na incidência de TB no Piauí, no período analisado, dentre eles: subnotificação, aplicação de medidas de biossegurança, tratamento adequado dos infectados, qualificação dos profissionais de saúde, aglomeração populacional, desigualdade social e uso racional de antibióticos, por exemplo.

Em relação aos dados sociodemográficos como: sexo, faixa etária, escolaridade, cor/ raça e zona de residência, presentes na tabela 1, constatou-se que das 3.885 notificações, a maioria das notificações foram identificado em indivíduos do sexo masculino [2.480 (63,8%)], sendo o sexo feminino menos atingido [1405 (36,2%)].

Silva et al. (2019) também identificaram maior prevalência de TB no sexo masculino [540 (71,43%)], em Porto Velho, entre os anos de 2014 a 2016. Em contrapartida, considerando o risco pela exposição constante ao agente etiológico, Souza e coautores (2020), analisaram a doença entre profissionais da saúde e concluíram que, entre os anos de 2015 e 2019, a prevalência de casos de TB foi superior em mulheres (63,05%) do que em homens (36,94%).

Para Sousa et al. (2020) e De Moraes et al. (2018) isso acontece devido uma maior exposição masculina às doenças infectocontagiosas, atrelado a ausência de cuidados relacionados à saúde. Além disso, deve-se considerar a inexistência de abordagens médicas diferentes entre homens e mulheres, em serviços de atenção à saúde. Há, também, barreiras que afetam o acesso da mulher aos serviços de saúde, como as atividades domésticas.

Quanto à faixa etária, a mais acometida foi a acima de 60 anos [976 (25,1%)], seguido da faixa etária de 30 a 39 anos [742 (19,1%)]. Na capital piauiense, em anos anteriores ao deste estudo, nota-se que não houve mudança significativa no perfil epidemiológico dos indivíduos infectados, idosos do sexo masculino, com idade superior a 60 anos, representavam 91,11 casos por 100 mil habitantes (SILVA; COSTA; CAMPELO, 2017).

Em contrapartida, Santos et al. (2019) evidenciam maior notificação de TB em indivíduos entre 20 a 39 anos [424 (39,19%)] e menor em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos [190 (17,56%)]. Cocô et al. (2019) afirma que isto está relacionado ao fato de indivíduos com idade entre 20 a 39 anos serem economicamente mais ativos e estarem mais expostos aos fatores de risco da patologia.

Os dados obtidos sugerem a maior notificação de casos entre homens com idade superior a 60 anos. Tal resultado pode estar associado a não adesão da imu-

nização, a desigualdade social e a desinformação entre o grupo, bem como demais fatores sociais e culturais, evidenciando a necessidade de elaboração de medidas sanitárias eficientes, de acordo com a individualidade de cada componente social.

No que se refere à escolaridade, os dados obtidos revelam que o mais constante foi o ensino fundamental incompleto [1431 (36,9%)]. Um estudo realizado por Oliveira et al. (2018), com detalhamento semelhante, aponta os mesmos resultados quanto ao grau de escolaridade.

Para De Moraes et al. (2018), a baixa escolaridade aumenta a vulnerabilidade a tuberculose, sendo responsável pela maior incidência da enfermidade e pela menor aderência ao respectivo tratamento. Portanto, a falta de instrução acerca da doença configura-se como um fator potencialmente problemático no que diz respeito à transmissibilidade e prevenção da doença.

Neste estudo destacou-se também que os mais afetados pela TB foram os indivíduos declarados como pardos. Da mesma forma no estudo feito por De Moraes et al. (2018) no estado do Maranhão, onde encontrou-se resultado semelhante em que os pacientes mais acometidos foram os indivíduos pardos [51 (89,0%)]. Logo, a evidência de que o sexo masculino é mais acometido entre pessoas de baixa escolaridade, de cor parda, pode auxiliar em estratégias específicas para tal perfil, favorecendo o tratamento

Quanto à zona de residência pode se constatar que a zona urbana foi a mais afetada [2944 (75,8%)]. Segundo o estudo de Fontes et al. (2019), esse resultado pode possuir relação com as condições de saneamento básico, como também à classe social onde as pessoas em maior situação de miséria estão expostas à difusão da doença.

**Tabela 1** - Caracterização dos dados sociodemográficos dos casos de tuberculose no Piauí, entre 2015 a 2019.

Variáveis	Casos confirmados de Tuberculose	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2.480	63,8
Feminino	1.405	36,2
<b>Faixa etária</b>		
< 10 anos	59	1,5
De 10 a 19 anos	184	4,7
De 20 a 29 anos	635	16,4
De 30 a 39 anos	742	19,1
De 40 a 49 anos	675	17,4
De 50 a 59 anos	614	15,8
Acima de 60 anos	976	25,1
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	479	12,3
Ensino fundamental incompleto	1.431	36,9
Ensino fundamental completo	203	5,2
Ensino médio incompleto	246	6,3
Ensino médio completo	447	11,5
Ensino superior incompleto	73	1,9
Ensino superior completo	185	4,8
Não se aplica	39	1,0
Ignorado	782	20,1
<b>Cor/raça</b>		
Branco	479	12,3
Preto	464	12,0
Amarelo	32	0,8
Pardo	2.762	71,1
Indígena	5	0,1
Ignorado/Branco	143	3,7

**Fonte:** Ministério da Saúde – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, 2020

Relacionado às características clínicas presentes na tabela 2, percebe-se que o tipo de entrada mais prevalente é de casos novos de TB [3.173(82,6%)], seguido por casos de reingresso após abandono [257 (6,7%)] e casos de transferência [192 (5,0%)]. Resultados semelhantes foram identificados no estudo de Da Silva et al. (2015), realizado no Estado de Alagoas, entre os anos de 2007 e 2012, no qual pode-se notar predominância de novos casos [6400 (83,2%)] seguido por reingresso após abandono [561 (7,3%)] e transferência [420 (5,5%)].

Segundo Côco et al. (2019), uma explicação para esse crescimento no número de casos novos de TB, pode estar relacionado ao aumento da população urbana na região metropolitana, sendo esse um fator contribuinte para as altas taxas de desemprego, subemprego, diminuição do nível salarial e pobreza, afetando a qualidade de vida e, conseqüentemente, favorecendo a probabilidade de desenvolver doenças.

No que se refere à forma clínica, o tipo de apresentação com maior predominância foi a pulmonar [3.166 (82,4%)], seguida pela forma extrapulmonar [576 (15,0%)] e associação pulmonar/extrapulmonar [576 (14,51%)]. Neto et al. (2020), também identificaram dados significativos referente à forma pulmonar [21.541 (89%)], no Estado do Maranhão, entre os anos de 2009 e 2018.

Todavia, segundo Côco et al. (2019), esse quantitativo de casos notificados da forma clínica pulmonar está relacionado ao fato de os pulmões serem órgãos com altas concentrações de oxigênio, tornando-se o ambiente preferencial para a instalação da bactéria aeróbica, *Mycobacterium tuberculosis*.

Sobre a situação de encerramento, verificou-se que as taxas de cura foram notavelmente significativas [2.622 (68,2%)], seguida de casos de transferência [405 (10,5%)] e óbito por outras causas [211 (5,5%)]. Em conformidade com esses dados, Neto e demais autores (2020), identificaram um expressivo número de casos que obtiveram a cura [15.842 (65,58%)], bem como um aumento em relação ao abandono do tratamento [2.666 (11,04%)].

Santos et al. (2019), apontam a TB como uma doença que apresenta grandes taxas de cura devido ao fácil diagnóstico e eficácia do tratamento. Este fato relaciona-se, principalmente, com os avanços tecnológicos em prevenção e controle dessa patologia. Mas, apesar desses avanços, a TB tem tido um crescimento referente aos casos de abandono ao tratamento, podendo em muitas ocasiões provocar multirresistência do bacilo e regressão do tratamento.

**Tabela 2** - Distribuição dos casos de tuberculose notificados de acordo com o tipo de entrada, variáveis clínicas e tipo de encerramento, no período entre 2015 a 2019.

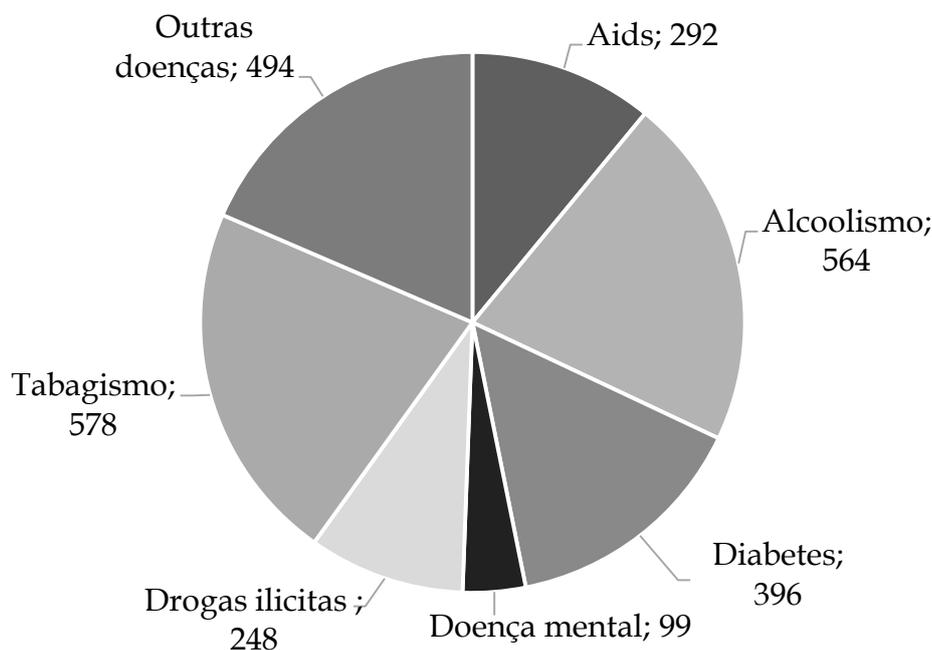
Variáveis	N	%
<b>Tipo de entrada</b>		
Caso novo	3.173	82,6
Recidiva	186	4,8
Reingresso após abandono	257	6,7
Transferência	192	5,0
Não sabe	14	0,4
Pós óbito	20	0,5
<b>Forma clínica</b>		
Pulmonar	3.166	82,4
Extrapulmonar	576	15,0
Pulmonar + extrapulmonar	99	2,6
<b>Tipo de encerramento</b>		
Cura	2.622	68,2
Abandono	203	5,3
Óbito por tuberculose	142	3,7
Óbito por outras causas	211	5,5
Transferência	405	10,5
TB/DR*	22	0,6
Mudança de esquema	23	0,6
Falência	4	0,1
Abandono primário	25	0,7
Ignorado/Branco	185	4,8

Nota: \*Tuberculose resistente a medicamentos

Fonte: Ministério da Saúde - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, 2020

No que concerne as comorbidades associadas, o alcoolismo, o tabagismo e a diabetes foram às doenças mais presentes nas pessoas com TB no período analisado (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Distribuição das patologias associadas à tuberculose, no Piauí, entre 2015 e 2019.



**Fonte:** Ministério da Saúde – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATA-SUS, 2020

É notório a inter-relação entre o uso de substâncias entorpecentes e a progressão da TB, com relação a fatores multidirecionais. Desse modo, Van Rensburg (2020), em seu estudo sobre a tuberculose em países de renda baixa, sinaliza que a TB e o consumo de álcool possuem variantes comuns em dois aspectos: biologicamente (imunossupressão) e socialmente (exposição em ambientes fechados e com pouca ventilação). Este público, após o contágio, é relatado como poucos cooperativos para o tratamento. Além disso, tanto a TB como o alcoolismo, caracterizam-se como doenças acometidas em populações pobres, acarretando estigma social.

O tabagismo também possui grande enfoque para a TB, obtendo o risco principal por conta da nicotina, já que age como reativo em casos de TB encerradas, causando o enfraquecimento e modificação dos alvéolos, promovendo a subsistência da bactéria mesmo após o tratamento (NOVOTNY et al., 2017).

Autores como De Oliveira et al. (2020), relatam também a associação da tuberculose com o uso do fumo (55%), drogas ilícitas (10%) e com o álcool (35%) antes ou durante o tratamento, que na sua pesquisa englobam 51 pacientes. Percebe-se, então, o alcoolismo e o tabagismo como protagonistas nos dois estudos, e que a problemática não está apenas na incidência, mas também na evolução clínica e na finalização do tratamento.

Já em relação ao Diabetes Mellitus (DM) é necessário ressaltar a cautela para com esses pacientes, pois a DM pode interferir no metabolismo dos fármacos de combate à tuberculose (ABREU et al., 2020). A DM causa um aumento da predisposição para a TB por conta de alguns fatores, mas vale destacar principalmente a hiperglicemia e insulinopenia celular (SILVA et al., 2018).

Quanto a aids, essa é uma patologia que normalmente está relacionada aos casos de doenças oportunistas, como a TB. Pessoas que vivem com HIV/aids em associação com tuberculose, normalmente apresenta maiores probabilidades de mortalidade. Isso devido a fatores que modificam os mecanismos de proteção do organismo humano tornando-o mais propenso a desenvolver infecções. (FREITAS et al., 2016; ALCALDE, et al 2018).

Ainda que o alcoolismo, o tabagismo e a DM sejam comorbidades associadas com maior destaque nos indivíduos com TB, é necessário compreender e discutir os fatores sociais e os potenciais consequências clínicas da associação da patologia com outras comorbidades. Não foi encontrado estudos que se relacionam a TB às doenças mentais, dependência química e outras doenças. É fundamental que mais estudos nessa temática sejam executados, auxiliando nas tomadas de decisão em saúde coletiva.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que a tuberculose é uma doença que causa um número expressivo de óbitos e necessita de atenção e cuidados com os indivíduos acometidos por essa patologia. Sendo assim, os casos notificados de TB no Piauí mostraram-se maior nos dois últimos anos da pesquisa, de modo que, o sexo masculino, faixa etária acima de 60 anos, indivíduos com baixo nível de escolaridade e de cor parda obtiveram maior predominância. Os números de casos foram maiores na zona urbana em relação a rural, o que necessita de investigação para compreender se essa população rural está recebendo ou procurando os serviços de saúde. Em relação as comorbidade associadas pode-se constatar que o alcoolismo e tabagismo predominaram nas pessoas acometidas por TB.

Diante dos resultados obtidos nesse estudo, percebe-se a necessidade de intensificar e aprimorar as medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento dessa patologia, para que dessa forma ocorra uma redução significativa dos riscos associados a TB, bem como, ampliar e descentralizar o acesso aos serviços de saúde, associado a continuidade assistencial nos diferentes níveis de atenção à saúde, a capacitação dos profissionais e avaliação continua da qualidade assistencial.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Ricardo Gadelha de *et al.* Tuberculose e diabetes: associação com características sociodemográficas e de diagnóstico e tratamento. Brasil, 2007-2011. **Revista Brasileira de epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, p. e200009, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S-1415-790X2020000100410](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1415-790X2020000100410). Acesso em: 04/02/2021.

ALCALDE, Giovana Fogaça Garcia *et al.* Perfil epidemiológico de tuberculose em pacientes portadores de hiv. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 7519, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nup-cis/article/view/7519>. Acesso em: 07/02/2021.

BASSO, Giovana Bittencourt *et al.* Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de Curitiba no Período de 2001 A 2011. **Perspectivas Médicas, Jundiáí**, v. 28, n. 3, p. 12-17, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2432/243254652003.pdf>. Acesso em: 04/02/2021.

CÔCO, Claudia Repossi *et al.* A incidência de tuberculose no estado do Espírito Santo: análise do período de 2005 a 2016. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/ Brazilian Journal of Health Research**, [s.l.] v. 21, n. 1, p. 104-113, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/26474>. Acesso em: 05/02/2021.

COZER, Andressa Meline *et al.* Panorama epidemiológico da tuberculose no Brasil. **Revista Educação em Saúde**, Anápolis, v. 4, n. 2, p. 43-50, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/2015>. Acesso em: 28/02/2021.

DA SILVA, Ellen Goes *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose no Estado de Alagoas-AL de 2007 a 2012. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 3, n. 1, p. 31-46, 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/2352>. Acesso em: 03/02/2021.

DE LIMA, Maryana Matias Paiva *et al.* Análise temporal e epidemiológica dos casos de tuberculose no estado do Piauí, Brasil. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. e160922252-e160922252, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/338431439\\_Analise\\_temporal\\_e\\_epidemiologica\\_dos\\_casos\\_de\\_tuberculose\\_no\\_Estado\\_do\\_Piaui\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/338431439_Analise_temporal_e_epidemiologica_dos_casos_de_tuberculose_no_Estado_do_Piaui_Brasil). Acesso em: 04/02/2021.

FILHO, Antonio de Deus; CARVALHO, Illana Mary Silveira. Perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose em hospital universitário de Teresina-Pi. **Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 51-60, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rehu/article/view/6758>. Acesso em: 06/02/2021.

FREITAS, Wiviane Maria Torres de Matos *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. 2, p. 6-6, 2016. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232016000200045](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000200045). Acesso em: 04/02/2021.

DE MORAES, Mário Fernando Viana *et al.* Perfil epidemiológico de casos de tuberculose em um município prioritário no estado do Maranhão. **Revista de Pesquisa em Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/10149>. Acesso em: 05/02/2021.

DE OLIVEIRA, Roberta Lima *et al.* Relatos de uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas entre pacientes em tratamento para tuberculose. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 14866-14877, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/11843/9904>. Acesso em: 06/02/2021.

FONTES, Giuliano José Fialho *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil no período de 2012 a 2016. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pernambuco, v. 9, n. 1, p. 19-26, 12 mar. 2019. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/6376>. Acesso em: 07/02/2021.

NETO, Amadeu Rodrigues Passarinho *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no estado do Maranhão de 2009 a 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], n. 53, p. e992-e992, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/992>. Acesso em: 08/02/2021.

NOVOTNY TE *et al.* HIV/AIDS, tuberculose e tabagismo no Brasil: uma síndrome que exige intervenções integradas. **Cad Saúde Pública**, [s.l.]; n. 33, vol.,3. P.e00124215. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1313/4131>. Acesso em: 22 jan. 2021

MACEDO, Joyce Lopes *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose em um Município do Maranhão. **Revista Ciência & Saberes-UniFacema**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 699-705, 2017. Disponível em: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/250>. Acesso em: 22/ 01/2021.

MARQUES, Lorena Cristina dos Santos; DE OLIVEIRA, Ohana Luiza Santos; PEREIRA, Marilane Andrade. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial da tuberculose entre 2014 a 2019 no estado da Bahia. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 10, n. 57, p. 3523-3534, 2020. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/944>. Acesso em: 10/02/2021.

MOREIRA, Adriana da Silva Rezende; KRITSKI, Afrânio Lineu; CARVALHO, Anna Cristina Calçada. Determinantes sociais da saúde e custos catastróficos associados ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s.l.], v. 46, n. 5, p. e20200015-e20200015, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42590>. Acesso em: 23/ 01/2021.

SANTOS, José Gilmar Costa *et al.* Perfil clínico e epidemiológico da tuberculose em Alagoas de 2008 a 2017. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 14, p. 35-48, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2020000100107](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000100107). Acesso em: 24/01/2021.

SILVA, Lorena Teixeira da *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. **Rev. epidemiol. controle infecç**, [s.l.], p. 48-

54, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021166>. Acesso em: 02/02/2021.

SILVA, Denise Rossato *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **J bras pneumol**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n2/pt\\_1806-3756-jbpneu-44-02-00145](https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n2/pt_1806-3756-jbpneu-44-02-00145). Acesso em: 04/02/2021.

SILVA, Ivisson Lucas Campos da; COSTA, Maria Jordana Magalhães; CAMPELO, Viriato. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teresina-PI de 2008 a 2012. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 36-46, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/rics/article/view/4561>. Acesso em: 15/02/2021.

SOARES, Valéria Martins *et al.* Fatores associados à tuberculose e à tuberculose multirresistente em pacientes atendidos em um hospital de referência terciária em Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 46, n. 2, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132020000200205&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132020000200205&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11/02/2021.

SOUSA, Grasyele Oliveira *et al.* Epidemiologia da tuberculose no nordeste do Brasil, 2015–2019. **Research, Society and Development**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 8, p. e82985403-e82985403, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2020000100107&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2020000100107&script=sci_arttext). Acesso em: 10/02/2021.

SOUZA, Amanda Carvalho Ferreira de *et al.* Perfil dos profissionais de saúde diagnosticados com tuberculose de 2015 a 2019 no Brasil. **Revista Saber Digital**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 32-42, 2020. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/896>. Acesso em: 02/02/2021.

VAN RENSBURG, André Janse *et al.* Comorbidities between tuberculosis and common mental disorders: a scoping review of epidemiological patterns and person-centred care interventions from low-to-middle income and BRICS countries. **Infectious diseases of poverty**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://idpjournals.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-019-0619-4>. Acesso em: 24/02/2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Global tuberculosis report 2018. Geneva: **World Health Organization**; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274453>. Acesso em: 22/02/2021.



## CAPÍTULO 8

---

### FISIOTERAPIA MOTORA APLICADA NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: REVISÃO INTEGRATIVA

#### *MOTOR PHYSIOTHERAPY APPLIED TO THE REHABILITATION OF CHILDREN VICTIMS OF BURN: INTEGRATIVE REVIEW*

*Elaine Maria da Silva Lima de Figueiroa<sup>1</sup>  
Priscila Gomes Braz<sup>2</sup>  
Geraldo Magella Teixeira<sup>3</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.8

1 Acadêmica de Fisioterapia pelo Centro Universitário Mario Pontes Jucá - UMJ. <https://orcid.org/0000-0002-7017-9400>. [lannyfeijo@gmail.com](mailto:lannyfeijo@gmail.com)

2 Acadêmica de Fisioterapia pelo Centro Universitário Mario Pontes Jucá - UMJ. <https://orcid.org/0000-0001-6437-2266>. [gomespribraz@gmail.com](mailto:gomespribraz@gmail.com)

3 Docente do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário Mario Pontes Jucá - UMJ. [magellafisio@yahoo.com.br](mailto:magellafisio@yahoo.com.br)

## RESUMO

**I**ntrodução: O termo queimadura pode ser definido como uma lesão traumática no revestimento cutâneo corporal; tal trauma pode ser decorrente de uma ação direta ou indireta sobre o tecido tegumentar, podendo destruir total ou parcialmente a pele e seus anexos. Tal lesão é de etiologia variável e, via de regra, pode ser decorrente de: origem térmica, elétrica, química, radioativa e biológica (SALES E NUNES 2015). **Objetivo:** Realizar síntese de pesquisas bibliográficas acerca dos efeitos da fisioterapia motora em crianças vítimas de queimadura. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa da Literatura que seguiu os passos metodológicos propostos por Ganong (1987), com base nos últimos cinco anos (2015-2020), com estratégia de busca elaborada de estudos nas línguas portuguesa e inglesa utilizando artigos científicos, das bases de dados, PubMed, Scielo e Lilacs. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados 313 artigos, e descartados 303, que não possuíam os critérios propostos pela pesquisa, restando apenas 10 artigos. Na atualidade muito se tem discutido sobre os benefícios da fisioterapia motora na reabilitação de crianças com lesão por queimadura, como também os tipos de exercícios, a quantidade de repetição, a intensidade, e a duração. **Conclusão:** Dentre os artigos selecionados para esta revisão, a maioria destaca-se pelo sucesso obtido na utilização da fisioterapia motora no tratamento das crianças queimadas, aplicado com o objetivo de restaurar as funções físicas e fisiológicas afetadas devido às lesões por queimadura. Mostrando seus benefícios através de tratamentos feitos por programas protocolados ou planos de tratamentos compostos por exercícios motores.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Reabilitação. Criança. Queimadura.

## ABSTRACT

**Introduction:** The term burn can be defined as a traumatic injury to the body's skin lining; such trauma may be due to a direct or indirect action on the integumentary tissue, which may totally or partially destroy the skin and its attachments. Such injury is of variable etiology and, as a rule, may be due to: thermal, electrical, chemical, radioactive and biological origin (SALES E NUNES 2015). **Objective:** To carry out a synthesis of bibliographic research about the effects of motor physiotherapy in children victims of burns. **Methodology:** This is an Integrative Literature Review study that followed the methodological steps proposed by Ganong (1987), based on the last five years (2015-2020), with a strategy of searching for studies in Portuguese and English. using scientific articles from the databases, PubMed, Scielo and Lilacs. **Results and Discussion:** 313 articles were found, and 303 were discarded, which did not meet the criteria proposed by the research, leaving only 10 articles. Currently,

much has been discussed about the benefits of motor physiotherapy in the rehabilitation of children with burn injuries, as well as the types of exercises, the amount of repetition, the intensity, and the duration. Conclusion: Among the articles selected for this review, most stand out for the success obtained in the use of motor physiotherapy in the treatment of burned children, applied with the aim of restoring the affected physical and physiological functions due to burn injuries. Showing its benefits through treatments done by protocol programs or treatment plans composed of motor exercises.

**Keywords:** Physiotherapy. Rehabilitation. Child. Burn.

## 1 INTRODUÇÃO

O termo queimadura pode ser definido como uma lesão no revestimento do corpo, este trauma pode ser decorrente de uma ação direta ou indireta sobre o tecido tegumentar, podendo destruir total ou parcialmente a pele e seus anexos; a saber: músculos, tendões e ossos. Tal evento tem etiologia multifatorial e pode ser de origem térmica, elétrica, química, radioativa e biológica (SALES E NUNES, 2015).

Essa lesão ocorre em todo o planeta e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010, estimou que as lesões por queimaduras são as causas de aproximadamente 180 mil mortes por ano no mundo, sendo os países de baixa renda os mais afetados. No Brasil este número chega a 1 milhão de acidentes por ano, constituindo um grave problema de Saúde Pública (FRAGA et al., 2018).

Com intento de melhor compreender a fisiopatologia das queimaduras, em 2015 a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ) classificou de acordo com a profundidade da lesão: Queimadura de primeiro grau atinge apenas a epiderme, camada mais superficial da pele, apresenta dor intensa, pele seca, vermelhidão e não produz bolhas, não há comprometimento hemodinâmico, apenas da epiderme. Queimadura de segundo grau, é dividida em 2º grau superficial e profundo. A queimadura de 2º grau superficial é aquela que envolve a epiderme e a porção mais superficial da derme gerando flictenas. As queimaduras de 2º grau profundas são aquelas que acometem a epiderme e toda a derme, com risco de atingir terminações nervosas, apresenta eritema, dor, flictenas e erosões. A cicatrização ocorre de forma mais lenta, podendo deixar marcas no local lesionado. Queimaduras de terceiro grau atingem a epiderme, derme e tecidos subcutâneos, levando a destruição total de nervos, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e capilares sanguíneos, podendo atingir músculos e estruturas ósseas, não apresenta dor, não há

retorno capilar conseqüentemente não ocorre a regeneração espontâneo do local lesionado, podendo ser necessário procedimentos cirúrgicos (DA SILVA *et al.*, 2015).

Embora o prognóstico e expectativa de vida de crianças com lesões por queimadura tenham melhorado muito nos últimos anos, a epidemiologia das queimaduras não evoluiu de maneira significativa. As queimaduras envolvendo crianças acontecem, predominantemente, no cenário doméstico devido a manipulação de líquidos quentes; muitas vezes tal manipulação é motivada pela curiosidade e idade (ROMANOSKI *et al.*, 2018).

No intento de tratar e reabilitar os pacientes vitimados de queimaduras a atuação da fisioterapia é indicada logo após a internação e visa minimizar possíveis sequelas e reduzir os dias de hospitalização. Sempre é iniciada a partir de uma avaliação criteriosa, afim de definir o tratamento mais adequado à condição do paciente. O tratamento fisioterápico deve estar presente em todas as etapas da reabilitação desde o momento da internação até ao acompanhamento ambulatorial, para que a recuperação e desenvolvimento da criança de acordo com a sua faixa etária (CARDOSO E SILVA, 2020).

Fisioterapia é a ciência que trata, previne e recupera as disfunções cinéticas funcionais de órgãos e sistemas, decorrente de traumas, lesões deste modo tem um papel fundamental na reabilitação motora, com prescrição de exercícios isocinéticos, isotônicos e resistidos. Neste contexto, a fisioterapia motora é considerada um elemento central para o processo de reabilitação física de pacientes vítimas de queimaduras, pois visa a restauração funcional do paciente utilizando de alguns recursos que auxiliam na execução dos exercícios terapêuticos (PRESTE *et al.*, 2019).

Acordam os conselheiros do conselho federal de Fisioterapia e terapia Ocupacional, reunidos em sessão de 301ª Reunião Plenária Ordinária, nos termos da Resolução-COFFITO nº 369, de 06 de novembro de 2009, e suas alterações, em: Acolher o Parecer Técnico-Científico, por unanimidade, para reconhecer a habilitação do fisioterapeuta para tratar feridas e queimaduras (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2018).

A intervenção da fisioterapia motora em crianças queimadas é mister, pois utiliza muitos recursos e técnicas para que reabilitam e previnem sequelas. Dentre essas técnicas, destaca-se a cinesioterapia que, quando introduzida de modo precoce, reduz o dano funcional, minimiza o progresso da patologia e preveni complicações secundárias; a cinesioterapia atua por meio de exercícios ativos, passivos e ativo assistido com o objetivo de preservar, corrigir, restaurar e manter as funções musculoesqueléticas dos pacientes (COLARES, R. P. *et al.* 2017).

A reabilitação de pacientes queimados é um processo complexo, principalmente quando ocorre em crianças, pois causa diversas sequelas e limitações de ordem funcional, psicológica e social o que afeta a qualidade de vida da criança prejudicando o seu desenvolvimento. Por se tratar de um público infantil a fisioterapia necessita utilizar recursos lúdicos para conseguir alcançar os objetivos traçados durante o tratamento (ROMANOSKI. *et al.* 2018).

Assim sendo, justifica-se a leitura do presente trabalho que intenta sobre aplicação da fisioterapia motora e seus efeitos na reabilitação de crianças vítimas de queimaduras.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa da Literatura. A elaboração do presente estudo seguiu os passos metodológicos propostos por Ganong (1987). O primeiro passo do método trata da seleção do tema e formulação da pergunta de pesquisa, que foi: Segundo a literatura quais os benefícios da fisioterapia motora aplicada em crianças vítima de queimadura?

No segundo passo, constituiu-se como *corpus* do material analisado, estudos indexados às bibliotecas virtuais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Scientific Electronic Library On-line (SciELO); e Biblioteca Nacional de Medicina (PubMed) obtidos por meio de consulta ao acervo, utilizando-se as palavras chaves “fisioterapia”, “reabilitação”, “criança” e “queimadura” retiradas do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A estratégia de busca bibliográfica e fluxograma de descrição da inclusão e exclusão de estudos estão descritas na **Figura 1**.

Os critérios de inclusão foram: I) estudos completos, II) estudos publicados entre 2015 a 2020), III) estudos escritos em língua portuguesa e inglesa, IV) estudos relacionados ao tema de pesquisa. Foram excluídos: I) estudos incompletos ou indisponíveis integralmente, II) estudos publicados fora do período estipulado, III) estudos pagos e, IV) estudos que não apresentavam relação com o tema de pesquisa.

Para cumprimento da extração de dados, terceiro passo do método de Ganong (1987), foi utilizado o quadro sinóptico proposto por Ursi e Gavão (2006). Em cumprimento ao quarto passo, nos estudos selecionados para revisão, foi aplicado o método de análise de conteúdo proposto por Lawrence Bardin (2010). Este método de análise organiza-se em três tempos: I) a pré-análise, II) a exploração do material e, III) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A exploração do *corpus* permitiu a organização das ideias expostas no texto e a criação de categorias temáticas, estabelecidas por critério semântico. Essas categorias foram organizadas de forma a agrupar os pensamentos em comum expostos em cada estudo revisado, conforme a pertinência com a questão estudada e a fim de satisfazer os objetivos do estudo.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na fase de exploração do material, ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restaram para revisão 10 estudos, sendo excluídos 303 estudos do total encontrados na consulta ao acervo. Dos estudos revisados, um (10%) foi encontrado na consulta à Lilacs, um (10%) foi encontrado na consulta Scielo, e os outros oito (80%) encontrados na plataforma Pubmed.

Destes, um (10%) artigo foi publicado em 2019, seguido de 2018 com quatro (40%), 2017 teve quatro artigos (40%) e 2015 teve um artigo (10%).

**Tabela 1** - Quadro sinóptico com os estudos revisados conforme título, autoria, ano de publicação, delineamento metodológico, objetivos e biblioteca de indexação.

N	Título	Autoria, ano	Objetivos	Biblioteca
1.	Treinamento de resistência para reabilitação após queimadura lesão: uma revisão sistemática da literatura e meta-análise.	Gittings et al. 2017	Determinar a eficácia do treinamento de resistência na força muscular, massa magra, função, qualidade de vida e dor, em crianças e adultos após queimaduras.	Pubmed
2.	Relação entre massa corporal magra e pico isocinético toque dos extensores e flexores do joelho em queimaduras graves crianças.	Tapking et al. 2019	Determinar se os ganhos de longo prazo na massa corporal magra após programas de exercícios estruturados são funcionalmente significativos e relacionado a maior força muscular em crianças gravemente queimadas.	Pubmed

3.	Características antropométricas, capacidade funcional de exercício e atividade física de crianças vítimas de queimaduras.	Valenciano et al. 2017	Analisar as características antropométricas, capacidade funcional do exercício e atividade, bem como verificar se há associação entre variáveis antropométricas e de atividade física com a gravidade da queimadura em crianças após a alta hospitalar.	Scielo
4.	Efeitos de diferentes programas de exercícios de duração em crianças com queimaduras graves.	Clayton et al. 2017	Investigar se diferentes durações de exercício, 6 ou 12 semanas, produzem melhorias comparáveis em força muscular, composição corporal e aptidão cardiopulmonar.	Pubmed
5.	O uso do Xbox Kinect em uma unidade de queimaduras pediátricas.	Lozano e Potterton. 2018	Investigar o efeito do uso do Xbox Kinect <sup>TM</sup> como um complemento à fisioterapia em uma Unidade de queimaduras pediátricas(PBU).	Pubmed

6.	Um protocolo de revisão sistemática sobre a eficácia de exercícios terapêuticos utilizados por fisioterapeutas para melhorar a função em pacientes com queimaduras.	Mudawarima et al. 2017	Avaliar a eficácia, segurança e aplicabilidade para países de baixa renda de exercícios terapêuticos utilizados por fisioterapeutas para melhorar a função em pacientes com queimaduras.	Pubmed
7.	Quantificação de um programa de reabilitação de exercícios para Crianças gravemente queimadas: o padrão de atendimento na Shriners Hospitals for Children® – Galveston.	Rivas et al. 2018	Quantificar nosso aeróbio de 6 semanas e programa de treinamento de reabilitação de resistência e relatar o benefícios deste programa, avaliados através de uma comparação de crianças queimadas para controles saudáveis pareados por idade e sexo, com o objetivo de desenvolver diretrizes específicas para exercícios intensidade, frequência e duração após queimadura severa trauma.	Pubmed
8.	Efeitos de exercícios baseados na comunidade em crianças com queimaduras graves: um ensaio randomizado.	Peña et al. 2015	Avaliar um exercício alternativo estratégia de reabilitação envolvendo uma reabilitação de treinamento de exercícios baseado na comunidade de 12 semanas programa (combex).	Pubmed

9.	Crianças com queimaduras graves não apresentam diferenças de sexo na capacidade de exercício na alta hospitalar ou adaptação após treinamento de reabilitação de exercícios.	Rivas et al. 2018	Testar a hipótese de que meninas com lesão por queimadura teria menor capacidade de exercícios e diferentes adaptações de treinamento induzido por exercício.	Pubmed
10.	Qualidade de vida de crianças e adolescentes após queimadura: Revisão integrativa.	Romanoski et al. 2018	Identificar a produção do conhecimento sobre qualidade de vida e aspectos relacionados a partir da percepção de crianças e adolescentes queimados.	Lilacs

**Fonte:** instrumento proposto e validado por Ursi e Gavão (2006).

Os exercícios terapêuticos são movimentos corporais que têm como objetivo melhorar, corrigir ou recuperar função perdida, além de manter o bem-estar dos indivíduos. Podem ser definidos como aspectos físicos que auxiliam na restauração ou manutenção da força, resistência, flexibilidade, equilíbrio e mobilidade (MUDAWARIMA *et al.*, 2017).

Os exercícios terapêuticos podem ser realizados por pacientes saudáveis ou com lesão por queimadura e seus efeitos são benéficos para o sistema cardiorrespiratório e musculoesquelético. Tais exercícios devem ser iniciados ainda no ambiente hospitalar e dado continuidade após a alta, levando em consideração a gravidade, profundidade e extensão da lesão (MUDAWARIMA *et al.*, 2017).

Os exercícios aeróbicos são uma excelente ferramenta para compor o plano de tratamento dos pacientes com lesões por queimadura, principalmente no período após a alta hospitalar; tais exercícios têm como objetivo recuperar força muscular, melhorar amplitude de movimento (ADM), fortalecer o sistema cardiorrespiratório

comprometido em razão do imobilismo e restrições causadas por contraturas, dores, desregulação do metabolismo (TAPKING *et al.*, 2018).

Crianças com queimaduras graves acabam tendo uma resposta metabólica elevada, isso ocorre logo após 48h de imobilização, tendo como início o processo de diminuição de massa muscular e conseqüentemente de força, resultando na diminuição da qualidade de vida, causando retardo na recuperação dos indivíduos (TAPKING *et al.*, 2018).

A maioria dos estudos utilizaram a fisioterapia com programas de exercícios terapêuticos dos tipos isométricos, discinéticos, isotônicos, aeróbicos, resistidos e de força em crianças queimadas, além de apresentarem evidências direcionadas para faixa etária de 6 a 12 anos (CLAYTON *et al.*, 2017).

Os artigos encontrados e analisados para este trabalho, constataam a importância de manter o tratamento fisioterapêutico durante todo o período de recuperação de crianças vítimas de queimaduras. No geral, durante o período de internação todos tiveram acompanhamento com fisioterapeuta, porém após a alta hospitalar parte dos pacientes não deram continuidade ao tratamento fisioterapêutico. Tendo por causa diversos motivos como falta de recursos para arcar com as despesas, problemas com a imagem, isolamento social, dor e dificuldade com locomoção. Alguns até retornaram ao tratamento após um período que varia entre seis meses a dois anos (VALENCIANO *et al.*, 2017).

O tratamento fisioterápico requer compromisso e disponibilidade de tempo, do paciente e do acompanhante pois é necessário ausentar de suas atividades do cotidiano durante o tempo que se estender o tratamento, além de ter que arcar com os custos das despesas geradas (PEÑA *et al.*, 2015).

Os resultados mostraram que a dor esteve presente em alguns casos, como um fator limitante, requerendo uma maior atenção no aplicar e execução dos exercícios motores, principalmente no ambiente hospitalar. Um dos artigos relata sobre a utilização de tecnologias assistida, o uso do vídeo game facilita e encoraja a criança na execução exercício, as imagens virtuais fornecem o benefício da distração fazendo com que a dor seja esquecida (LOZANO e POTTERTON, 2018).

As lesões por queimadura estão relacionadas intimamente com o ambiente domiciliar, tendo como uma das principais causas o escaldamento, ou seja, o manuseio de líquidos ferventes, seguido de chamas. Sendo relevante se comparado a idade da criança ainda na fase de desenvolvimento. Foi possível identificar maior

incidência de queimadura em crianças de extratos sociais mais baixos e baixa escolaridade, estes dados evidenciam que os acidentes por queimadura estão diretamente associados aos índices de desigualdade social (VALENCIANO *et al.*, 2017).

Entre as características relacionadas aos tipos de exercícios motores aplicados em crianças vítimas de lesões por queimadura, está a utilização de artifícios lúdicos e brincadeiras com o objetivo de estimular e fazer com que a criança realize os exercícios propostos. Identificou-se que os estudos analisados apontam o exercício aeróbico e de resistência como os mais utilizados para a recuperação, ganho de força, resistência, massa magra e amplitude de movimento (RIVAS *et al.*, 2018).

Os exercícios motores quando integrados aos programas de tratamentos de pacientes queimados, trazem benefícios significativos proporcionando a eles uma recuperação mais rápida e com um número menor de sequelas (PEÑA *et al.*, 2015).

Em vários trabalhos é possível encontrar descrições de programas aplicados no tratamento de crianças vítimas de queimaduras, dentre os quais encontra-se o COMBEX programa composto por exercícios aeróbicos e resistidos com progressão ao longo de 12 semanas realizados ainda no hospital e após a alta hospitalar em ambulatórios ou em centros de treinamentos próximos a residência dos pacientes (PEÑA *et al.*, 2015).

Vale salientar que, nos textos selecionados, evidenciou-se que o tratamento fisioterapêutico teve início nos primeiros dias de internação. Após a alta hospitalar, menos da metade destes pacientes continuam o tratamento fisioterápico, o que pode comprometer o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar da criança. Porém, ainda que ocorra interrupção do tratamento, o paciente pode obter resultados positivos, caso retome a fisioterapia, o que proporciona à criança o acesso aos estímulos adequados às suas necessidades, resultando em uma melhor qualidade de vida (VALENCIANO, *et al.*, 2017).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dentre os artigos selecionados para esta revisão, a maioria destaca-se pelo sucesso obtido na utilização da fisioterapia motora no tratamento das crianças queimadas, aplicado com o objetivo de restaurar as funções físicas e fisiológicas afetadas devido às lesões por queimadura. Mostrando seus benefícios através de tratamentos feitos por programas protocolados ou planos de tratamentos compostos por exercícios motores.

Ao longo deste trabalho observou-se a falta de estudos com base nesta temática, ficando evidente a escassez de materiais publicados. O que deixa claro a necessidade de mais pesquisas com base na avaliação dos benefícios do exercício motor em pacientes pediátricos queimados.

## REFERÊNCIAS

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

CARDOSO, K. E.; DA SILVA, L. S. T. Atuação do fisioterapeuta em pacientes queimados graves. *Perspectiva: Ciência e Saúde*, v. 5 (1) p. 19-33, 2020. Disponível em: <<http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/417>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

Clayton RP, Wurzer P, Andersen CR, Mlcak RP, Herndon DN, Suman OE. Effects of different duration exercise programs in children with severe burns. *Burns*. 2017 Jun;43(4):796-803. Epub 2016 Nov 28. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27908464/>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

COLARES, R. P. *et al.* Efeito da cinesioterapia em crianças queimadas: Revisão Bibliográfica. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 16 n 2 p. 130-134, 2017. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/374>>. Acesso em: 06 abr. 2020.

CREFITO 1. Atendimento às vítimas de queimadura do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região. 12 de dezembro de 2018. Disponível em: <<http://www.coffito.gov.br/nsite/?p=10407>> Acesso em: 30 mai. 2020.

DA SILVA, J. A. C. *et al.* Perfil dos pacientes atendidos por queimaduras em um hospital de referência no norte do Brasil. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 14, n. 3 p. 198 - 202, 2015. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/details/262/ptBR/perfil-dos-pacientes-atendidos-por-queimaduras-em-um-hospital-de-referenciano-norte-do-brasil>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

FRAGA, I. B. *et al.* Influência da cicatrização e amplitude de movimento na qualidade de vida de pacientes queimados em acompanhamento ambulatorial. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 17 n 2 p. 81-87, 2018. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/433>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* [Internet]. 1987 Feb;10(1):1-11. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.4770100103>.

Gittings PM, Grisbrook TL, Edgar DW, Wood FM, Wand BM, O'Connell NE. Resistance training for rehabilitation after burn injury: A systematic literature review & meta-analysis. *Burns*. 2018 Jun;44(4):731-751. doi: 10.1016/j.burns.2017.08.009. Epub 2017 Oct 7. Erratum in: *Burns*. 2020 Aug;46(5):1240-1241. PMID: 29017743. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29017743/>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

Lozano EI, Potterton JL. The use of Xbox Kinect™ in a Paediatric Burns Unit. *S Afr J Physiother*. 2018 Apr 9;74(1):429. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30135921/>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

Mudawarima T, Chiwaridzo M, Jelsma J, Grimmer K, Muchemwa FC. A systematic review protocol on the effectiveness of therapeutic exercises utilised by physiotherapists to improve function in patients with burns. *Syst Rev*. 2017 Oct 23;6(1):207. doi: 10.1186/s13643-017-0592-6. PMID: 29058641; PMCID: PMC5651576. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29058641/>.

Peña R, Ramirez LL, Crandall CG, Wolf SE, Herndon DN, Suman OE. Effects of community-based exercise in children with severe burns: A randomized trial. *Burns*. 2016 Feb;42(1):41-47. doi: 10.1016/j.burns.2015.07.007. Epub 2015 Nov 28. PMID: 26643401; PMCID: PMC4724475. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26643401/>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

Preste. Y. A. *et al.* Cinesioterapia aplicada em crianças e adultos queimados: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 18, n 1 p. 47-53, 2019. Disponível em: < <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/459/pt-BR/cinesioterapia-aplicada-em-criancas-e-adultos-queimados--uma-revisao-integrativa-da-literatura> >. Acesso em: 15 nov. 2020.

Rivas E, Herndon DN, Cambiaso-Daniel J, Rontoyanni VG, Porter C, Glover S, Suman OE. Quantification of an Exercise Rehabilitation Program for Severely Burned Children: The Standard of Care at Shriners Hospitals for Children®-Galveston. *J Burn Care Res*. 2018 Oct 23;39(6):889-896. doi: 10.1093/jbcr/iry001. PMID: 29596648; PMCID: PMC6060021. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596648/>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

Rivas E, Herndon DN, Chapa ML, Cambiaso-Daniel J, Rontoyanni VG, Gutierrez IL, Sanchez K, Glover S, Suman OE. Children with severe burns display no sex differences in exercise capacity at hospital discharge or adaptation after exercise rehabilitation training. *Burns*. 2018 Aug;44(5):1187-1194. doi: 10.1016/j.burns.2018.01.014. Epub 2018 Feb 9. PMID: 29429746; PMCID: PMC6014886. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29429746/>>. Acesso em: 01 out. 2020.

ROMANOSKI, P. J. *et al.* Qualidade de vida de crianças e adolescentes após queimadura: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Queimadura*, v. 7, n 2 p. 1- 10, 2018. Disponível em: Acesso em: 02 mar. 2020.

SALES, M. S. C.; NUNES, R. D. Abordagem fisioterapêutica em queimados: Um estudo de revisão no âmbito da terapia intensiva. *Revista Amazônia Science e Health*, v. 3 n. 2 p. 30 – 35, 2015. Disponível em: < <https://pdfs.semanticscholar.org/4e08/ebbe320121064102181ad3c40bf7ae170244.pdf> > Acesso em: 28 mar. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. Conceito e causas. Classificação de queimaduras. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/content/imagebank/pdf/v14n3.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2020.

Tapking C, Armenta AM, Popp D, Herndon DN, Branski LK, Lee JO, Suman OE. Relationship between lean body mass and isokinetic peak torque of knee extensors and flexors in severely burned children. *Burns*. 2019 Feb;45(1):114-119. doi: 10.1016/j.burns.2018.09.007. Epub 2018 Sep 29. PMID: 30279019; PMCID: PMC6326850. Avail-

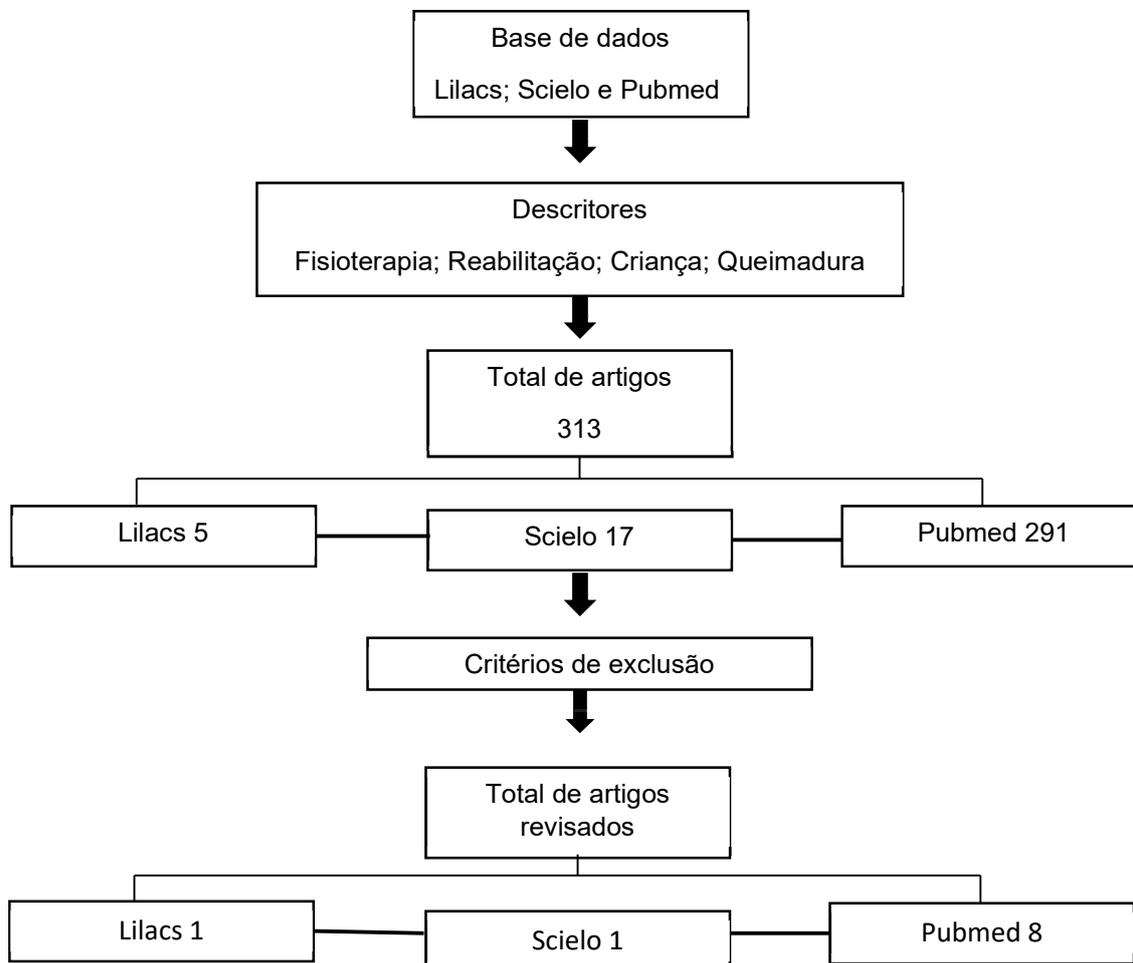
lable from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30279019/>>. Acesso em: 11 nov. 2020.

Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2020 Apr 15];14(1):124-31. Available from: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 15 out. 2020.

VALENCIANO, Paola Janeiro *et al.* Características antropométricas, capacidade funcional de exercício e atividade física de crianças vítimas de queimaduras. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 371-377, Dec. 2017. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502017000400371&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000400371&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 nov. 2020.

## APÊNDICES/ANEXOS

**Figura 1** - Fluxograma de descrição das etapas de obtenção dos estudos revisados.



Fonte: Dados dos autores.



## CAPÍTULO 9

---

### **O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO ATENDIMENTO DE PACIENTES SEQUELADOS PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO - AVE: REVISÃO INTEGRATIVA**

*THE ROLE OF PHYSIOTHERAPIST IN HOME  
CARE IN CARE OF SEQUELATED PATIENTS  
AFTER BRAIN VASCULAR ACCIDENT - AVE:  
INTEGRATIVE REVIEW*

*Nataniele da Silva Santos<sup>1</sup>  
Rhaisa Valentim da Silva<sup>2</sup>  
Thauan Narciso de Lima Ferro<sup>3</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.9

1 Universidade Mario Ponte Jucá. [www.fat-al.edu.br](http://www.fat-al.edu.br). [nataniele.exp@gmail.com](mailto:nataniele.exp@gmail.com)  
2 Universidade Mario Ponte Jucá. [www.fat-al.edu.br](http://www.fat-al.edu.br). [rhaisavalentim28@gmail.com](mailto:rhaisavalentim28@gmail.com)  
3 Universidade Mario Ponte Jucá. [www.fat-al.edu.br](http://www.fat-al.edu.br). [thauanferro@hotmail.com](mailto:thauanferro@hotmail.com)

## RESUMO

**F**ERRO. Thauan Narciso Lima; SANTOS. Nataniele Silva; SILVA. Rhaisa Valentim. **O papel do fisioterapeuta na assistência domiciliar no atendimento de pacientes sequelados pós acidente vascular encefálico - ave: revisão integrativa.** Maceió-AL 2020 monografia apresentada para ao curso de fisioterapia.

A assistência domiciliar é um conjunto de ação de promoção, prevenção e reabilitação prestada na residência do paciente, facilitando o vínculo profissional/paciente e aumentando a recuperação do mesmo. Uma das doenças mais incluídas nesse programa é o Acidente Vascular Encefálico - AVE, que traz com si déficit neurológicos em todo o corpo uni ou bilateralmente, comprometendo as funções motoras, sensoriais ou neuromusculares, com maior número de internações e mortalidade. O presente estudo teve como objetivo descrever o papel do fisioterapeuta na assistência domiciliar no atendimento de pacientes sequelados pós acidente vascular encefálico - AVE, por meio de uma revisão sistemática. As buscas foram realizadas na base de dados Scielo, bvs, Lilacs. A busca inicial resultou em 31 artigos e, ao final, foram selecionados 15 artigos para compor essa revisão. A presente revisão encontrou benefícios fisioterapêuticos na inserção a assistência domiciliar como diminuição de internações, prevenção de complicações secundárias, resgate de independência funcional, conforto durante o tratamento no lar, prevenção de úlceras por pressão e rapidez na recuperação. Constatou-se que o papel do fisioterapeuta na assistência domiciliar se faz importante, pois ele atua com métodos de cinesioterapia motora e respiratória, mobilizações, alongamentos e terapias manuais para o resgate das capacidades perdidas, da independência funcional e na prevenção de complicações secundárias.

**Palavras-chave:** atendimento domiciliar 1. fisioterapia domiciliar 2. AVE 3.

## ABSTRACT

Home care is a set of promotion, prevention and rehabilitation actions provided at the patient's residence, facilitating the professional / patient bond and increasing the patient's recovery. One of the diseases most included in this program is the Cerebrovascular Accident - Stroke, which brings with it neurological deficits in the whole body uni or bilaterally, compromising the motor, sensory or neuromuscular functions, with a greater number of hospitalizations and mortality. The present study aimed to describe the role of the physiotherapist in home care in the care of sequel patients after stroke, through a systematic review. The searches were carried out in the database Scielo, bvs, Lilacs. The initial search resulted in 31 arti-

cles and, at the end, 15 articles were selected to compose this review. The present review found physiotherapeutic benefits in the insertion of home care such as reduction of hospitalizations, prevention of secondary complications, rescue of functional independence, comfort during treatment there, prevention of pressure ulcers and speed of recovery. It was found that the role of the physiotherapist in home care is important, as he works with methods of motor and respiratory kinesiotherapy, mobilizations, stretching and manual therapies to rescue lost capacities, functional independence and prevent secondary complications.

**Keywords:** home care 1. home physiotherapy 2. Stroke 3.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Portaria nº 2.436/2017 Art. 2º a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. O Art. 5º diz que a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), define-se Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados. É uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatórios de especialidades, promovendo atendimento mais humanizado e personalizado, possibilitando maior rapidez na recuperação dos pacientes, maior autonomia e otimização dos leitos hospitalares.

Segundo a portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016 Capítulo 1. Art. 5º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

A Resolução COFFITO N°10/1978 define que é responsabilidade do fisioterapeuta prestar assistência, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde, e participar de programas de assistência à comunidade através da sua participação como membro de uma equipe de saúde. E a resolução do COFFITO N°80/1987 também defende a inserção em uma equipe de saúde e a atuação desse profissional nos diversos níveis de assistência à saúde com responsabilidade, tendo como objetivos: Preservar, promover, aperfeiçoar ou adaptar, através de uma relação terapêutica, o indivíduo, com ênfase na melhor qualidade de vida.

A atribuição da fisioterapia é muito importante na assistência domiciliar através da reabilitação física, e provoca inúmeros benefícios recuperando suas capacidades perdidas e tem como objetivo promover a recuperação do controle motor, a Independência funcional, aperfeiçoar a estimulação sensorial e prevenir complicações secundárias. (JÚNIOR, L.M.et al. 2019).

Uma das principais causas de internações e mortalidade, é o Acidente Vascular Encefálico (AVE), dimensionando a sua magnitude como problema de saúde pública e retratando a alta prevalência dessas doenças na população. A assistência domiciliar se faz importante devido as limitações funcionais causadas pelo AVE tornando o paciente acamado além disso evitar hospitalizações diminuindo assim os riscos de infecção. (DAMATA, S.R.R. et al. 2016)

O presente estudo se propõem investigar o papel do fisioterapeuta na assistência domiciliar, no atendimento de pacientes pós Acidente vascular encefálico (AVE), essa investigação se faz necessário devido ao número de pacientes admitidos na assistência domiciliar serem acometidos pelo AVE e conseqüentemente possuem sequelas motoras e sensitivas, demonstrando assim que a realização da fisioterapia domiciliar traz grandes benefícios através da reabilitação. Realizando o tratamento no conforto do seu lar aumenta-se a confiança na relação profissional e paciente.

## 2 METODOLOGIA

De acordo com Botelho, et al. (2011) uma revisão integrativa é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma abrangente compreensão de um fenômeno particular. Essa técnica de pesquisa tem o objetivo de idealizar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas sobre um assunto determinado. E possibilita a síntese de vários estudos publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados embasados cientificamente.

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas 1 - a identificação do tema a ser explorado, ou seja, a questão norteadora do presente estudo; 2- a revisão da literatura, em busca de parâmetros pertinentes para a seleção; 3- categorização dos estudos escolhidos, definindo as informações a serem exploradas; 4- avaliação dos estudos adicionados na revisão integrativa; 5- interpretação dos resultados finais; e por fim, 6 - apresentação da revisão integrativa (MENDES, et al.2008, p. 22).

Esta revisão integrativa objetivou responder à seguinte questão: Qual o papel do fisioterapeuta na assistência domiciliar, nos atendimentos de pacientes sequelados pós Acidente vascular encefálico (AVE).

Para contextualização do estudo buscou foi realizada revisão integrativa no Banco de dados online: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS). Para a seleção dos artigos, foram utilizados os Descritores contemplados nos descritores em ciências da saúde (DeCS), "atendimento Domiciliar"; "fisioterapia domiciliar", "AVE".

Foram incluídos na pesquisa artigos originais, apenas no idioma português, que abordassem a temática proposta e publicados no período de 2015 a 2020. A pesquisa nas bases de dados totalizou 31 (trinta e um) artigos com cruzamento dos descritores em seguida, foram excluídos da pesquisa 16 (dezesesseis) que estavam fora do período de publicação adotado no trabalho, não pertenciam a coleções brasileiras e que o assunto principal não relacionava ao tema central e objetivos propostos no trabalho.

Ao final da exclusão obtivemos 15 (quinze) artigos. Após a extração de dados, os mesmos foram apresentados em forma de discussão para tal, usou-se a axiologia para melhor correlacionar o papel do fisioterapeuta na assistência domiciliar, no atendimento de sequelados pós acidente vascular encefálico (AVE).

### **3 RESULTADOS**

Após seguir as etapas propostas da revisão integrativa fez-se necessário separar os artigos de acordo com as bases de dados e em seguida excluindo os artigos que não se enquadram nos critérios da pesquisa. Dessa forma, teve o seguinte resultado:

**Quadro 1** - Artigos relacionados a Fisioterapia domiciliar, Fisioterapia pós AVE na assistência domiciliar selecionados segundo a base de dados, total de artigos encontrados, total de artigos excluídos e total de artigos selecionados.

Base dedados	Total de artigos encontrados	Total de artigos excluídos	Total de artigos selecionados
SciELO	14	5	9
Bvs	10	8	2
Lilacs	7	3	4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>16</b>	<b>15</b>

Depois de separados por base de dados, seguimos organizando a pesquisa de acordo com autor e tema do seu trabalho e ano. Foram separados 24 trabalhos entre os anos de 2015 e 2020 que seguíam os critérios da pesquisa e relatam papel do fisioterapeuta no atendimento domiciliar em pacientes sequelados de AVE. Sendo assim temos:

**Quadro 2** - Artigos relacionados a Fisioterapia domiciliar, Fisioterapia pós AVE na assistência domiciliar selecionados segundo autor, título e ano.

Nº	Autor	Título	Ano
1	GROCHOVSKI, C.S. et al	Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral.	2015
2	OLIVEIRA, D.C. et al	Grau de conhecimento dos pacientes com acidente vascular cerebral sobre a patologia.	2015
3	BEZERRA, M.I.C. et al	A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na estratégia saúde da família.	2015
4	LEAL, D.P. et al	A fisioterapia e a saúde coletiva no brasil: uma revisão bibliográfica.	2015
5	SALES, R.C.	O papel do fisioterapeuta residente multiprofissional em saúde da família: um relato de experiência.	2016
6	GOMES, H.N. et al	A percepção do cuidador sobre a atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes acamados.	2016
7	DAMATA,S.R.R. et al.	Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral	2016
8	FONSECA, J.M.A. et al	A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa.	2016
9	AMORIM, J.F. et al	Percepção dos fisioterapeutas sobre sua atuação no núcleo de apoio à saúde da família.	2017

10	SOUSA, M.S. et al	Atuação do fisioterapeuta no programa melhor em casa.	2018
11	GARCIA, C.C. et al	Adesão às orientações prescritas em domicílio para pacientes com seqüela de Acidente Vascular Encefálico.	2018
12	JUNIOR, L.M. et al	A importância da visita domiciliar do fisioterapeuta como ferramenta na prevenção no cuidado com o cuidador e a pessoa idosa: um estudo refletivo.	2019
13	SCHMIDT, M.H. et al	<b>Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar.</b>	2019
14	SANTOS, B.C.R. et al	Desafios na inserção do fisioterapeuta na equipe de saúde da Família.	2019
15	PROCÓPIO, L.C.R. et al	A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades.	2019

Para melhor compreender o que cada autor elenca como papel do fisioterapeuta o quadro abaixo demonstra o resultado encontrado em cada trabalho e ambos serão discutidos na próxima sessão.

**Quadro 3** - Artigos relacionados à Fisioterapia domiciliar, Fisioterapia pós AVE na assistência domiciliar selecionados segundo autor e resultados.

Nº	Autor	Importância da fisioterapia domiciliar no pós- AVE
1	GROCHOVSKI, C.S. et al	tem grande valia para a disseminação da promoção à saúde, para a prevenção de doenças, educação em saúde e a participação em programas assistenciais com a comunidade, estas atribuições do Fisioterapeuta estão no Código de Ética do Fisioterapeuta.
2	OLIVEIRA, D.C. et al	A Necessidade de implementar políticas de caráter educacional que levem à comunidade em geral informações sobre a doença, as suas formas de cuidado e como preveni-la.
3	BEZERRA, M.I.C. et al	O fisioterapeuta cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças.
4	LEAL, D.P. et al	A Fisioterapia na saúde pública proporciona e estimula o controle de elementos que culminam no desenvolvimento da doença. Possuindo habilidades para desenvolver ações na atenção básica, tais como promoção e prevenção em saúde em diferentes grupos.
5	SALES, R.C.	O fisioterapeuta pode e deve atuar nos três níveis de atenção à saúde, sem que suas atribuições se restrinjam à reabilitação.

6	GOMES, H.N. et al	O profissional deve, realizar interdisciplinares e as ações Inter setoriais; o processo de educação permanente em saúde de profissionais e da população; o desenvolvimento da noção de território; a integralidade, a participação social, a educação popular; a promoção da saúde e a humanização.
7	DAMATA, S.R.R.et al	O desenvolvimento de atividades fisioterápicas pode restabelecer parcial ou totalmente habilidades do indivíduo dependendo do grau de comprometimento funcional decorrente do AVC.
8	FONSECA, J.M.A. et al	O fisioterapeuta pode atuar na atenção primária promovendo assistência preventiva e orientações para responsabilização dos usuários bem como na atenção secundária e terciária por meio de tratamento e reabilitação de agravos à saúde.
9	AMORIM, J.F. et al	É de suma importância, uma vez que a profissão vem com o passar dos anos perdendo o rótulo de meramente reabilitadora e passa ser vista como uma profissão de cunho generalista.
10	SOUSA, M.S. et al	Sua principal atuação nos dois âmbitos inclui visitas domiciliares, orientações e ações educativas em saúde ,que priorizam a prevenção de agravos proporcionando uma melhor qualidade devida, conforme encontrou-se nesta pesquisa.
11	GARCIA, C.C. et al	O papel do fisioterapeuta na atenção ao paciente com sequela de AVE engloba aspectos preventivos e educacionais que visam orientar quanto à adaptações simples e de baixo custo,

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 Acidente Vascular Encefálico (AVE)

O presente estudo apresenta a grande prevalência do AVE no Brasil, sendo uma das principais causas de internações e mortalidades. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o AVE refere-se ao rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral. (SCHMIDT, M.H et al. 2019). A maior parte dos sobreviventes do AVC permanecem com alguma sequela, seja ela de ordem física, comunicacionais, funcionais, sensitivas, mentais ou emocionais. (SCHMIDT, M.H, et al. 2019).

O AVE tem grande número de incidência devido a expectativa de vida e a fatores de risco que as pessoas estão expostas no decorrer de suas vidas. A incidência de AVE está aos fatores de risco como a hipertensão arterial, diabetes, obesidade, fumo, índice de desenvolvimento humano. (OLIVEIRA, D.C. ET AL, 2015, P. 206)

Segundo Grochovskl, C.S. et al. (2015, p.272). Observa-se que a idade dos idosos é um fator de risco não modificável, sabendo disso é de extrema importância

fazer com que os indivíduos tenham consciência de que é essencial ter um envelhecimento saudável.

A pesquisa revelou 56 registros de indivíduos que tiveram sequelas motoras após o AVE. O gênero masculino foi prevalente nessa pesquisa com uma pequena diferença entre os gêneros (3,5%) (GROCHOVSKI, C.S, et al. 2015). Ao se ajustar os dados de mortalidade com a idade, o AVE aparece como líder de causas de morte no país (OLIVEIRA, D.C. et al. 2015). Uma possível explicação é que, em áreas ainda não muito desenvolvidas, idosos que se encontram em faixas etárias mais elevadas possuem um índice de mortalidade maior devido ao AVC pela falta de suporte tecnológico moderno e tratamento intensivo. (DAMATA, S. R. R. et al. 2016).

Outro ponto revelado nesta pesquisa é que os respondentes afirmam que sabem qual é o diagnóstico clínico do paciente, sendo a maioria deles acometidos de Acidente Vascular encefálico (AVE). (GOMES, H.N. et al. 2016). A experiência de cuidar de alguém acamado, acometido na maioria das vezes por algum déficit neurológico, tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano domiciliar. A falta de orientação adequada aos pacientes e cuidadores pode levar a equívocos no cuidado domiciliar, ansiedade, medo, condições precárias de saúde e problemas emocionais, como a depressão (GARCIA, C.C. et al. 2018).

Estudos têm mostrado que alguns profissionais se preocupam com as sequelas motoras e comprometimento funcional dos pacientes com AVE, mas poucos têm buscado novas formas de aumentar as chances de prevenção, de um diagnóstico precoce, bem como, de auxiliar no processo de reabilitação, havendo, portanto, uma escassez, a nível nacional, desse tipo de trabalho (OLIVEIRA, D.C. et al. 2015).

As políticas de saúde no Brasil propõem que os profissionais que se inserem nos Programas de Saúde da Família, devem ter uma prática voltada para a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Esta visão ainda é pouco reconhecida e valorizada pelos profissionais da saúde. Sendo assim o atendimento contínuo da Fisioterapia está relacionada na atuação em todos os ciclos da vida dos indivíduos podendo-se trabalhar individualmente ou coletivamente. (GROCHOVSKI, C.S. et al. 2015).

Por fim, destaca-se que a atenção à saúde deve estar voltada não somente para o paciente acamado, mas também para o seu cuidador, tendo em vista que a necessidade de fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde é essencial para a comunicação entre o fisioterapeuta e o cuidador, objetivando a plena recuperação do paciente. Somente conhecendo as características determinantes no desenvolvi-

mento do Acidente Vascular Encefálico poderá formular métodos que diminuam os níveis de morbimortalidade existentes, bem como proporcionar melhores condições de saúde para este grupo. (DAMATA, S. R. R. et al. 2016).

Apesar de a reabilitação concentrar-se mais no desempenho das AVD's e na recuperação funcional do paciente, salienta-se a importância das orientações realizadas em domicílio, que ajudam na evolução da recuperação.

Dessa forma, todo e qualquer programa de tratamento deve conter um conjunto de orientações básicas quanto ao posicionamento, à realização das AVD's e às modificações no ambiente para a minimização das barreiras que dificultam ou impedem a acessibilidade e introdução de facilitadores<sup>16</sup>. Portanto, pode-se pensar que a melhora no item mobilidade está associada aos exercícios orientados pelas fisioterapeutas e que se houvesse uma maior adesão, a fisioterapia poderia trazer inúmeros benefícios à saúde dos pacientes com sequela de AVE. (GARCIA, C.C. et al. 2018).

## 4.2 Atendimento domiciliar

A visita domiciliar proporciona ao profissional a possibilidade de adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas necessidades e potencialidades, percebe-se a preferência dos usuários pela assistência domiciliar, por possibilitar uma maior vinculação com os profissionais da saúde. (BEZERRA, M.I.C. et al. 2015).

O fisioterapeuta se preocupa em suprir a demanda da comunidade com finalidade de reduzir os danos e agravos, executando uma prática integral que envolve educação em saúde, acolhimento, atendimentos individuais e em grupos, realizando visitas domiciliares, quebrando o paradigma de ser uma profissão apenas reabilitadora. (CARVALHO, 2016, p. 107, apud AMORIM, J.F. et al 2017).

O atendimento domiciliar possibilita ao fisioterapeuta conhecer a realidade na qual o paciente está inserido, podendo adequar a sua conduta e realizar as orientações necessárias, que vão desde orientações de saúde, em geral, até as técnicas de estímulos sensório-motor, termo terapia, cinesioterapia e o uso de próteses e órteses. (JUNIOR, L.M. et al 2019).

Segundo Fonseca, J.M.A. et al. (2016). Destaca-se que as visitas domiciliares devem ter uma abordagem familiar, não se centrando apenas no indivíduo acometido por alguma doença, mas promovendo responsabilização de todos os membros, buscando soluções mais eficientes que não atrelem as condições de saúde à depen-

dência do profissional e em poderem os indivíduos para que sejam responsáveis pela produção de saúde para si e para o contexto coletivo em que vivem.

AD nas suas diferentes conformações, tem protagonizado mudanças nas redes na perspectiva da substitutividade da organização da atenção, ou seja, como dispositivo para a produção de cuidados que não vêm sendo produzidos nos hospitais, ambulatorios e outros espaços tradicionais do cuidado em saúde. Evidenciou também a potência complementar da AD na produção do cuidado e no processo de trabalho em saúde, ao considerar a complexidade e a singularidade de usuários, equipes e contextos na sua modelagem. (PROCÓPIO, L.C.R. et al. 2019).

### **4.3 Fisioterapia no atendimento domiciliar em pacientes com Acidente Vascular Encefálico-AVE**

Segundo Bezerra, M.I.C. et al. (2015) as visitas domiciliares realizadas por fisioterapeutas têm se mostrado uma ferramenta de aproximação entre profissionais e usuários, um espaço de escuta e de diálogo e um momento de acolhimento e de criação de vínculo que considera as singularidades de cada família, proporcionando, assim, novos modos de cuidar na saúde pública, mais humanos e acolhedores e envolvendo afetividade e laços de confiança entre os profissionais, os usuários, a família e comunidade.

A fisioterapia vem se tornando um fator essencial para a reabilitação e manutenção da qualidade de vida dos pacientes. Suas técnicas de terapia manual, cinesioterapia, manobras respiratórias, são capazes de permitir uma melhora direta na recuperação dos movimentos e mobilidade articular, intervindo de forma positiva na qualidade de vida, principalmente pelo perfil de pacientes que são atendidos pela Atenção Domiciliar, pois sua grande maioria são pacientes neurológicos. (SOUSA, M.S. et, al. 2018).

Segundo Bezerra, M.I.C, et al (2015). A Fisioterapia tem o papel realizar orientações individuais necessárias a cada paciente e cuidador. Para os pacientes restritos ao leito são oferecidas orientações quanto à realização de exercícios físicos passivos ou ativo-assistidos, posturas preventivas, alongamentos e técnicas de transferência, a fim de facilitar o trabalho do cuidador. Enfatizava-se a importância das mudanças de decúbito, da manutenção da pele limpa e seca, para a prevenção de úlceras de pressão, do estímulo de tosse e da necessidade da administração da alimentação em postura sentada, para evitar pneumonia aspirativa.

Os benefícios percebidos pelos os usuários partir da visita domiciliar por parte de um fisioterapeuta são: ganho e/ou melhora na independência funcional dos

pacientes; prevenção dos efeitos deletérios da imobilização no leito; facilitação do cuidado para o paciente e sua família; diminuição da demanda reprimida de idosos restritos ao leito ou ao lar.

Segundo Sales, R.C. (2016) a participação do fisioterapeuta na atenção básica, é imprescindível, bem como na saúde pública, o fisioterapeuta pode e deve atuar nos três níveis de atenção à saúde, sem que suas atribuições se restrinjam à reabilitação, mas incorporado o comprometimento com as ações de promoção e proteção à saúde, de prevenção de agravos e de assistência, desenvolvendo uma prática integral e interdisciplinar de saúde.

A formação acadêmica do fisioterapeuta, ainda deixa a desejar no sentido da conscientização do importante papel desempenhado por esse profissional no âmbito público, mas nos últimos anos vem sendo inserido na atenção primária e perdendo o perfil de profissional apenas reabilitador, podendo participar das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde. (LEAL, D.P. et al. 2015).

É preciso, que a inserção do profissional de fisioterapia ao ambiente domiciliar se faça de forma contextual, com o propósito de ratificar o aumento do contingente humano idoso e mais idoso em nossa sociedade, pois o processo de envelhecimento demanda cuidados. (SANTOS, B.C.R. et al 2019)

O papel do fisioterapeuta na atenção ao paciente com sequela de AVE engloba aspectos preventivos e educacionais que visam orientar quanto as adaptações simples e de baixo custo, que visam contribuir para a maior independência e funcionalidade. (GARCIA, C.C. et al. 2018).

Segundo Garcia, C.C. et al (2018) as principais incapacidades relacionadas ao AVE correlacionam-se com déficits no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, tendo impacto no cotidiano e no desempenho do indivíduo frente às atividades da vida diária (AVD's). Considerando que o ambiente domiciliar é onde ele passa a maior parte do tempo da reabilitação, e onde realiza suas atividades de vida diária, uma maior autonomia para essas atividades em seu domicílio irá trazer mais independência no momento da realização das tarefas.

Sabe-se que a fisioterapia tem um dever importante na assistência ao paciente com sequela de AVE, apresentando resultados positivos quanto a transferências posturais e mobilidades ativas, principalmente em membros inferiores. Portanto, pode-se pensar que a melhora no item mobilidade está associada aos exercícios

orientados pelas fisioterapeutas e que se houvesse uma maior adesão, a fisioterapia poderia trazer inúmeros benefícios à saúde dos pacientes com seqüela de AVE. É de suma importância as orientações aos indivíduos com seqüelas de AVE quanto aos cuidados em domicílio, assim como a necessidade do acompanhamento pelo fisioterapeuta e sua equipe de referência do Programa Saúde da Família. (GARCIA, C.C. et al. 2018).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia na assistência domiciliar vem tomando grande espaço no cuidado de pacientes acamados e que não tem como se locomover até o local de atendimento, com objetivos específicos de prevenção de doenças secundárias, evitar hospitalização, recuperação da funcionalidade física, prevenir úlceras por pressão e adaptação as atividades de vida diárias - AVD's

O fazer profissional do fisioterapeuta na atenção domiciliar vai além do processo de reabilitação pois este profissional atua na educação em saúde, promoção em saúde e na prevenção de agravos.

Através desse estudo foi possível afirmar qual o papel do fisioterapeuta na assistência domiciliar em paciente sequelado pós Acidente Vascular Encefálico - AVE. Trabalhando na promoção, prevenção e reabilitação, fortalecendo vínculos com o paciente e sua família, levando um tratamento adequado para cada indivíduo com total segurança e qualidade no conforto do lar

## 6 REFERÊNCIAS

AMORIM, J.F *et al.* Percepção dos fisioterapeutas sobre sua atuação no núcleo de apoio à saúde da família. **Inter scientia**, v. 5. n. 1, 2017.

BARROS, R. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro, 2019. **Ministério da Saúde**, disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.

BEZERRA, M.I.C. *et al.* A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na estratégia saúde da família. **s a n a r e, Sobral**, v.14, n. 1, p.76-80, 2015.

CASTRO, M. Portaria nº825, de 25 de abril, 2016. **Ministério da Saúde**, Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>.

DAMATA, S.R.R. *et al.* Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. **R Interd.** v.9, n.1, p. 107-117, 2016.

FONSECA, J.M.A. *et al.* A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.29(2), p.288-294, 2016.

GARCIA, C.C. *et al.* Adesão às orientações prescritas em domicílio para pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico. **Com Scientiae Saúde**, v.17(2). p. 144-154, 2018.

GOMES, H.N. *et al.* A percepção do cuidador sobre a atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes acamados. **Ver Fisioters Fun**, Fortaleza, v.5 (2), p. 23-32, 2016.

GROCHOVSKI, C.S. *et al.* Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.19, n. 4, p. 269-276, 2015.

GUSMAN, O. *et al.* Resolução N°10-Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **COFFITO**, disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p.2767>.

JUNIOR, L.M. *et al.* A importância da visita domiciliar do fisioterapeuta como ferramenta na prevenção no cuidado com o cuidador e a pessoa idosa: um estudo reflexivo. **Saúde coletiva**. V. (09), n. 49, 2019.

KRONKA, A.R.S.G. *et al.* Atenção domiciliar na atenção primária saúde, **Ministério da saúde**, Brasília-DF, v.1, p.5-98, 2020. disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf)

LEAL, D.P. *et al.* A fisioterapia e a saúde coletiva no brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 1, 2015.

MECEDO, K.M. Contribuição do SAMU à saúde da população brasileira: uma revisão integrativa. **Universidade Federal de Campina Grande - UFCG**, Cuité-PB, p. 22-38, 2016.

MENDONÇA, H.M.S. Revisão integrativa: conceito e métodos para desenvolvimento, **17º congresso nacional de iniciação científica Conic Semesp**, p. 3-11.

OLIVEIRA, D.C. *et al.* Grau de conhecimento dos pacientes com acidente vascular cerebral sobre a patologia. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**, Salvador, v. 14, n. 2, p. 206-210, 2015.

PROCÓPIO, L.C.R. *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019.

SALES, R.C. O papel do fisioterapeuta residente multiprofissional em saúde da família: um relato de experiência. **Rev. APS**. v.19(3), p. 500 - 504, 2016.

SANTOS, B.C.R. *et al.* Desafios na inserção do fisioterapeuta na equipe de saúde da Família. **17º Congresso de Iniciação Científica da FASB**, Barreiras - Ba ISSN. p. 2594-7951, 2019.

SCHMIDT, M.H. *et al.* Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 2, p.139-144, 2019.

SOUSA, M.S. *et al.* Atuação do fisioterapeuta no programa melhor em casa. **Rev Pesq Saúde**, v.19(1), p. 24-28, 2018.



## CAPÍTULO 10

### CUIDADOS AO IDOSO PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### CARE OF THE ELDERLY BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY TEAM

*Victor Guilherme Pereira da Silva Marques<sup>1</sup>  
Célio Pereira de Sousa Júnior<sup>2</sup>  
Mariel Wágner Holanda Lima<sup>3</sup>  
Emanuelly Marinho de Oliveira<sup>4</sup>  
Elielson Rodrigues da Silva<sup>5</sup>  
Leandro Luiz da Silva Loures<sup>6</sup>  
Marks Passos Santos<sup>7</sup>  
Bruno Santos Souza<sup>8</sup>  
Rodrigo Andrade Leal<sup>9</sup>  
Maria Sinária Silva de Castro dos Santos<sup>10</sup>  
Ana Carla Almeida de Melo<sup>11</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.10

1 Centro Universitário do Piauí. <https://orcid.org/0000-0002-7441-9811>. guilhermevictor521@gmail.com.

2 Universidade Federal do Pará. <https://orcid.org/0000-0003-0726-0668>. academicocelio@gmail.com.

3 Secretaria de educação do estado do rio grande do norte. <https://orcid.org/0000-0001-5063-3891>. marielhoolland@gmail.com.

4 Universidade Pitágoras Unopar. <https://orcid.org/0000-0002-1085-710X>. emanuellymarinho21@gmail.com

5 Centro Universitário do Rio São Francisco. <https://orcid.org/0000-0002-9628-1809>. elielsonfavispa@gmail.com.

6 Universidade Federal de Juiz de Fora. <https://orcid.org/0000-0001-8863-8858>. leandrolouresnutri@gmail.com.

7 Faculdade Ages de Medicina. <https://orcid.org/0000-0003-1180-404X>. enfer.marks@hotmail.com

8 Faculdade Ages de Medicina. <https://orcid.org/0000-0001-5913-5258>. enfobrunosouza@gmail.com.

9 Faculdade Ages de Medicina. <https://orcid.org/0000-0002-4432-693X>. rodrigo.enf2012@hotmail.com

10 Universidade Pitógras Unopar. <https://orcid.org/0000-0001-6659-4938>. sinaryahc2@gmail.com

11 Universidade Potiguar. <https://orcid.org/0000-0001-5853-8899/print>. anacarla\_melo@yahoo.com.br.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Demonstrar as ações de cuidados realizados ao idoso pela equipe da estratégia saúde da família. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão da literatura na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os artigos foram coletados no período de janeiro e fevereiro de 2021. Foram utilizados os descritores: Assistência integral à saúde, idoso e saúde da família, como critério de inclusão foram considerados: texto completo, idioma português, inglês e espanhol, que retratassem a temática em estudo, publicados com o recorte temporal de 2011 a 2021, e como critério de exclusão: textos repetidos, incompletos e que não focaram no tema exposto. **RESULTADOS:** Dentro dessas buscas foram encontrados 2087 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 100 obras. Ao final das análises, 23 artigos foram incluídos na revisão, porque melhor se enquadraram no objetivo proposto. **CONCLUSÕES:** A análise bibliográfica permitiu analisar e correlacionar aspectos associados aos cuidados ao idoso da equipe da Estratégia Saúde da Família que as equipes descreveram as práticas assistenciais realizadas com esses idosos nas unidades básicas de saúde.

**Palavras-chave:** Assistência integral á saúde. Idoso. Saúde da família.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To demonstrate the care actions performed to the elderly by the family health strategy team. **METHODS:** This is a literature review in the Virtual Health Library (VHL) database. The articles were collected from February to March 2021. The following descriptors were used: Integral, elderly and family health. The inclusion criteria were: full text, in Portuguese, English and Spanish, that portrayed the theme under study, published from 2011 to 2021, and as exclusion criteria: repeated and incomplete texts that did not focus on the exposed theme. **RESULTS:** Within these searches 2087 articles were found, however, after exclusion of duplicate and incomplete findings, they were restricted to 100 works. At the end of the analysis, 23 articles were included in the review because they best fit the proposed objective. **CONCLUSIONS:** The literature analysis allowed us to analyze and correlate aspects associated with the care of the elderly in the Family Health Strategy team that the teams described the care practices performed with the elderly in the basic health units.

**Keywords:** Integral health care. Elderly. Family health.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional provocou importantes mudanças no perfil demográfico, decorrentes da elevação da expectativa de vida e redução da mortalidade infantil. Esses aspectos são decorrentes dos avanços nas tecnologias de cuidado à saúde, do estímulo à atenção primária e do desenvolvimento de políticas públicas voltadas aos idosos (OLIVEIRA et al, 2014).

Em 1º de outubro de 2003 foi criada a Lei nº 10.741, que instituiu o Estatuto do Idoso. Sua criação foi um ganho para a garantia dos direitos dos idosos. O Estatuto traz uma abordagem quanto aos direitos dos idosos, enquanto cidadãos, com abrangência integral nas variadas facetas que interferem na qualidade de vida desse grupo. Mesmo com essa garantia legal, ainda encontramos muitos entraves no seu cumprimento e até mesmo desconhecimento pela população (COUTINHO et al, 2013).

A velhice é um processo complexo de modificações ao longo da vida das pessoas. Os modos de revelar o significado da velhice e o processo de envelhecer para o idoso dependerão de como viveu e fez suas adaptações e enfrentamentos cotidianos, visto que se constitui em um momento do processo biológico, mas não deixa de ser um fato social e cultural (AMTHAUER; FALK, 2017).

O conceito de saúde para a população idosa, portanto, não deve se restringir à prevenção e controle de agravos e de doenças crônicas; deve ser o resultado da interação entre a saúde física, mental, independência financeira, capacidade funcional e suporte social. Desta forma, faz-se necessária a ênfase na implementação efetiva de políticas públicas por meio de medidas que priorizem a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a manutenção da autonomia e da capacidade funcional e a valorização das redes de suporte social. Essas ações são fundamentais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) prestada a essa população (ARAÚJO et al, 2014).

As equipes básicas de trabalho que atuam na ESF são formadas por uma enfermeira, um médico, dois técnicos de enfermagem e, em média, 4 a 6 agentes comunitários de saúde (LIONELLO et al, 2012). Na atenção básica, os enfermeiros podem buscar e acompanhar os recursos utilizados pelos idosos como suportes que propiciem envelhecimento com qualidade. Para que a rede de suporte social exista e funcione adequadamente, a comunidade deve ser preparada para a tarefa de cuidar dos idosos (SOUSA et al, 2018).

## 2 OBJETIVO

Demonstrar as ações de cuidados realizados ao idoso pela equipe da estratégia saúde da família.

## 3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura. A realização das buscas ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2021, utilizou-se como base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito às obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Foram utilizados de modo associado e isolado os seguintes descritores: Assistência integral à saúde, Idoso e Saúde da família, indexados no DECs (Descritores em Ciências da Saúde).

Considerou-se como critério de inclusão, artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e artigos com recorte temporal de 2011 a 2021 e como critério de exclusão artigos incompletos, duplicados e que não focaram no tema exposto.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentro dessas buscas foram encontrados 2087 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 100 obras. Ao final das análises, 23 artigos foram incluídos na revisão, porque melhor se enquadraram no objetivo proposto.

Ao serem questionados sobre os cuidados realizados com os idosos na Estratégia Saúde da Família (ESF), os profissionais descrevem as práticas assistenciais realizadas com o idoso na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuam, com vistas a atendê-lo em sua integralidade e individualidade. Os cuidados pertinentes aos idosos foram agrupados em sete categorias, dentre elas: visita domiciliar, grupos de convivência, atividades físicas, escuta, vínculo, corresponsabilização do idoso e prevenção de agravos (AMTHAUER; FALK, 2017).

A assistência oferecida pelos profissionais do SUS deve abranger ações assistenciais ou curativas, assim como promover a saúde e prevenir doenças. A ESF está apta para a busca ativa na comunidade, a realização de visitas domiciliares, até o acompanhamento clínico de casos diagnosticados com o fornecimento de medicamentos. Entretanto, na busca pela integralidade do cuidado, atividades de educa-

ção em saúde, acolhimento do sujeito, trabalho em equipe com olhar interdisciplinar devem estar presentes na rotina da equipe da ESF. Assim, temos a vigilância em saúde, que propõe um trabalho em um determinado território, com os problemas de saúde locais e a intersetorialidade. Este busca romper mais uma vez com a abordagem reducionista e fragmentária dos indivíduos. A assistência deve ir além da doença e do sofrimento apresentado, visando abordagens ampliadas (COUTINHO et al, 2013).

Dentre as principais atribuições da ESF está a educação em saúde, devendo ser realizados processos educativos através de grupos voltados à recuperação da autoestima, troca de experiências e apoio mútuo, bem como melhoria do autocuidado, algo primordial na garantia da independência da pessoa idosa (OLIVEIRA et al, 2014).

A Consulta de enfermagem voltada para promover a saúde do idoso na ESF deve proporcionar orientação de medidas adequadas objetivando estimular a adoção de posturas pertinentes com as necessidades peculiares desse grupo populacional. Desse modo, deve estar centrada em metodologias que estimulem continuamente a integração do idoso ao contexto familiar e social, premissa esta que vai ao encontro dos conteúdos das políticas de atenção ao idoso no Brasil (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

Na humanização das ações, portanto, os profissionais da saúde devem estar atentos para perceberem os usuários do SUS com suas subjetividades, carências e medos de verbalizar anseios ou de dizer algo que o profissional não goste, atitudes que resultam em aceitar passivamente o que lhe é imposto e que, na maioria das vezes, pode levar a efeitos nocivos para a saúde (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

Os profissionais reconhecem que existem dificuldades na abordagem do paciente idoso. Percebem a necessidade de um cuidado que abranja as várias esferas de cuidado, como a educação, promoção da saúde e prevenção de agravos, curativismo, reabilitação e manutenção da saúde. As abordagens educativas são as mais prejudicadas no contexto atual (COUTINHO et al, 2013).

Assim, acredita-se que os profissionais da enfermagem, tanto quanto os demais profissionais da saúde, devem demonstrar interesse pelo cuidado em saúde do idoso e isso requer cordialidade, afeto, respeito, comprometimento e ética, contribuindo para a efetivação do processo de comunicação, da eficácia do tratamento e promovendo qualidade de vida para a população idosa (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise bibliográfica permitiu analisar e correlacionar aspectos associados aos cuidados ao idoso da equipe da Estratégia Saúde da Família que as equipes descreveram as práticas assistenciais realizadas com esses idosos nas UBS promovendo uma atenção com integralidade, para promover a saúde e prevenir doenças.

Os profissionais realizam a busca ativa desses idosos em sua área de abrangência para sempre detectar precocemente as dificuldades enfrentados por esses idosos para se ter uma assistência digna e ampliada não focando somente na doença e sofrimento apresentado por esse idoso.

A educação em saúde foi um dos aspectos abordados na pesquisa por se retratar de um meio bastante eficiente para a integração total desse idoso no sistema de saúde, por meio de estratégias realizadas pela equipe da ESF seguindo os protocolos já existentes. Tendo em vista que os profissionais devem estar atentos a esse paciente idoso em busca de um diagnóstico fidedigno, sempre demonstrando interesse no cuidado a esse paciente.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.T; CIOSAK, S.I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013.
- AMTHAUER, C; FALK, J.W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online. Rio de Janeiro**. v. 9, n. 1, p. 99-105, 2017.
- ARAÚJO, L.U.A et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.
- COUTINHO, A.T et al. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 628-637, 2013.
- LIONELLO, C. D. L. et al. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33, n. 4, p. 103-110, 2012.
- OLIVEIRA, L.P.B.A et al. Satisfação da população idosa atendida na estratégia de saúde da família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 871-879, 2014.
- PINHEIRO, G.M.L; ALVAREZ, A.M; PIRES, D.E.P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

SOUSA, F.J.D et al. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. **Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife.** v. 12, n. 4, p. 824-831, 2018. SOUSA, F.J.D et al. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. **Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife.** v. 12, n. 4, p. 824



## CAPÍTULO 11

### A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E O ESTATUTO DO IDOSO: UMA REVISÃO CRÍTICA DE LITERATURA

*THE NATIONAL POLICY OF THE ELDERLY  
AND THE STATUTE OF THE ELDERLY: A  
CRITICAL LITERATURE REVIEW.*

*Gustavo Baroni Araujo<sup>1</sup>  
Mariana Pereira Barbosa Silva<sup>2</sup>  
Layanne Cavalcante de Moura<sup>3</sup>  
Jadson Viana Barreto Junior<sup>4</sup>  
Leandro Luiz da Silva Loures<sup>5</sup>  
Tamara Saraiva de Assis<sup>6</sup>  
Artenizia Criste Lima<sup>7</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.11

1 Universidade Estadual de Londrina UEL. <https://orcid.org/0000-0002-3162-7477>. [gustavobaroni13@hotmail.com](mailto:gustavobaroni13@hotmail.com).

2 Universidade Estadual do Piauí UESPI. <https://orcid.org/0000-0003-0852-8099>. [marianapbsilvaa@gmail.com](mailto:marianapbsilvaa@gmail.com)

3 Centro Universitário UNIFACID. <https://orcid.org/0000-0003-2781-1076>. [layannecavalcante@hotmail.com](mailto:layannecavalcante@hotmail.com)

4 Universidade Potiguar UNP. <https://orcid.org/0000-0002-5603-8628> [jadson\\_barreto@hotmail.com](mailto:jadson_barreto@hotmail.com)

5 Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF. <https://orcid.org/0000-0001-8863-8858> [leandrolouresnutri@gmail.com](mailto:leandrolouresnutri@gmail.com)

6 Universidade Federal do Vale do São Francisco UNIVASF. <https://orcid.org/0000-0002-1624-2755> [tamsaraiva2@gmail.com](mailto:tamsaraiva2@gmail.com)

7 Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri UFVJM. <https://orcid.org/0000-0002-7692-2752> [artenizialima28@hotmail.com](mailto:artenizialima28@hotmail.com)

## RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade atual que provoca mudanças e desafios que o Estado precisa enfrentar. A política nacional do idoso e o estatuto do idoso são políticas públicas que visam assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão crítica sobre a temática a partir informações disponibilizadas na literatura. As bases para a composição do artigo foram o Scielo e o Google Acadêmico a partir das seguintes palavras-chave: saúde do idoso (elderly health); Política Nacional do Idoso (National Policy for the Elderly); Estatuto do idoso (Status of the elderly). Conclui-se que a Política Nacional do idoso e o Estatuto do Idoso configuram-se como um avanço no campo da atenção à saúde do idoso devendo priorizar medidas e programas que viabilizem os princípios cunhados por ações interdisciplinares e intersetoriais, com ênfase na formação e educação permanente de profissionais capacitados a atender essa parcela da população.

**Palavras-chave:** Política Nacional do Idoso. Estatuto do Idoso. Saúde do Idoso.

## ABSTRACT

Population aging is a current reality that causes changes and challenges that the State needs to face. The national policy of the elderly and the statute of public policies that aim to guarantee the social rights of the elderly, conditions created for the promotion of their autonomy, integration and effective participation in society. The objective of this work is to make a critical review on the theme from the information available in the literature. The bases for the composition of the article were Scielo and Google Scholar based on the following keywords: health of the elderly; National Policy for the Elderly; Status of the elderly. It is concluded that the National Policy for the Elderly and the Elderly Statute are configured as an advance in the field of health care for the elderly and should prioritize measures and programs that enable the principles coined by interdisciplinary and intersectoral actions, with emphasis on training and education of professionals trained to serve this portion of the population.

**Keywords:** National Policy for the Elderly. Statute of the Elderly. Health of the Elderly.

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno observado mundialmente e, no caso do Brasil, as mudanças ocorrem de forma rápida e radical, o que acaba por configurar esse crescimento como um grande desafio para a Saúde Pública contemporânea (BRITO, 2008). Anualmente são adicionados 650 mil idosos à população brasileira, sendo que grande parte destes apresentam doenças crônicas e algumas limitações funcionais. Assim, nota-se no Brasil um cenário típico de países longevos, caracterizado por um número elevado de enfermidades crônicas, complexas e onerosas, no qual as doenças podem ser múltiplas e perdurar por anos, demandando cuidados de saúde constantes (CARVALHO, 2003).

Veras (2008) entende que o crescimento da população idosa ocasiona uma série de alterações na sociedade, as quais abrangem o setor econômico, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde e as relações familiares. Dessa forma, o aumento progressivo do número de idosos pode levar ao estrangulamento das fontes de financiamento e altos gastos no atendimento à saúde. Seguindo essa perspectiva, diversos determinantes demográficos, culturais, sociais e econômicos imbricam na relevância da questão do idoso para toda sociedade.

Nesse contexto, surge a necessidade de reestruturação de um modelo assistencial que contemple a saúde do idoso de forma integral e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da elaboração de novas concepções da assistência à saúde do idoso, compreendendo a diversidade das condições de saúde dessa população e atendendo as suas características e peculiaridades (Bezerra et al., 2005; Lourenço et al., 2005; Veras, 2009).

As políticas públicas em saúde do idoso visam a assistência integral à saúde do idoso e as políticas de promoção de saúde, buscando incentivar os idosos a viverem de forma ativa e independente na comunidade. No Brasil, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do idoso tem como objetivo assegurar esses direitos por meio de estratégias do reconhecimento da importância do envelhecimento populacional. A exploração e a análise dessa trajetória legislativa e política possibilita a compreensão do atual cenário da saúde para o idoso e suas implicações dentro de uma abordagem crítica e reflexiva.

## 2 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

A Lei nº 8.842, que instituiu a Política Nacional do Idoso, foi sancionada em 4 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996 as-

segurando os direitos sociais e amplo amparo legal ao idoso, estabelecendo condições para promover sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade (ALMEIDA, 2005).

A Política Nacional do Idoso tem como objetivo atender às necessidades básicas da população idosa ao que se refere a educação, saúde, habitação e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social e previdência, justiça (BRASIL, 2009). A lei cumpre sua missão, entre outras estratégias, quando atribui competências a órgãos e entidades públicos, sempre de forma alinhada a suas respectivas funções. Determina que cada ministério, de acordo com suas competências, elabore propostas orçamentárias visando ao financiamento de programas compatíveis e integrados (inter e intraministeriais) voltados aos idosos e promova cursos de capacitação, estudos, levantamentos e pesquisas relacionados à temática da velhice e envelhecimento, em suas múltiplas dimensões.

Burger (1990) pontua que a atenção ao idoso deve ser feita por intermédio de sua família, em detrimento da internação em instituições de longa permanência. Assim, o atendimento integral institucional será prestado ao idoso sem vínculo familiar que não tenha condições de prover a própria subsistência no tocante a moradia, alimentação, saúde e convivência social.

## 2.1 O Estatuto Do Idoso

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) regulamenta os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, estabelecendo também deveres e medidas de punição. É a forma legal de maior potencial da perspectiva de proteção e regulamentação dos direitos da pessoa idosa. No artigo 3º, dispõe sobre as obrigações familiares e sociais com relação ao idoso. Afirma que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Estado assegurar à pessoa idosa a efetivação dos direitos à vida, à educação, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006).

Ressalta, ainda, no artigo 4º, que é proibido qualquer tipo de discriminação, violência, negligência ou crueldade que atinja ou afronte os direitos do idoso, seja por ação seja por omissão, e, se isso acontecer, há punição prevista em lei. Os artigos 8º e 9º versam sobre o direito à vida. Estabelecem a obrigatoriedade do Estado de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e digno.

No artigo 10 são assegurados ao idoso, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, contidos na Constituição Federal e em leis, a liberdade, o respeito e a dignidade. Os artigos 11, 12, 13 e 14 tratam da prestação de alimentos ao idoso, em conformidade com o Código Civil. Salientam que é preciso garantir não apenas a alimentação da pessoa idosa, mas também sua sobrevivência.

O conceito, portanto, tem de ser entendido de forma ampla, englobando alimentação, medicamentos, vestuário, habitação, lazer, saúde, entre outras despesas (PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2006). Assim, a pessoa idosa que precisar de ajuda financeira e não a obtiver de modo espontâneo deve, se necessário, interpor recurso judicial (ação de alimentos em face de seus familiares, ou seja, filhos, irmãos e netos maiores). A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar, entre os prestadores, a quem demandar seu direito. Entretanto, se a família não possui condições de lhe prestar alimentos, impõe-se ao poder público esse provimento, competindo tal responsabilidade à assistência social, conforme dispõe a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Almeida (2005) reforça que o estatuto também ampara o direito de atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde garantindo o acesso universal e igualitário para prevenção, promoção e proteção, bem como recuperação da saúde, estabelecendo o atendimento preferencial à pessoa idosa. Determina ainda que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento dos idosos, atendimento com geriatras e gerontólogos em ambulatórios ou unidades geriátricas, atendimento domiciliar, internação para aquele que dela necessite, tratamentos de recuperação de lesões ou sequelas decorrentes de agravo da saúde.

É importante salientar, ainda, que cabe ao poder público fornecer gratuitamente à pessoa idosa: medicamentos, inclusive aqueles de uso continuado, próteses, órteses, reabilitação ou habilitação. O idoso tem também o direito, em caso de internação ou observação, a acompanhante, cabendo ao médico responsável pelo tratamento autorizar esse acompanhante ou, no caso de impossibilidade, justificá-la. Por fim, o artigo 15, parágrafo 3º, proíbe qualquer tipo de discriminação, com cobrança de valores diferenciados por idade, nos planos de saúde. Mesmo aqueles que possuem contratos anteriores ao Estatuto do Idoso, nos quais se estabelecia contratualmente aumento pela faixa etária, estão protegidos. Portanto, é proibido o aumento pelo fator idade.

O direito a educação, cultura, esporte, lazer e diversão, visando à participação e à inserção da pessoa idosa, é descrito nos artigos 20 a 25. Já os artigos 26 a 28 tra-

tam do trabalho e da profissionalização, estabelecendo que o idoso deve e pode ser admitido em qualquer emprego e tipo de trabalho. No caso de concursos públicos, é proibida a discriminação por idade, salvo quando houver ressalva em razão da natureza do cargo. Os artigos 29 a 32 versam sobre a previdência social, que é um seguro que se paga para quando a pessoa se aposentar ou não lhe for mais possível trabalhar. Estabelecem condições para a concessão de benefícios de aposentadoria e pensão, como idade diferente para homens e mulheres e tempo da contribuição. A assistência social está prevista nos artigos 33 a 36 (BRASIL, 2006). Assegura-se aos idosos a partir dos 65 anos que não tenham condições de manter sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, o benefício mensal de um salário mínimo, nos termos da Loas.

Segundo Fragoso (1986) o estatuto também garante ao idoso o direito à moradia digna, no âmbito de sua família, ou desacompanhado desta, quando ele assim desejar, ou em instituição pública ou privada. Estabelece regras de funcionamento e outros direitos no tocante à habitação nos artigos 37 e 38. Descreve que programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos deverão conceder-lhe prioridade na aquisição de imóvel para moradia, observando a acessibilidade ao idoso, com reserva de 3% das unidades e critérios de financiamento de acordo com os rendimentos de aposentadoria ou pensão.

No que se refere a transporte (artigos 39 a 42), asseguram-se aos maiores de 65 anos a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos (para tanto, basta a apresentação de qualquer documento que prove sua idade) e a reserva de 10% dos assentos em veículos de transporte coletivo. No transporte interestadual, o estatuto estabelece que sejam reservadas, por ônibus, duas vagas gratuitas para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50%, no mínimo, no valor das passagens para aqueles que excederem as vagas gratuitas, com renda inferior ou igual a dois salários mínimos. A pessoa idosa também tem garantidos o direito de vagas preferenciais nos estacionamento públicos e particulares, nos termos da legislação local, e a prioridade no embarque e desembarque no sistema de transporte coletivo.

Conforme dispõem os artigos 69 a 71, na Justiça, em todos os processos, procedimentos, execução de atos, diligências em que figure como parte ou venha a intervir, em qualquer instância do Poder Judiciário, uma pessoa com 60 anos ou mais, está terá prioridade, desde que solicite, por meio de documento que comprove sua idade, o benefício à autoridade judiciária, que colocará tarja de preferência nos autos do processo. A prioridade não cessa com o falecimento, estendendo-se ao

cônjuge ou companheiro com união estável, maior de 60 anos. Essa agilidade processual é estendida a toda a administração pública (municipal, estadual e federal). O Estatuto do Idoso trata das medidas de proteção à pessoa idosa, com o objetivo de punir todo aquele que violar ou ameaçar seus direitos por ação ou omissão, não importando por quem seja praticada (Estado, família ou sociedade). Essas medidas podem ser aplicadas de forma isolada ou cumulativa, visando sempre à proteção ao idoso. Não sendo cumpridas, o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), assim que tiverem conhecimento da lesão ao direito, tomarão as medidas legais necessárias, de modo a salvaguardar a integridade física, psíquica e moral da pessoa idosa. O próprio estatuto estabelece, nos artigos 96 a 106, as penas para cada tipo de lesão, seja ela de cunho sexual, financeiro, psicológico, medicamentoso, de assistência médica ou alimentar, de ameaça, de cárcere privado, de abandono, de morte, de espancamento, de coação, de abandono, entre outros. No caso de agressão, deve-se fazer um Boletim de Ocorrência e recorrer ao Poder Judiciário, ao Ministério Público, à Defensoria Pública, à OAB, ao Conselho do Idoso (Estadual ou Municipal), para que sejam tomadas as medidas legais necessárias (BRASIL, 2006); (FRAGOSO 1986); (ALMEIDA 2005).

Por fim, é necessário salientar que o Estatuto do Idoso é eficaz ao firmar direitos e deveres e estabelecer sanções a quem violá-los, devendo ser exercido e cobrado em face de quem tem o dever de fazer, contra aquele que o viola.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão crítica de literatura. Esse tipo de estudo é caracterizado pela sintetização de estudos sobre determinada temática a partir das análises de informações disponibilizadas na literatura através de uma avaliação crítica e discussão aprofundada sobre um tema determinado.

As bases para a composição do artigo foram o Scielo e o Google Acadêmico a partir das seguintes palavras-chave: saúde do idoso (elderly health); Política Nacional do Idoso (National Policy for the Elderly); Estatuto do idoso (Status of the elderly). Todo o material coletado foi devidamente fichado, analisado, comparado e avaliado quanto a sua contribuição para o objetivo do trabalho.

### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de políticas públicas para a população idosa constitui ações e programas planejados e desenvolvidos pelo Estado para garantir e colocar em prática direitos que são previstos na constituição, garantindo os cuidados necessários considerando que o indivíduo deve ser mantido na família e na sociedade de forma

ativa e construtiva para que seja assegurado o direito universal à saúde, garantido melhor qualidade de vida nos anos adicionais adquiridos com o aumento da longevidade.

A Política Nacional do idoso e o Estatuto do Idoso configuram-se como um avanço no campo da atenção à saúde do idoso, uma vez que é responsável por ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desse grupo de indivíduos. Considerando o atual cenário pelo qual os países em desenvolvimento, como o Brasil, estão passando é evidente e alarmante. Questões que envolvam o setor saúde, seguridade social e o crescimento econômico requerem atenção urgencial e ampla reflexão e revisão.

Compreendendo o contexto em que essa população se insere, é necessário que a atenção e os cuidados em saúde ocorram de forma eficiente pelos profissionais da saúde, devendo priorizar medidas e programas que viabilizem os princípios da integralidade e equidade, cunhados por ações interdisciplinares e intersetoriais, com ênfase na formação e educação permanente de profissionais capacitados a atender essa parcela da população.

## REFERÊNCIAS

Almeida, Vera Lúcia V. **Direitos humanos e pessoa idosa**. Brasília: Subsecretaria de Promoção e Defesa de Direitos Humanos, 2005.

Bezerra, A. F. B.; Espírito Santo, A.C.G.; Batista Filho, M. **Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso**. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. 1994.

Brito, F. **Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

Burger, R. E. **Quem cuida das pessoas idosas**. In: Beauvoir, Simone de. A velhice. Tradução de Maria Helene Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

Carvalho, J. A. M.; Garcia, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). **IV Encontro Nacional de Conselhos de Idosos: construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa** – Renadi. Brasília: Subsecretaria de Promoção e Defesa de Direitos Humanos, 2006.

Corte, Beltrina; Mercadante, Elisabeth Frohtlich; Gomes, Mayra Rodrigues. **Quais são as imagens dos idosos na mídia?** In: Velhices: reflexões contemporâneas. São Paulo: Sesc/PUC, 2006, p. 25-46.

Fragoso, Heleno Claudio. **Lições de Direito penal**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1986, v.1.

Furtado, Emmanuel Teófilo. **Preconceito no trabalho e a discriminação por idade**. São Paulo:LTR, 2004.

Lourenço, R. A. et al. **Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda**. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

Pasinato, Maria Tereza; Camarano, Ana Amélia; Machado, Laura. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia**. Rio de Janeiro, jul. 2006.

Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. **Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil**. Rev Saude Publica. 2008.



## CAPÍTULO 12

### COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*NURSING MANAGEMENT SKILLS IN HOSPITAL  
MANAGEMENT: NA INTERATIVE REVIEW*

*Leidiane Pereira da Silva<sup>1</sup>  
Patrick Gomes de Souza<sup>2</sup>  
Everton de Oliveira Pinto<sup>3</sup>  
Rodrigo Barata de Lima<sup>4</sup>  
Márcia Seixas de Castro<sup>5</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.12

1 Universidade do Estado do Amazonas. <https://orcid.org/0000-0002-4775-5991>. leidianepereira015@gmail.com  
2 Universidade Federal do Amazonas. <https://orcid.org/0000-0001-5924-2635>. patrick.cientista@gmail.com  
3 Universidade Federal do Amazonas. <https://orcid.org/0000-0003-3977-273x>. everton.oliveira-@hotmail.com  
4 Universidade Federal do Amazonas. <https://orcid.org/0000-0002-4973-2427>. rodrigo.medicina@gmail.com  
5 Secretaria Municipal de Educação. <https://orcid.org/0000-0002-9856-9734>. marciacastrobader@gmail.com

## RESUMO

O trabalho tem como objetivo principal identificar, junto a literatura nacional, as competências de enfermagem no que diz respeito a gestão hospitalar, bem como suas atribuições, desafios e perspectivas na visão destes profissionais. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), dos últimos 5 anos, levantados em 2 bases (BVS e Google Acadêmico) e 1 biblioteca virtual (Scielo). As competências gerenciais de enfermagem, no que diz respeito a gestão hospitalar, está voltada para aspectos político e práticos, bem como a dimensão das atribuições de enfermagem tangente ao tema (gestão hospitalar) engloba tanto fatores assistenciais quanto administrativos. As competências gerenciais são essenciais para que o profissional de enfermagem execute serviços de qualidade tendo em vista o bem estar do paciente, bem como é o meio pelo qual se alcança/satisfaz as necessidades modernas na prestação de serviços em saúde.

**Palavras-chave:** Competências. Gestão Hospitalar. Enfermagem.

## ABSTRACT

The main objective of this work is to identify, within the national literature, nursing competencies with regard to hospital management, as well as their attributions, challenges and perspectives in the view of these professionals. This is an Integrative Literature Review (RIL), from the last 5 years, based on 2 databases (VHL and Google Scholar) and 1 virtual library (Scielo). The management skills of nursing, with regard to hospital management, is focused on political and practical aspects, as well as the dimension of nursing assignments tangent to the theme (hospital management) encompasses both care and administrative factors. Management skills are essential for the nursing professional to perform quality services with a view to the patient's well-being, as well as being the means by which modern needs in health services are reached / met.

**Keywords:** Skills. Hospital Management. Nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

A oferta dos serviços de saúde sofre influência das transformações sociais (LEAL *et al.*, 2018). Isto implica nas exigências dentro das unidades de saúde, tais como o aumento do aparato tecnológico como um forte aliado a prestação dos serviços (Ferracioli *et al.*, 2020). Neste contexto, uma unidade hospitalar compreende alta complexidade, detentora de diversas tecnologias. Assim sendo, o funcionamen-

to destes locais requer uma atenção considerável dos profissionais que ali atuam (LEAL *et al.*, 2018; VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Segundo Jensen *e col.* (2016) o termo “competência” aplicada aos serviços em saúde começaram a ser discutidos no início do século XXI, tendo como premissa a atuação profissional pautada em “habitual e criterioso uso da comunicação, conhecimentos, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária”.

De acordo com Ferracioli *e col.* (2020) o profissional de enfermagem desempenha um papel elementar no desenvolvimento das atividades dentro de um hospital. Segundo Costa *e col.* (2018) “as competências gerenciais têm papel fundamental no desempenho e funcionalidade de diferentes tipos de organizações”. Assim sendo, a competência gerencial desempenhada pelo profissional de enfermagem torna-se essencial, haja vista que além de gerir grande número de pessoas, também gerem os recursos materiais (CAMELO *et al.*, 2016; FERRACIOLI *et al.*, 2020).

Neste sentido, Costa *e col.* (2018) aponta que “o gestor é visto, muitas vezes, como uma ponte entre expectativas organizacionais e desempenho das equipes, por meio da implementação de estratégias e desenvolvimento individual dos colaboradores”. Ou seja, o processo gerencial visa encontrar um denominador comum entre a qualidade do serviço prestado associado ao processo de desenvolvimento, aliado as questões econômicas, dentre outras possibilidades que norteiam o processo gerencial (JENSEN *et al.*, 2016).

Para Ferracioli *e col.* (2020) as competências gerencias compreendem um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que visam um alto desempenho dos serviços em saúde, sendo que tais pressupostos estão pautados em fatores como: inteligência e personalidade de pessoas.

Assim sendo, diferentes autores salientam que as competências de enfermagem no âmbito gerencial, tem como fundamento o subsidio sistemático frente a formação de um pensamento crítico-reflexivo, de modo a extrapolar a dimensão técnica dos procedimentos. Logo a capacidade profissional alicerça-se na intenção de impactar qualitativamente os serviços prestados de modo a provocar melhorias sociais e na situação de saúde local, a médio e longo prazo (FERRACIOLI *et al.*, 2020; LEAL *et al.*, 2018; DAMASCENO *et al.*, 2016; AUED *et al.*, 2016).

Bettioli *e col.* (2019) reforça a necessidade que o gestor de enfermagem se aproprie do perfil profissional que melhor adéqüe as necessidades da instituição frente

às exigências da atualidade. Neste sentido, Ferracioli *e col.* (2020) destaca que o gestor em enfermagem precisa dispor de “conhecimento, habilidades e atitudes adequadas para desempenhar as suas funções gerenciais com eficácia.”

## 2 JUSTIFICATIVA

O ambiente hospitalar é dinâmico e composto por um elevado número de profissionais e serviços, assim sendo, observa-se a complexidade de manter uma unidade em pleno funcionamento. Neste sentido, o interesse por trabalhar este tema emerge da necessidade de buscar compreender e aprimorar as práticas gerenciais que competem a enfermagem no contexto hospitalar.

Desta forma, discorrer sobre a referida temática é uma forma de tornar os serviços mais adequados. Haja vista que a unidade hospitalar tem como função principal proporcionar à população uma assistência que vise curar bem como prevenir as pessoas. Assim sendo, percebe-se a importância de buscar meios para compreender o funcionamento e apontar direcionamentos dos serviços, recursos humanos e materiais.

Diante do breve exposto pode-se imaginar que diariamente a equipe de enfermagem lida com situações desafiadoras no seu exercício laboral. Tais desafios compreendem uma dimensão ampla, como: gerência do processo assistencial; gerência de equipe (profissional enfermeiro(a) é quem gerência a equipe de enfermagem); gerência os insumos necessários para a realização de procedimento etc.

Percebe-se, então, que a atividade laboral do profissional de enfermagem é permeada por situações que necessitam de um processo gerencial sólido, haja vista que falhas nesse processo refletem negativamente no alcance dos pressupostos sociais mínimos exercidos por uma unidade hospitalar. Ou seja, discorrer sobre a gestão hospitalar é uma forma de nutrir a prática profissional permitindo que estes possam fortalecer suas práticas por meio de evidência científica.

Os profissionais de enfermagem que atuam nas unidades de saúde (públicas, privadas e filantrópicas) do Brasil dispõem de bons desempenhos no que tange as suas atribuições gerenciais, haja vista o fato de que estes profissionais tratam das questões gerenciais desde o curso de graduação, ou seja, a gestão das unidades de saúde é uma praxe destes profissionais, haja vista o fato de que são gestores deste a graduação. Sendo assim o capítulo teve como objetivo identificar, junto a literatura nacional, as competências de enfermagem no que diz respeito a gestão hospitalar, bem como suas atribuições, desafios e perspectivas na visão destes profissionais.

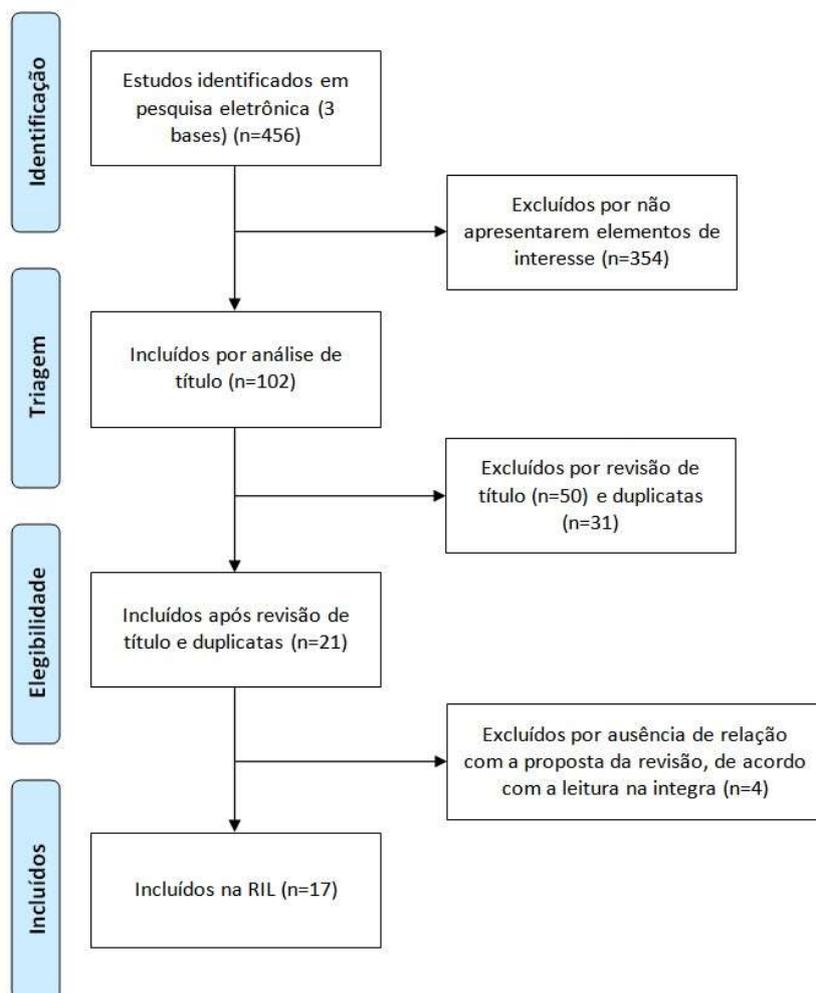
### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) realizada no mês de novembro de 2020, em que foi utilizado o Google Scholar, BVS, Scielo e PubMed para a realização do levantamento dos estudos. Utilizou-se os seguintes descritores: “Competência”, “Gestão Hospitalar” e “Enfermagem”.

Os critérios de elegibilidades dos estudos foram: Ser artigo científico, dissertação ou tese que fosse citável e publicado nos últimos 5 anos (2015-2020); Estar em um dos 3 idiomas (Português; Inglês e Espanhol); Ter sido produzido no Brasil; Ter a equipe de enfermagem no corpo da investigação do estudo; Estar voltado para a referida temática do estudo corrente.

Salienta-se que este trabalho foi elaborado com base nas fases propostas por Mendes *et al.* (2008). A seguir está descrito as etapas de seleção dos estudos (Fluxograma 01).

**Fluxograma 1** - Diagrama PRISMA: Método de seleção de elegibilidade dos artigos. Manaus-AM, 2021.



## 4 RESULTADOS

Os estudos presentes nesta revisão são provenientes de 2 bases de dados (BVS e Google Acadêmico) e 1 biblioteca virtual (SciELO). Ao todo, 17 artigos fazem parte desta revisão. O tipo de estudo dito como exploratório foi o mais comum com 47,1%, quanto a abordagem dos estudos, observa-se que mais da metade (58,8%) são qualitativos, referente ao idioma: 94,4% foram publicados em português e todos foram produzidos no Brasil e conduzidos com profissionais de enfermagem (tabela 01).

**Tabela 1** - Apresentação dos estudos que foram incluídos nesta RIL, as informações presentes são: local de busca, tipo de estudo, abordagem, idioma, nacionalidade e fonte dos artigos inseridos nesta RIL, Manaus-AM, 2021.

	Total=17	
	n	%
<b>Local de Busca</b>		
Google Acadêmico	14	82,4
BVS	2	11,8
SciELO	1	5,9
<b>Tipo de estudo</b>		
Exploratório	8	47,1
Transversal	4	23,5
Descritivo	2	11,8
Observacional	1	5,9
Pesquisa-Ação	1	5,9
<b>Abordagem do estudo</b>		
Qualitativo	10	58,8
Quantitativo	6	35,3
Misto*	1	5,9
<b>Idioma</b>		
Português	16	94,1
Inglês	1	5,9
<b>Nacionalidade</b>		
Brasil	17	100,0
<b>Fonte</b>		
Artigos	17	100,0

\*Misto: Estudos que envolvem abordagem quantitativa e qualitativa.

A tabela 02 discorre sobre os autores, ano de publicação, títulos, métodos e população, objetivos e principais resultados de cada um dos 17 estudos que fazem parte desta RIL.

**Tabela 2 - Dados dos 17 estudos que fazem parte desta RIL.**

<b>Autor, ano</b>	<b>Título</b>	<b>Método/ Abordagem/ (n)</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
Aued et al., 2016	Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas	Exploratório/ Qualitativo/ (n=20)	Identificar as competências clínicas dos enfermeiros assistenciais de uma organização hospitalar e apreender como os profissionais as adquiriram.	Os enfermeiros assistenciais que atuavam por mais tempo em uma mesma unidade de trabalho apresentaram um maior rol de competências clínicas. A aquisição das competências clínicas ocorreu por meio da interação com outros profissionais; no cotidiano da prática de enfermagem; pelas experiências anteriores e pelo aprendizado formal.
Bettiol et al., 2019	Competências profissionais procuradas por gestores no processo seletivo de enfermagem em instituições hospitalares	Transversal/ Quantitativo/ (n=17)	Identificar as competências profissionais procuradas por gestores no processo seletivo de enfermeiros em instituições hospitalares.	As competências mais procuradas pelos gestores foram o respeito ético e legal à profissão, trabalho em equipe e relacionamento interpessoal.
Camelo et al., 2016	Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem	Exploratório/ Qualitativo/ (n=15)	Caracterizar as competências de enfermeiros gerentes de um hospital de ensino e as estratégias organizacionais para mobilizar essas competências	60% tem especialização em gestão. A gerência apresenta desafios como: conhecimento da unidade e das tarefas, aproximação com questões administrativas, gerenciamento de conflitos. A aquisição de conhecimentos, o exercício da liderança, a educação permanente, a tomada de decisão, o gerenciamento de recursos e a competência interpessoal representam as competências necessárias; estratégias organizacionais são promovidas como: cursos na área de gestão e treinamentos em serviço.
Damasceno et al., 2016	O trabalho gerencial da enfermagem: Conhecimento de profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais	Observacional/ Qualitativo/ (n=12)	Conhecer as competências do enfermeiro no campo da gestão nas instituições públicas de saúde.	Observou-se que a ideia de coordenação, controle e continuidade do serviço está enraizada nos pensamentos de quase todos os enfermeiros que participaram do estudo quando o assunto é gerência em enfermagem, contudo, destaca-se uma preocupação crescente, presente nos depoimentos, na procura da qualidade na assistência de Enfermagem.

Ferracioli et al., 2020	<b>Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar</b>	Exploratório/ Quantitativo/ (n=25)	Descrever a percepção de enfermeiros acerca das competências gerenciais no contexto hospitalar.	O domínio da liderança obteve escore de 44,84 (DP±0,8), comunicação de 14,52 (DP±1,32), tomada de decisão de 16,12 (DP±3,2) e o planejamento e organização de 17,24 (DP±1,56). Todos os domínios obtiveram pontuação próxima ao escore máximo.
Jensen et al., 2016	Competências em informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem	Quantitativo/ (n=32)	Identificar as habilidades de informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem.	Participaram 32 especialistas, com representação de todas as regiões do Brasil. Na competência Informacional 18 habilidades foram consideradas essenciais e na Gestão da Informação 38 habilidades; estas foram ordenadas segundo seu grau de essencialidade.
Leal et al., 2018	Desafios para desenvolver competências no âmbito hospitalar	Exploratório/ Qualitativo/ (n=40)	Identificar os desafios encontrados pelo enfermeiro para o desenvolvimento de competências no processo de trabalho hospitalar	Identificaram-se cinco categorias de desafios que limitam o desenvolvimento de competências do enfermeiro hospitalar, tais como: relacionamento interpessoal conflituoso; idade profissional jovem - restrita experiência profissional; recursos humanos e materiais insuficientes; habilidade técnica limitada; e modelo de gestão rígido
Leal et al., 2020	Construção de matriz de competências individuais do enfermeiro em unidades cirúrgicas	Exploratório/ Qualitativo/ (n=43)	Construir e descrever uma matriz de competências individuais e comportamentos/ atitudes associados para enfermeiros atuantes em unidades cirúrgicas.	Para a matriz, foram identificadas as seguintes competências individuais: Planejamento; Comunicação; Competência relacional; Liderança; Tomada de decisão; e Ética
Marafigo; Stefano, 2019	<b>Avaliação de desempenho: Estudo de caso sobre a percepção de colaboradores e gestores da enfermagem de uma instituição hospitalar filantrópica</b>	Exploratório/ Misto*/ (n=200)	Identificar as características do trabalho e a importância das competências gerais e individuais na percepção dos colaboradores e gestores da área de enfermagem de um hospital filantrópico, a respeito da implantação de um processo novo de avaliação de desempenho	<b>O perfil predominante dos analisados consistiu em: técnicos de enfermagem, do sexo feminino e com faixa etária, de 26 a 35 anos. Atenção à saúde destacou-se como a característica geral mais importante</b>

Mondini et al., 2020	Liderança autêntica entre profissionais de enfermagem: conhecimento e perfil	Transversal/Quantitativo/ (n=84)	Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre modelos de liderança e avaliar o perfil de liderança autêntica entre eles	Tanto enfermeiros quanto técnicos de enfermagem desconheciam a liderança autêntica. Ambos apontaram a comunicação, o planejamento e a organização como competências do líder (n = 58, 95%). Referente ao perfil de liderança autêntica, observou-se que o escore foi "alto" entre enfermeiros e "baixo" entre os técnicos. Exercer cargo de liderança e atualizar-se influenciou positivamente o maior perfil de liderança autêntica.
Paiva et al., 2018	Gestão de competências profissionais: Estudo comparativo com médicos e enfermeiros de dois hospitais	Descritivo/Qualitativo/ (n=36**)	Analisar e comparar como são geridas as competências profissionais (GCP) de médicos e enfermeiros em dois hospitais, na percepção dos próprios sujeitos	Percebeu-se que a GCP tem caráter individualizado e individualizante, pautada na ação do profissional, com contribuições do hospital e sem apoio de instituições de interesse coletivo. Dentre suas dificuldades, observam-se escassez de tempo e/ou dinheiro, sobrecarga do trabalho, cansaço físico e psicológico, precários processos e condições de trabalho.
Romero et al., 2020	<b>Avaliação de desempenho por competência em uma instituição hospitalar: experiência dos enfermeiros</b>	<b>Descritivo/Qualitativo/ (n=20)</b>	<b>Conhecer a experiência de enfermeiros na implantação do sistema de avaliação de desempenho por competências em uma instituição hospitalar.</b>	<b>Emergiram três categorias: gestão por competências, considerações acerca da implantação na instituição; o processo avaliativo sob a óptica dos enfermeiros, compreensões inerentes; e, avaliação de desempenho por competências, impactos percebidos pelos enfermeiros nos técnicos de enfermagem.</b>
Sade et al., 2015	Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente	Pesquisa-Ação/Qualitativo/ (n=16)	Construir uma diretriz de educação permanente para o desenvolvimento de competências gerenciais dos enfermeiros junto aos membros do Núcleo de Enfermeiros de Educação Permanente do Paraná.	Foi possível discorrer sobre as demandas e as dificuldades para o desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro nas organizações hospitalares e estruturar coletivamente uma diretriz

Santos et al., 2016	O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização	Exploratório/Qualitativo/ (n=18)	Analisar as competências dos enfermeiros para atuarem no pós-operatório de cirurgia cardíaca e estratégias implementadas para a mobilização dessas competências	Foram identificadas nove competências, sendo: conhecimento teórico-prático, cuidados de enfermagem de alta complexidade, supervisão e liderança em enfermagem, tomada de decisão, gerenciamento de conflitos, de recursos humanos, materiais, financeiros e educação continuada em serviço. Estratégias organizacionais e individuais são realizadas a fim de desenvolver e aprimorar competências, tais como: oferecimento de cursos e palestras periodicamente, além da busca individual por conhecimento e aperfeiçoamento.
Soares et al., 2019	<b>Avaliação de desempenho por competências em enfermeiros hospitalares</b>	<b>Transversal/Quantitativo/ (n=45)</b>	<b>Avaliar as frequências das competências profissionais de enfermeiros hospitalares, discutindo aquelas de maior e menor frequência atribuídas</b>	<b>As competências “Comunicação com o pessoal administrativo do hospital” e “Participação em pesquisas científicas e/ou aplicação de resultados” tiveram as frequências menores; já o “Comprometimento com a pontualidade e a carga horária de trabalho” e o “Compromisso com as diretrizes éticas da profissão” foram avaliadas com as frequências mais elevadas.</b>
Tenório et al., 2019	Gestão e gerenciamento de enfermagem: Perspectivas de atuação do discente	Transversal/Quantitativo/ (n=150)	Analisar as perspectivas referentes às competências dos discentes de Enfermagem para a atuação nas atividades de gestão e de gerência nos serviços públicos de saúde.	Revela-se que a capacidade de supervisão de Enfermagem esteve presente em 80% dos estudantes, contudo, existiu uma queda preocupante desta aptidão no 10º período, com apenas 26,7% dos estudantes referindo ter capacidade
Tironi et al., 2017	Atribuições e competências dos gerentes de enfermagem: uma pesquisa exploratória descritiva	Exploratório/Qualitativo/ (n=13)	Identificar os atributos e competências dos gerentes de enfermagem de hospitais universitários do estado do Paraná, em relação ao seu ensino, pesquisa, assistência e gestão	Os atributos eram: representação institucional, gestão do cuidado em enfermagem, gestão de recursos humanos e ensino. As competências que se destacaram após a análise de conteúdo foram; gestão de conflitos, liderança, tomada de decisão e política.

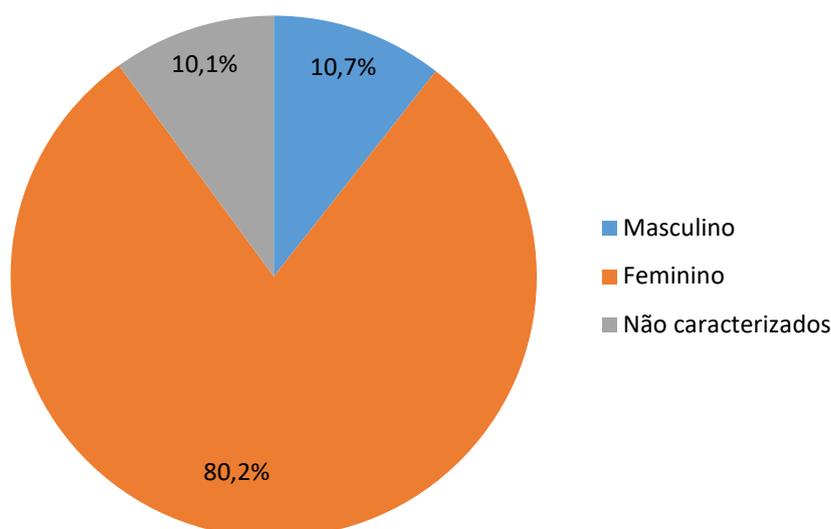
\*Misto: Estudos que envolvem abordagem quantitativa e qualitativa;

\*\*Representa o público de enfermagem que fora investigado (estudo conduzido com outros profissionais da saúde);

n: Simboliza a amostra populacional presente no estudo.

O total de participantes nos estudos incluídos nesta RIL foi igual a 786. Havendo predominância do sexo feminino com 80,2% e em menor percentual o sexo masculino com 10,7% (Gráfico 01). Obs: Tal percentual apresenta-se incompleto, no entanto, isto ocorre devido ao fato de que nem todos os estudos tinham a sua amostra caracterizada quanto ao sexo. Tal ausência de caracterização foi identificada em 3 dos 17 estudos e isto corresponde a um total de 72 pessoas representado 10,1% do total de participantes investigados nesta RIL.

**Gráfico 1** - Caracterização dos participantes segundo os estudos incluídos nesta RIL. Manaus-AM, 2021.



## 5 DISCUSSÃO

Observa-se que todos os estudos presentes nesta RIL atendem os critérios de inclusão estabelecidos no processo metodológico. Discorrer sobre as questões inerentes as competências gerenciais em ambiente hospitalar visa atingir as exigências provenientes das mudanças sociais decorrentes da modernidade (Jensen *et al.*, 2016). Tratar sobre a referida temática na enfermagem é essencial, haja vista que o exercício laboral da enfermagem é o cuidado em saúde, ou seja, as dimensões humanas, no entanto, tal cuidado requer uma gama de exigências para que se faça cumprir (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

O termo “gestor” tem diferentes aplicabilidades dependendo do contexto a qual o profissional esteja inserido. No setor privado o termo visa descrever um profissional responsável dirigir uma unidade assistencial ou de apoio. Por outro lado, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o termo recebe um significado mais amplo, haja vista que envolve aspectos estratégicos e de articulação política das atividades laborais. Assim sendo, no SUS o profissional que recebe o título de “ge-

rente” fica incumbido de administrar a unidade (ARAGÃO *et al.*, 2016; ROMERO *et al.*, 2020).

É um consenso entre a comunidade científica de enfermagem que independente da situação a qual esteja inserido, o exercício deste profissional ocorre em paralelo ao ato de gerenciar. A gerencia exercida pelo profissional de enfermagem compreende aspectos distintos, porém complementares, são eles: 1) gerenciamento da assistência em saúde (este visa planejar a assistência, executar os procedimentos; supervisionar os cuidados); e 2) gerenciamento indireto (este visa coordenar equipe de enfermagem, desempenhar atividades burocráticas e administrativas) (VASCONCELOS *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2019); AUED *et al.*, 2020).

Diante do exposto, percebe-se a importância pleno exercício do gerenciamento por parte dos profissionais de enfermagem. Assim sendo, Ferreira *et al.*, (2019) afirma que:

O enfermeiro tem assumido importante papel nos serviços de saúde, sobretudo no âmbito hospitalar, por ser o responsável pela gestão dos serviços e por adotar medidas que integram áreas administrativas, assistenciais e de ensino/pesquisa, para qualificar a assistência. As exigências quanto à sua atuação têm incluído, além do gerenciamento em enfermagem, o conhecimento e a interação com todo o ambiente organizacional, permitindo assim maior contribuição no alcance de metas institucionais (FERREIRA *et al.*, 2019).

Diferentes autores apontam: a importância da dimensão gerencial do enfermeiro é um diferencial no seu processo laboral (Vasconcelos *et al.*, 2016; Ferreira *et al.*, 2019). Neste sentido, Damasceno *et al.*, (2016) traz em sua conclusão que o papel de líder do enfermeiro deve ser exercido como pressuposto para o aprimoramento do processo de trabalho. Haja vista que tal qualidade é essencial, pois visa o desenvolvimento das ações em equipe e contribui para a qualificação dos serviços. Sendo assim, a gerência e a assistência são indissociáveis, interligadas e complementam-se (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Diante do exposto sobre gestão e a figura do profissional de enfermagem como detentor da mesma. A questão passa a ser discutida sobre a competência inerente ao seu exercício, sendo, portanto, elemento central entre os debates. Assim sendo, o referido termo refere-se a um “conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes” (Aragão *et al.*, 2016; Vasconcelos *et al.*, 2016; Ferracioli *et al.*, 2020). Logo, a competência exercida pelo enfermeiro está comprometida com a ética e a inovação frente ao indivíduo e a sociedade, favorecendo bem estar aos pacientes/clientes bem como uma assistência segura (VASCONCELOS *et al.*, 2016; TIRONI *et al.*, 2017).

Tendo em vista que a competência gerencial faz parte da prática diária do profissional de enfermagem em seu ambiente laboral. Vale ressaltar que o pleno exercício deste pressuposto profissional está repleto de desafios. Com base nos resultados provenientes dos estudos desta RIL, pode-se listar que tais desafios são relativos a formação do profissional, satisfação no ambiente de trabalho, sobrecarga de atividades referentes a baixo recursos materiais e pessoais, múltiplas tarefas, resolução de conflitos e ao trabalho em equipe (VASCONCELOS *et al.*, 2016; FERRACIOLI *et al.*, 2020; TIRONI *et al.*, 2017; AUED *et al.*, 2016; DAMASCENO *et al.*, 2016; LEAL *et al.*, 2018).

Assim sendo, a gerência exercida pelo profissional de enfermagem não está isenta de desafios. Haja vista que diariamente estes profissionais têm que lidar com diversas situações estressantes, tais como as listadas anteriormente. Neste sentido, Ferreira *et al.*, (2019) afirma que “esses desafios precisam ser superados pelo profissional no exercício do gerenciamento de enfermagem, da atenção hospitalar, sendo um trabalho árduo e de construção contínua”.

Neste contexto, alguns desafios encontrados pelos enfermeiros referem-se a fragilidade da preparação acadêmica para o exercício da gerência em âmbito hospitalar. Ou seja, a fundamentação teórica é incipiente. Assim sendo, o aprendizado acaba sendo reforçado nas atividades do dia a dia desses profissionais (AUED *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2019).

Neste sentido, faz-se necessário refletir sobre a formação acadêmica de enfermagem, tendo em vista a maior robustez no conteúdo voltado para gestão hospitalar, com vistas às pluralidades e habilidades necessárias para o pleno exercício de enfermagem de modo a formar profissionais capazes de sustentar esse enfermeiro em sua práxis (TIRONI *et al.*, 2017; VASCONCELOS *et al.*, 2016; MONDINI *et al.*, 2020).

Ferreira *et al.*, (2019) discorre sobre a importância do exercício da liderança entre a equipe de enfermagem, neste sentido, o referido autor ressalta que:

É desejável maior atenção dos cursos de graduação em enfermagem para fortalecer o desenvolvimento de atividades gerenciais, principalmente relacionadas ao gerenciamento de conflitos e trabalho em equipe. A liderança e compromisso ético são construções complexas que também devem ser consideradas na formação, ao fazer opção por visões integradoras, de conceituação e desenvolvimento de competências na graduação. (FERREIRA *et al.*, 2019).

Diante da ausência de uma formação que vise a capacitação de enfermeiros gerentes, então faz-se necessário que as instituições de saúde invistam em educação permanente na parte de gestão hospitalar. Assim sendo, tal atitude consistirá em

fortalecer a equipe de enfermagem, uma vez que munida de conhecimento na área poderá dispor de meios para diminuir as lacunas no exercício profissional, bem como o futuro da profissão de enfermagem depende da qualificação científica, teórica e prática com vistas a superar as lacunas gerenciais nas organizações de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019; AUED *et al.*, 2016; VASCONCELOS *et al.*, 2016; LEAL *et al.*, 2020; ROMERO *et al.*, 2020).

## 6 CONCLUSÃO

Observa-se que os dados deste estudo respondem os objetivos propostos. Bem como os dados levantados apontam para a importância do gerenciamento por parte dos profissionais de enfermagem. Quer seja pelo fato do gerenciamento ser uma obrigatoriedade dentro da formação destes profissionais, bem como, o profissional que a executa torna seus serviços mais qualificados. Assim sendo, a gestão é o meio pelo qual se alcança/satisfaz as necessidades modernas na prestação de serviços em saúde.

No entanto, o pleno exercício da gestão por parte dos profissionais de enfermagem encontra desafios que estão permeados em sua formação profissional, ainda na academia. Porém, nota-se que este impasse não é denominador comum para impedir o bom desempenho gerencial. Assim sendo, vê-se na colaboração entre profissionais e a educação continuada é uma solução prática e viável para elucidar a problemática inerente a eventuais problemáticas voltadas para a ausência de uma qualificação durante a graduação. Haja vista que o futuro da profissão está intimamente ligado a qualificação científica, teórica e prática com vistas a superar as lacunas gerenciais nas organizações de saúde.

## REFERÊNCIAS

AUED, Gisele Knop; BERNARDINO, Elizabeth; PERES, Aina Maris et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 69, n. 1, p. 130-137. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>

BETTIOL, Camila Hellen Oliveira; PEDRO, Danielli Rafael Candido; PISSINATI, Paloma de Souza Cavalcante et al. Competências profissionais procuradas por gestores no processo seletivo de enfermeiros em instituições hospitalares. **REPENF - Rev Par Enferm**, v. 2, n. 1, p. 59-65. 2019.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; ROCHA, Fernanda Ludmila Rossi; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi et al. Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. **Ciência y Enfermería XXII**, v. 1. 2016.

COSTAS, Carlos; LAIMER, Viviane Rossato; PIOVESAN, Rejane Tereza Cattapan et al. Competências gerenciais importantes em uma organização hospitalar. **RAIMED - Revista de Administração IMED**, v. 6, n. 1, p. 45-55. 2016. DOI: 10.18256/2237-7956/raimed.v6n1p45-55.

DAMASCENO, Caroline Kilvia Carvalho Sena; CAMPELO, Thaís Portela Teixeira; CAVALCANTE, Isamara Barbosa et al. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento de profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1216-1222. 2016.

FERREIRA, Victor Hugo Souto; TEIXEIRA, Veronica Modolo; GIACOMINI, Márcia Aparecida et al. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 40. 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>

FERRACIOLI, Gabriela Varela; OLIVEIRA, Rosana Rosseto; SOUZA, Verusca Soares et al. Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 15-20. 2020.

JENSEN, Rodrigo; GUEDES, Erika de Souza; LEITE, Maria Madalena Januário. Competências em informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 112-120. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100015>

LEAL, Laura Andrian; SOARES, Mirelle Inácio; SILVA, Beatriz Regina et al. Desafios para desenvolver competências no âmbito hospitalar. **REME, Rev Min Enferm.** v. 22. 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180042

LEAL, Laura Andrian; HENRIQUES, Silvia Helena; CASTR, Fabiana Faleiros Santana et al. Construção de matriz de competências individuais do enfermeiro em unidades cirúrgicas. **Rev Bras Enferm.** v. 73, n. 6. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0584>

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - Enferm.** v. 17, n. 4, p.758-764. 2008.

MONDINI, Cleide Carolina da Silva Demoro; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; TRETENE, Armando dos Santos et al. Liderança autêntica entre profissionais de enfermagem: conhecimento e perfil. **Rev Bras Enferm.** v. 73, n. 4 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>

MARAFIGO, Eliza Flavielle; STEFANO, Silvio Roberto. Avaliação de desempenho: estudo de caso sobre a percepção de colaboradores e gestores da enfermagem de uma instituição hospitalar filantrópica. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 3. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v%vi%i.4645>

PAIVA, Kely César Martins; MAGESTE, Gizelle Souza. Gestão de competências profissionais: estudo comparativo com médicos e enfermeiros de dois hospitais.

**Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 2. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v15i2.4890>

ROMERO, Daiane dos Santos Rodrigues; MAGALHÃES, Ana Maria Muller; CHAVES, Enaura Helena Brandão et al. Avaliação de desempenho por competência em uma instituição hospitalar: experiência dos enfermeiros. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-20. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3851>;

SADE, Priscila Meyenberg Cunha; PERES, Aina Maris. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 991-998. 2015. DOI: [10.1590/S0080-623420150000600016](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600016);

SANTOS, Ana Paula Azevedo; CAMELO, Silvia Helena Henriques; SANTOS, Fabiana Cristina et al. O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. 3, p. 472-478. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400014>;

SOARES, Mirelle Inácio; LEAL, Laura Andrian; RESCK, Zélia Marilda Rodrigues et al. Avaliação de desempenho por competências em enfermeiros hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27. 2019. DOI: [10.1590/1518-8345.3173.3184](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3173.3184);

TENÓRIO, Hulda Alves de Araújo; SOUZA, Itamara Barbosa; JUNIOR, Everaldo de Lima Gomes et al. Gestão e gerenciamento de enfermagem: Perspectivas de atuação do discente. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240535>;

TIRONI, Nayara Mizuno; BERNARDINO, Elizabeth; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço et al. Assignments and competencies of nursing managers: a descriptive exploratory research. **Online braz j nurs [internet]**, v. 16, n. 1, p. 130-139. 2017.

VASCONCELOS, Raissa Ottes; BOHER, Cristina Daiana; RIGO, Denise de Fátima Hoffman et al. Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 3/4, p. 56-60. 2016.

## CAPÍTULO 13

---

### ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM SOBRE A HUMANIZAÇÃO COMO UMA APOSTA ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICA

*ETHICS IN HEALTH SERVICES: AN APPROACH TO HUMANIZATION AS AN ETHICAL-AESTHETIC-POLITICAL BET*

*Gustavo Baroni Araujo<sup>1</sup>  
Marcela de Souza Corsino<sup>2</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.13

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Londrina UEL. <https://orcid.org/0000-0002-3162-7477>. [gustavobaroni13@hotmail.com](mailto:gustavobaroni13@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Norte do Paraná UNOPAR. <https://orcid.org/0000-0002-3931-570X> [marcelacorsino@hotmail.com](mailto:marcelacorsino@hotmail.com)

## RESUMO

Os profissionais da área de saúde atuam diretamente com o cuidado e tratamento da vida de pessoas. Por isso, é importante que o atendimento aos pacientes ocorra de forma ética, humanizada e satisfatória. O objetivo deste trabalho é compreender a ética e a humanização aplicada aos serviços de saúde, trazendo aspectos históricos fundamentados pelos princípios norteadores para a oferta de serviços. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura. Os dados foram coletados por meio de: Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores foram selecionados a partir dos objetivos da pesquisa, sendo eles: Ética, Humanização, e Serviços de Saúde. Conclui-se que a humanização é um processo que atua nos princípios do relacionamento pessoal, interpessoal e institucional nos serviços de saúde e devem ser pautadas pela perspectiva de colocar em prática um atendimento ético, estabelecendo relação teóricas e práticas em relação a humanização para que os serviços de saúde consigam adotar princípios éticos-estéticos-políticos entre profissionais, equipes e gestores.

**Palavras-chave:** Ética. Humanização. Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

Health professionals work directly with the care and treatment of people's lives. Therefore, it is important that patient care takes place in an ethical, humane and satisfactory manner. The objective of the work is to understand the ethics and humanization applied to health services, bringing historical aspects based on the guiding principles for the provision of services. This is a narrative literature review. Data were collected through: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS); Google Scholar, Scientific Electronic Library Online (SciELO). The descriptors were selected from the research objectives, namely: Ethics, Humanization, and Health Services. It follows that humanization is a process that operates on the principles of personal, interpersonal and institutional relationships in health services and should be guided by the perspective of putting ethical care into practice, establishing theoretical and practical relationships in relation to humanization so that health services are able to adopt ethical-aesthetic-political principles among professionals, teams and managers.

**Keywords:** Ethic. Humanization. Health services.

## 1 INTRODUÇÃO

A ação humana, sob o aspecto da moral, é fundada em valores criados segundo juízos apreciativos vividos pelos sujeitos em suas relações entre si e com a natureza, e que são concretizados objetivamente por normas práticas de ação e em costumes culturais das sociedades (ZUBIOLI, 2004).

Estas palavras remetem para a Deontologia, uma das teorias normativas, segundo as quais as escolhas são moralmente necessárias, proibidas ou permitidas.

Deontologia ou ética profissional é uma disciplina filosófica que em última instância busca a melhoria da conduta e o bom relacionamento dos indivíduos nos grupos específicos e na sociedade em geral em que estão inseridos.

Partindo do pressuposto de que a Deontologia compreende um conjunto específico de deveres, aos quais são obrigados os membros de uma profissão, deveres estes diferentes daqueles impostos pela lei, acredita-se que profissionais de saúde são exigidos muito mais do que apenas cumprir com as exigências éticas gerais impostas pela legislação vigente (ALENCASTRO, 2000).

Os profissionais da área de saúde precisam pautar sua conduta nos moldes preconizados pela profissão abraçada por diversas razões, dentre elas, a mais importante: O trato com o ser humano, o que lhes reservam, portanto, grande responsabilidade, precisando ser persuasivo e ao mesmo tempo humano (ZUBIOLI, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1993), prover medicamentos e outros produtos e serviços para a saúde e ajudar a população e a sociedade a utilizá-los da melhor maneira possível é a missão de algumas práticas de saúde. Essa missão necessita do envolvimento de profissionais com formação direcionada para que nenhum dos elos da cadeia de atendimento a descoberto sejam deixados de lado, ou seja, desde a produção até o usuário final.

A atuação destes profissionais inclui uma somatória de atitudes, comportamentos, responsabilidades e habilidades na prestação dos serviços, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos eficientes e seguros, privilegiando a saúde e a qualidade de vida do paciente (MARTINEZ, 1996 apud OLIVEIRA et al, 2005).

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado através de uma revisão narrativa de literatura conforme Rother (2007), por meio de diversas bases de dados: Literatura Latino-A-

mericana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores foram selecionados a partir dos objetivos da pesquisa, sendo eles: Ética, Humanização, e Serviços de Saúde.

### 3 HUMANIZAÇÃO

A humanização é hoje um tema frequentemente abordado nos serviços públicos de Saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da Saúde Coletiva. Embora o termo laico humanização possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos, ou solapados em tempos de frouxidão ética (CORTINA, MARTINEZ, 2009).

No histórico, a humanização desponta no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes. Não é possível pensar a humanização na saúde sem antes dar uma olhada no que acontece no mundo contemporâneo. Em uma visão panorâmica, a época da pós-modernidade se caracteriza pelo reordenamento social decorrente do capitalismo multinacional e a globalização econômica. Desabaram os ideais utópicos, políticos, éticos e estéticos da modernidade que creditavam ao projeto iluminista a construção de um mundo melhor, movido pela razão humana.

As pessoas, cada vez mais descrentes da política e das ideias revolucionárias que, na prática, deram poder a governos corruptos e incapazes de promover o bem da nação, não buscaram mais seus referenciais de identificação nos grandes coletivos sociais, mas sim em si mesmas.

Alguns autores, tratam esse momento como época hipermoderna ou supermoderna: a figura do excesso e da deformação notadamente no que se refere ao “eu”. Nessa vertente, Lasch dá aos tempos atuais o nome de Cultura Narcísica, e Debors, de Sociedade do Espetáculo, ora ressaltando o individualismo, o culto ao corpo e a supervalorização dos aspectos da aparência estética, ora ressaltando o exibicionismo, a captura pela imagem e o comportamento histriônico que se realiza como espetáculo. No campo das relações, a perda de suportes sociais e éticos, somada ao modo narcísico de ser, cria as condições para a intolerância à diferença, e o outro é visto não como parceiro ou aliado, mas como ameaça. Tal disposição, associada à rapidez e pouco estímulo à reflexão sobre os aspectos existenciais e morais do viver humano, faz com que a violência – que (por motivos que fogem ao alcance deste artigo) é parte do nosso cotidiano – se apresente também como modo de resolver conflitos.

No contraponto, do meio do século XX para cá, começam a se desenhar respostas para a sociedade assim estabelecida. Direitos Humanos, Bioética, Proteção Ambiental, Cidadania, mais do que conceitos emergentes<sup>7</sup>, são práticas que vão ganhando espaço no dia-a-dia das pessoas, chamando-nos para o trabalho de construção de outra realidade. Na área da Saúde surgiram várias iniciativas com o nome de humanização. É bem provável que esse termo tenha sido forjado há umas duas décadas, quando os acordos da luta antimanicomial, na área da Saúde Mental<sup>8</sup>, e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento, na área da Saúde da Mulher, começaram a ganhar volume e produzir ruído suficiente para registrar marca histórica.

A partir de então, vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações que chamavam de “humanizadoras”. Inicialmente, eram ações que tornavam o ambiente hospitalar mais afável: atividades lúdicas, lazer, entretenimento ou arte, melhorias na aparência física dos serviços. Não chegavam a abalar ou modificar substancialmente a organização do trabalho ou o modo de gestão, tampouco a vida das pessoas, mas faziam o papel de válvulas de escape para diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provoca em pacientes e trabalhadores. Pouco a pouco, a ideia foi ganhando consistência, resultando alterações de rotina (por exemplo, visita livre, acompanhante, dieta personalizada) (BORBA; LISOBA, 2006).

Em 2001, quando a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo fez um levantamento dos hospitais públicos do Estado que desenvolviam ações humanizadoras, praticamente todos faziam alguma coisa nesse sentido. O mesmo se verificou em noventa e quatro hospitais de referência no país, escolhidos pelo Ministério da Saúde, praticamente na mesma época. A iniciativa partia dos próprios trabalhadores, independentemente de incentivo ou determinação dos gestores locais. Tratava-se de uma resposta a essa necessidade sentida e reconhecida pelas pessoas em seus ambientes de trabalho. Hoje, várias sondagens conceituais, manifestações ideológicas, construções teóricas e técnicas e programas temáticos fazem da humanização um instigante campo de inovação da produção teórica e prática na área da Saúde.

Sob vários olhares, a Humanização pode ser compreendida como: - Princípio de conduta de base humanista e ética - Movimento contra a violência institucional na área da Saúde - Política pública para a atenção e gestão no SUS - Metodologia auxiliar para a gestão participativa - Tecnologia do cuidado na assistência à saúde. Em nosso entender, a Humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional,

por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços.

Esse conceito amplo abriga as diversas visões da humanização supracitadas como abordagens complementares, que permitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição. A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

### 3.1 Humanização e ética no contexto do SUS

Há alguns anos, quando o assunto humanização chegou aos serviços de Saúde, a reação dos trabalhadores foi a mais variada possível. Algumas pessoas (que já trabalhavam com ações humanizadoras) sentiram-se finalmente reconhecidas e encontraram seus pares, mas a maioria (que não fazia a mínima ideia do que se tratava) reagiu com desdém ou indignação: não eram humanos, afinal? Humanizar os serviços soava como um insulto. Entretanto, tão logo se começava a discutir a humanização como o processo de construção da ética relacional que recuperava valores humanísticos esmaecidos pelo cotidiano institucional ora aflito, ora desvitalizado, ficava clara a importância de trazer tal discussão para o campo da Saúde (GARRAFA, 1995).

A Medicina (e certamente todas as profissões que se destinam ao cuidar) é uma prática ético dependente, ou seja, ainda que o mundo se acabe em um livre agredir, em que vença o mais forte, o mais rico, ou o mais bonito, na área da Saúde é imprescindível a educação para a ética nas relações entre as pessoas, sem a qual não é possível realizar a missão que nos destina essa escolha profissional. Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados. No sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do Homem – a medida de todas as coisas – considerando sua natureza, seus limites, interesses e potenciais.

O Humanismo busca compreender o Homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros. Na leitura psicanalítica, o termo fala do lugar da subjetividade no campo da Saúde. Humanização, como tornar humano, significa admitir todas as dimensões humanas – históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas – e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis. A Psicanálise se encontra com o Humanismo quando coloca no centro do seu campo de investigação, compreensão e intervenção, o homem e sua natureza humana (que pode ser tão divina quanto demoníaca... No mais das vezes, as duas. Na melhor das hipóteses, a primeira cuidando para que a segunda se mantenha o mais quieta possível).

A natureza humana comporta pulsões para a construção e para a agressão. Em nossa essência, temos potencial para agir tanto em um sentido quanto em outro. O julgamento ético de cada ato e a sua escolha são tarefa psíquica constante, que põe em jogo os valores que a cultura nos dá por referência e os desejos que se ocultam no íntimo de cada um. Reconhecer a importância dessas características humanas é o primeiro passo para a humanização (COHEN; FERRAZ, 1995). O segundo passo é desenvolver métodos que permitam a inserção de tais aspectos humanos no pensar e agir sobre os processos saúde-adoecimento-cura e nas relações de trabalho. Trata-se de criar espaços legítimos de fala e escuta que devolvam à palavra sua potência reveladora e transformadora. Na relação do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Na relação entre profissionais, esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade.

Na vertente moral, a humanização pode evocar valores humanitários como: respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade, todos valores morais pensados como juízos sobre as ações humanas que as definem como boas ou más, representando uma determinada visão de mundo em um dado tempo e lugar e, portanto, mutáveis de acordo com as transformações da sociedade.

A humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da Saúde e o exercício da ética, aqui pensada como um princípio organizador da ação. O agir ético, neste ponto de vista, se refere à reflexão crítica que cada um de nós, profissional da saúde, tem o dever de realizar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores, seu modo de ser e pensar e agir no sentido do bem.

Claro que seria um ato de violência se, em nome da humanização, determinássemos quais os valores pessoais que cada um deve ter. Entretanto, na dimensão institucional, tratam-se de valores fundamentais para balizar a atitude

profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera bom e justo.

A ética, assim pensada, torna-se um importante instrumento contra a violência e a favor da humanização. Humanização e violência institucional na sua história, a humanização surge, então, como resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais quanto dos pacientes, diante de fatos e fenômenos que configuram o que chamamos de violência institucional na Saúde.

Na área da Saúde, a violência institucional decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Historicamente, a organização hierárquica do hospital do século XIX foi uma importante estratégia da Medicina da época moderna para o desenvolvimento da clínica e da tecnologia médica. Aumentou o acesso da população ao atendimento e propiciou grandes avanços técnicos. Entretanto, junto a esses progressos, também se engendraram situações que tornaram o hospital lugar de sofrimento.

O não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos, e disciplina autoritária, fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o desrespeito à sua autonomia e a falta de solidariedade.

A própria organização científica do trabalho (fortemente presente na área da Saúde) fragmenta o processo que vai do início ao fim da produção, seja de bens, seja de serviços, deixando cada etapa do processo a cargo de um grupo de trabalhadores que acaba tendo apenas a visão da parte que lhe cabe e não do todo. Essa estratégia agiliza e multiplica o resultado, entretanto cria um estado de alienação em relação à importância de cada um para a realização completa da tarefa que, na área da Saúde, tem como consequência a naturalização do sofrimento e a diminuição do compromisso e da responsabilidade na produção da saúde.

Desenha-se, assim, um cenário social e institucional, em que a falta de sensibilidade e de valores humanísticos abre espaço para que o comportamento violento (expresso em atos de brutalidade explícita ou sofisticados disfarces da intolerância e do desprezo) passe a ser a norma e não a exceção. Outro fator que contribui para esse estado de coisas é a medicalização do viver humano.

Inicialmente, a medicalização se referia à transformação de problemas sociais em problemas de saúde. Por exemplo: antes de encarnar no corpo, a fome é um problema da pobreza ou da educação, depois de um tempo vira desnutrição. Combater a fome é diferente de tratar a desnutrição do ponto de vista social (uma coisa é dar atenção à Saúde, outra é mudar a distribuição de renda).

Aos poucos, a medicalização foi abrangendo problemas que em épocas anteriores não teriam a Medicina como destino, mas sim outras áreas do saber. Com o aumento da crença das pessoas no que consideram verdades científicas na área da Saúde, e a decadência do valor socialmente dado às outras formas de compreensão da existência humana, toda e qualquer expressão da vida passa por um diagnóstico previsto em algum CID (Código Internacional das Doenças), e busca remédio na Medicina.

Assim, toda tristeza vira depressão, toda inquietação vira ansiedade e todo mundo procura os serviços de Saúde atrás de respostas rápidas e deglutíveis, mesmo que não funcionem. Ao lado desse fenômeno cultural da contemporaneidade, em nossa realidade, o sucateamento dos serviços de saúde devido à má gestão da coisa pública ou aos sempre insuficientes investimentos frente aos crescentes custos da Medicina Biotecnológica, levou à pleora do acesso aos serviços e ao esgotamento dos profissionais para atender. Filas intermináveis, pacientes mal atendidos por profissionais mal remunerados e desvalorizados, e todo tipo de conflito passaram a ser comuns nessa arena assim armada. Como dito anteriormente, a humanização surgiu em resposta a esse enredo, na forma de ações localizadas, e foi se instituindo até chegar, hoje, à forma de uma política pública na área da Saúde.

Não por acaso, a humanização une suas primeiras vozes nos hospitais, fazendo coro a um movimento contrário à situação em que há aqueles que mandam e decidem e outros que obedecem e não opinam sobre nada. Nesse sentido, a humanização buscava nas ações humanizadoras a recuperação não só da saúde física, mas principalmente do respeito, do direito, da generosidade, da expressão subjetiva e dos desejos das pessoas. Humanização como política pública para a atenção e gestão no SUS A humanização nasceu dentro do SUS.

Os princípios do SUS são totalmente de inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Levados às últimas consequências definem a humanização em qualquer concepção, em qualquer instância de atenção ou gestão. Tal caráter faz do SUS, hoje, o principal sistema de inclusão social deste país.

Enquanto na maioria dos hospitais privados a humanização foi tratada como cosmética da atenção – recepcionistas jovens e bonitas, bem vestidas e maquiadas, ambientes bem decorados que não devem nada aos hotéis de luxo, frigobar no quarto e lojinha de conveniência –, nos hospitais públicos e movimentos sociais a humanização escapa aos modelos comerciais e recupera dos ideais do SUS a prática da cidadania. Quase vinte anos depois da sua criação, o SUS é o sistema idealizado para os anseios de saúde do povo brasileiro, mas é também o sistema de saúde público que apresenta as contradições e heterogeneidades que caracterizam a nossa sociedade: serviços modernos, e de ponta tecnológica, ao lado de serviços sucateados nos quais a cronificação do modo obsoleto de operar o serviço público, a burocratização e os fenômenos que caracterizam situações de violência institucional estão presentes (MARTIN, 2000).

No ano 2000, o Ministério da Saúde, sensível às manifestações setoriais e às diversas iniciativas locais de humanização das práticas de saúde, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH era um programa que estimulava a disseminação das ideias da Humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com realidades locais. Inovador e bem construído por um grupo de psicanalistas, o programa tinha forte acento na transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo das subjetividades. Em 2003, o Ministério da Saúde passou o PNHAH por uma revisão, e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que mudou o patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS e definiu uma política cujo foco passou a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho.

Como política, a PNH se apresenta como um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da Saúde, em qualquer instância de efetuação. Tais diretrizes apontam como caminho: - A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo compromissos e responsabilidade; - O fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

A utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo; - A promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador. Nessa vertente, a humanização focaliza com especial atenção os processos de trabalho e os modelos de gestão e planejamento, interferindo no cerne da vida institucional, local onde de fato se engendram os vícios e os abusos da violência institucional. O resultado esperado é a valorização das

peças em todas as práticas de atenção e gestão, a integração, o compromisso e a responsabilidade de todos com o bem comum. Para sua implementação<sup>16</sup>, a PNH atua nos eixos de institucionalização que operaram a mudança de cultura a que se propõe. Tais eixos compreendem a inserção das diretrizes da humanização nos planos estaduais e municipais dos vários governos, nos programas de Educação Permanente, nos cursos profissionalizantes e instituições formadoras da área da Saúde, na mídia, nas ações de atenção integral à Saúde, no estímulo à pesquisa relacionada ao tema, vinculando-os ao repasse de recursos.

Várias ações e indicadores de validação e monitoramento foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para estimular e acompanhar os processos de humanização não só nos hospitais, mas nos três níveis de atenção à Saúde no SUS. A estratégia de criação e fortalecimento dos Grupos de Trabalho de Humanização nas instituições (grupos formados por pessoas ligadas ao tema e aos gestores dos serviços de Saúde, com o papel de implementar a PNH na sua unidade) merece considerações à parte e ajustes, mesmo assim mostrou-se exitosa em vários locais, acumulando bons exemplos de trabalho na área.

A humanização só se torna realidade em uma instituição quando seus gestores fazem dela mais que retórica, um modelo de fazer gestão. Boas intenções e programas limitados a ações circunstanciais não sustentam a humanização como processo transformador. Os instrumentos que de fato asseguram esse processo são: a informação, a educação permanente, a qualidade e a gestão participativa (Backes; Lunardi; LUNARDI FILHO, 2006).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização é um processo que atua nos princípios do relacionamento pessoal, interpessoal e institucional nos serviços de saúde ofertados. Toda a criação do atendimento humanizado está relacionada com a valorização da saúde do paciente e comportamento ético do profissional da unidade de saúde. Para que ocorra o atendimento ético e humanizado é necessário que todos os relacionamentos (pessoal, interpessoal e institucional), sejam integrados e aplicados.

Na perspectiva de colocar em prática um atendimento humanizado, estabelecer relação teóricas e práticas em relação a ética e humanização é fundamental para que os serviços de saúde consigam adotar princípios de humanização entre os profissionais, equipes e gestores. A relação é firmada uma vez que a satisfação dos que recebem a assistência depende da satisfação de quem a realiza, para isso, deve-se contar com uma equipe devidamente capacitada para prestação de serviços e aten-

dimento pautado na solidariedade como consequência de um ambiente orientado por esse mesmo princípio.

Por fim, pensar a humanização como política significa menos o que fazer e mais como fazer. Embora importantes, não são necessariamente as ações ditas humanizadoras que determinam um caráter humanizado ao serviço como um todo, mas a consideração aos princípios conceituais que definem a humanização como a base para toda e qualquer atividade. Este é o grande desafio: criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos na qual, cotidianamente, se façam presente os valores da humanização.

## REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, Mário. **A importância da ética na formação dos recursos humanos** (2000). Disponível em: <[http://pessoal.onda.com.br/alencastro/texto\\_etica\\_rh.htm#2](http://pessoal.onda.com.br/alencastro/texto_etica_rh.htm#2)> Acesso em: 23 dez. 2020.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):132-5.

BOFF, Leonardo. **Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Brasília: Letra Viva, 2000.

BOM SUCESSO, Edina de Paula. **Trabalho e qualidade de vida**. 1 ed. Rio de Janeiro: Dunya, 1997.

BORBA, Valdir Ribeiro; LISBOA, Teresinha Covas. **Teoria Geral de Administração Hospitalar: estrutura e evolução do processo de gestão hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. – **Bioética: coletânea do Simpósio de Tecnologia e Medicina**. Revista de Bioética e Ética Médica. Volume 8, n. 1, 2000. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

COHEN, C, FERRAZ, F.C. **Direitos humanos ou ética das relações**. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. São Paulo (SP): EDUSP; 1995. p. 37-50.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem; 1993.

CORTINA, Adela; MARTÍNEZ, Emilio. **Ética**. Tradução: Silvana Cobucci Leite. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2009.

GARRAFA, V.A. **Dimensão da Ética em Saúde Pública**. São Paulo (SP): FSP/USP; 1995.

GOLDIM, José Roberto. **Ética, Moral e Direito** (2003). Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eticmor.htm>> Acesso em: 17 jul. 2010.

GOLDIM, José Roberto. **Ética**. (2000) Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/etica.htm>> Acesso em: 17 jul. 2010.

LAMA, Dalai. **Uma ética para o novo milênio**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

MALIK, A. M. **Programas de qualidade em hospitais**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2000 (Cadernos de pesquisa 12).

MARTIN, L. M. **A ética e a humanização hospitalar**. O Mundo da Saúde, 2003 abril/junho; 27(2): 206-18.

MARTIN, L.M. **A ética e a humanização hospitalar**. O Mundo da Saúde 2003 abril/junho; 27(2): 206-18.

OLIVEIRA, Andrezza Beatriz et al. **Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil**. Rev. Bras. Cienc. Farm. [online]. 2005, vol. 41, no. 4, pp. 409-413. ISSN 1516-9332.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática x narrativa**. Editorial. Acta Paulista de Enfermagem., v. 20, n. 2, abr-jun, 2007.

ZUBIOLI, Arnaldo. **Ética Farmacêutica**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004. 400 p.



## CAPÍTULO 14

### SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19

#### *SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19*

*Victor Guilherme Pereira da Silva Marques<sup>1</sup>  
Mariel Wágner Holanda Lima<sup>2</sup>  
Elielson Rodrigues da Silva<sup>3</sup>  
Ana Carla Almeida de Melo<sup>4</sup>  
Marks Passos Santos<sup>5</sup>  
Laisa Garcia Matos<sup>6</sup>  
Josyskleydon Felipe da Silva Vieira Oliveira<sup>7</sup>  
Rodrigo Andrade Leal<sup>8</sup>  
Sdnei Gomes dos Santos<sup>9</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.14

1 Centro Universitário do Piauí. <https://orcid.org/0000-0002-7441-9811>. guilhermevictor521@gmail.com  
2 Secretaria de educação do estado do rio grande do norte. <https://orcid.org/0000-0001-5063-3891>. marielhoolland@gmail.com  
3 Centro Universitário do Rio São Francisco. <https://orcid.org/0000-0002-9628-1809>. elielsonfavisp@gmail.com  
4 Universidade Potiguar. <https://orcid.org/0000-0001-5853-8899/print>. anacarla\_melo@yahoo.com.br  
5 Faculdade Ages de Medicina. <https://orcid.org/0000-0003-1180-404X>. enfer.marks@hotmail.com  
6 Christus faculdade do Piauí. <https://orcid.org/0000-0002-7137-5585>. laisagarciamatos45@gmail.com  
7 Christus faculdade do Piauí. <https://orcid.org/0000-0003-1989-5193>. josyskleydonfellipe@gmail.com  
8 Faculdade Ages de Medicina. <https://orcid.org/0000-0002-4432-693X>. rodrigo.enf2012@hotmail.com  
9 Faculdade ages de Medicina. <https://orcid.org/0000-0002-2266-7119>. sdnei.santos@ages.edu.br

## RESUMO

**O**BJETIVO: Realizar um levantamento bibliográfico acerca da saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da covid-19. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão da literatura na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os artigos foram coletados no período de janeiro e fevereiro de 2021. Foram utilizados os descritores: COVID-19, trabalhadores de saúde e saúde mental, como critério de inclusão foram considerados: texto completo, idioma português, inglês e espanhol, que retratassem a temática em estudo, publicados com o recorte temporal de 2020 a 2021, e como critério de exclusão: textos repetidos, incompletos e que não focaram no tema exposto. **RESULTADOS:** Dentro dessas buscas foram encontrados 150 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 50 obras. Ao final das análises, 20 artigos foram incluídos na revisão, porque melhor se enquadraram no objetivo proposto. **CONCLUSÕES:** Vale ressaltar que a pandemia da covid-19 está afetando bastante o psicológico desses profissionais acarretando problemas futuros com essas pessoas que estão na “linha de frente”, sendo que há a necessidade de um acompanhamento rotineiro para manter a saúde mental livre de danos.

**Palavras-chave:** COVID-19. Trabalhadores de saúde. Saúde mental.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To conduct a literature survey about the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of health professionals. **METHODS:** This is a literature review in the Virtual Health Library (VHL) database. The articles were collected in the period January and February 2021. The descriptors used were: COVID-19, health workers and mental health, and the inclusion criteria were: full text, in Portuguese, English and Spanish, that portrayed the theme under study, published in the period from 2020 to 2021, and as exclusion criteria: repeated texts, incomplete and that did not focus on the exposed theme. **RESULTS:** Within these searches 150 articles were found, but after exclusion of duplicate and incomplete findings, 50 works were restricted. At the end of the analysis, 20 articles were included in the review because they best fit the proposed objective. **CONCLUSIONS:** It is worth noting that the pandemic of covid-19 is affecting the psychological health of these professionals, causing future problems with these people who are on the “front line”, and that there is a need for routine monitoring to maintain mental health free of damage.

**Keywords:** COVID-19. Health care workers. Mental health.

## 1 INTRODUÇÃO

A China registrou, em dezembro de 2019, uma nova pneumonia, denominada de Covid-19 (Doença de Coronavírus-2019), cujo vírus causador recebeu o nome de SARS-CoV-2 (do inglês, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2). Esse vírus é altamente transmissível e espalhou-se rapidamente pelo mundo, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar estado de pandemia, em março de 2020, o que exigiu de todos os países medidas de saúde pública emergenciais e de interesse internacional (MOREIRA; SOUSA; NÓBREGA, 2020).

Apesar de alguns dos sinais e sintomas físicos dessa doença serem conhecidos, estes ainda não foram suficientemente entendidos e sistematizados e, até o momento, não há um tratamento definido e comprovadamente eficaz. Devido ao surto mundial de infecção pelo SARS-CoV-2, sugeriram-se medidas de quarentena e distanciamento/isolamento social como forma de evitar a disseminação da Covid-19. Contudo, tais medidas de controle, associadas a informações falsas, também denominadas fake news e/ou pseudoinformação, e à ausência de um tratamento efetivo contribuíram para um estado de insegurança, pânico e medo, repercutindo diretamente no cotidiano e na saúde mental da população e de profissionais de saúde (MOREIRA; SOUSA; NÓBREGA, 2020).

A pressão de cuidar dos pacientes se intensifica no cenário de um vírus com transmissão humano-humano e sem tratamento específico para salvar vidas, além disso, suas vidas estão constantemente em risco, trazendo uma verdadeira situação de perigo. Outros estressores ainda podem ser elucidados, como gravidade dos pacientes, números limitados de ventiladores mecânicos e leitos de terapia intensiva e, tais fatores podem implicar diretamente no desencadeamento de crises de ansiedade e depressão (SANTOS et al, 2021).

Infelizmente, entre as fragilidades destacadas em um cenário nada equilibrado, outro aspecto tornou-se preocupante: a saúde mental dos profissionais de enfermagem. Embora a resposta a COVID-19 até o momento tenha se concentrado principalmente em conter a disseminação e prevenir a mortalidade, a pandemia mostrou também, que possui potencial para criar uma crise de sofrimento psicológico de grande repercussão no sistema de saúde mental (TOESCHER et al, 2020).

Esses profissionais, portanto, tornam-se facilmente alvos de vivências estressoras no contexto de pandemias como: sobrecarga, fadiga, exposição a mortes em larga escala, frustrações relacionadas a qualidade da assistência, ameaças, agressões e risco aumentado de serem infectados. Nesse caso, emergem o medo e a incerteza

que podem influenciar de forma negativa no comportamento e bem-estar geral desses profissionais e, conseqüentemente, interferir na sustentação da qualidade dos cuidados em saúde destinados à população (TOESCHER et al, 2020).

## 2 OBJETIVO

Realizar um levantamento bibliográfico acerca da saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da covid-19.

## 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo uma vez que é definida como um tipo de investigação voltada para o aspecto qualitativo de uma determinada questão, nesse caso, a importância da assistência ao paciente com hipertensão na atenção primária à saúde.

Para direcionar a presente revisão delineou-se como questão norteadora: “O que a literatura aborda sobre a saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da COVID-19?”.

Para a construção deste trabalho, a busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o auxílio das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e PUBMED. Os artigos foram coletados no período de janeiro a fevereiro de 2021. Foram utilizados os descritores: “Trabalhadores de saúde”, “Covid-19” e “Saúde mental”, localizados na lista dos Descritores em Ciências da Saúde, disponível no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>).

Foram selecionados como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis integralmente nas bases de dados elencadas, em idiomas português, espanhol e inglês, com o recorte temporal de 2020 a 2021 e relacionados com a temática. Foram excluídos artigos duplicados, incompletos, resumos, resenhas, debates, artigos publicados em anais de eventos e indisponíveis na íntegra.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da revisão de literatura e análise dos estudos indexados nas bases de dados eletrônicas, acerca da temática proposta, foram encontrados 150 estudos científicos, sendo que, apenas 80 estudos foram selecionados, 50 atenderam aos cri-

térios de inclusão previamente estabelecidos, destes, 30 foram excluídos com base nos critérios de exclusão, restando 20 artigos para composição e análise do estudo.

É inevitável que os profissionais da saúde, atuantes incansavelmente na linha de frente, estejam mais vulneráveis a questões emocionais, pois lidam também com seus sentimentos de impotência, fracasso, estresse pelas condições e sobrecarga de trabalho, incertezas sobre a doença e tratamento, medo de contrair e transmitir o vírus e/ou dificuldade de lidar com perdas de seus pacientes. Relacionam-se ainda os familiares acompanhantes dos pacientes, suas perdas e todo o contexto instável próprio de uma pandemia (SAIDEL et al, 2020).

Fatores como: medo de ser infectado devido à alta exposição ao vírus; receio de adoecer e de morrer; sentimento de frustração em não poder salvar as vidas que estão sobre os seus cuidados, e constatação do aumento sempre mais significativo do número de mortes; risco real de sofrer agressões por pessoas que não conseguem ser atendidas, devido a um provável colapso do sistema de saúde; afastamento de familiares e amigos contaminados, além da exaustiva carga horária de trabalho a que muitos estão sendo submetidos, constituem, principalmente, para os profissionais que estão na “linha de frente” do cuidado, um gatilho desencadeador de sentimentos, de angústia, ansiedade e depressão (MACÊDO et al, 2020).

Segundo Pappa et al. (2020), o início de uma doença súbita e com risco imediato de vida pode levar a uma pressão extraordinária sobre os profissionais de saúde, portanto, frente a essa realidade, é possível inferir que a pandemia de COVID-19 tem o potencial de afetar significativamente a saúde mental dos trabalhadores de saúde que estão na linha da frente, tornando-os, assim, mais vulneráveis a problemas de saúde mental, como o medo, a depressão, a insônia e a ansiedade. Cabe destacar ainda que em caso de qualquer situação de pandemia, a prevalência de morbidades psicológicas tende a ser maior em comparação com situações normais (KRISCHNAMOORTHY et al, 2020). Diante do exposto, observa-se que a pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2 está ocasionando um impacto psicológico sem precedentes nos profissionais de saúde, os quais já se expõem diariamente a condições estressantes de trabalho. (GUPTA B et al, 2020).

Os profissionais de saúde no Brasil enfrentam, no cotidiano de trabalho mesmo antes da pandemia, inúmeros desafios relacionados ao lidar e à manutenção de sua saúde mental. Neste cenário específico, crises e outros agravos de condição psíquica dessa população, poderão intensificar-se, razão que se torna imperiosa um planejamento e consolidação de estratégias efetivas de cuidados em saúde mental para trabalhadores da saúde (SAIDEL et al, 2020).

Além do transtorno de ansiedade generalizada, verificou-se o estresse crônico, a exaustão ou o esgotamento dos trabalhadores frente à intensa carga de trabalho, tendência que tende a piorar num contexto de carência de mão-de-obra na eventualidade dos profissionais de saúde terem que se isolar devido ao fato de contraírem o COVID-19. Além disso, alguns trabalhos chamam a atenção para o sentimento de impotência diante da gravidade e a complexidade dos casos face à falta de leitos ou equipamentos de suporte à vida (TEIXEIRA et al, 2020).

E compreendendo a importância destes profissionais nos serviços de saúde e considerando que muitos dos fatores contribuintes para os sofrimentos mentais estão relacionadas às condições de trabalho, sugere-se estratégias de promoção e valorização da profissão por meio de seus órgãos representativos e públicos (SANTOS et al, 2021).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra que por causa de diversos fatores que a pandemia da covid-19 está trazendo, a saúde mental dos profissionais da saúde está bastante comprometida, tornando assim eles mais propícios a contraírem diversos problemas psicológicos. A sobrecarga de trabalho desencadeia diversos fatores como ansiedade, medo de se contaminar, medo de adoecer, tornando assim o profissional com mais pensamentos negativos sobre a situação atual em que estamos vivendo.

Vale ressaltar que a pandemia da covid-19 está afetando bastante o psicológico desses profissionais acarretando problemas futuros com essas pessoas que estão na “linha de frente”, sendo que há a necessidade de um acompanhamento rotineiro para manter a saúde mental livre de danos.

Conclui-se com esse estudo de revisão integrativa, é relevante para a literatura no tocante ao incentivo do conhecimento teórico-prático acerca da saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da covid-19.

## REFERÊNCIAS

GUPTA, B et al. Anxiety and Sleep Disturbances Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic in India: cross-sectional online survey. *Jmir Public Health and Surveillance*, v. 6, n 4. p. 1-5, 22, 2020.

KRISHNAMOORTHY, Y.J et al. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, v. 293, p. 113382-113387, 2020.

MACEDO, N.N et al. Pandemia do COVI-19 e seus efeitos sobre a saúde mental da população ou profissionais da saúde. **Construção do Saber Sobre COVID-19**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2020.

MOREIRA, W.C; SOUSA, AR; NÓBREGA, M.S.S. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: scoping review. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, p. 1-17, 2020.

PAPPA, S et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, And Immunity*, v. 88, p. 901-907, 2020.

SAIDEL, M.G.B et al. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus [Mental health interventions for health professionals in the context of the Coronavirus pandemic][Intervenciones de salud mental para profesionales de la salud ante la pandemia de Coronavírus]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 49923, 2020.

SANTOS, K.R et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. SPE, 2021.

TEIXEIRA, C.F.S et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TOESCHER, A.M.R et al. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. SPE, 2020.



## CAPÍTULO 15

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PARTO VAGINAL E LACERAÇÃO PERINEAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

#### *NURSING ASSISTANCE IN VAGINAL DELIVERY AND PERINEAL LACERATION: AN EXPERIENCE REPORT*

*Hugo Santana dos Santos Junior<sup>1</sup>*

*Leudilane Reis da Silva<sup>2</sup>*

*Ana Zélia Silva Fernandes de Sousa<sup>3</sup>*

*Analécia Dâmaris da Silva Alexandre<sup>4</sup>*

*Jaqueline Miranda de Oliveira<sup>5</sup>*

*Gisele Rodrigues de Carvalho Oliveira<sup>6</sup>*

*Aline Ouriques de Gouveia<sup>7</sup>*

*Percilia Augusta Santana da Silva<sup>8</sup>*

*Kecyani Lima dos Reis<sup>9</sup>*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890935.15

<sup>1</sup> Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas - Gamaliel. E-mail. hugojuniorbs@bol.com.br

<sup>2</sup> Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas - Gamaliel. E-mail. lewdysilva@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Pará - UEPA. Universidade Federal do Pará - UFPA. E-mail. anazeliafernandes19@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Universidade Estadual do Pará - UEPA. E-mail. Mestradocipe2019@gmail.com

<sup>5</sup> Universidade Estadual do Pará - UEPA. E-mail. miranda.jaque01@gmail.com

<sup>6</sup> Universidade Estadual do Pará - UEPA. E-mail. mcarvalho2@hotmail.com

<sup>7</sup> Universidade Estadual do Pará - UEPA. E-mail. aline\_tuc@hotmail.com

<sup>8</sup> Universidade do Estado do Pará-UEPA e Faculdade Carajás. Marabá - Pará. E-mail: Perciliaaugusta@hotmail.com

<sup>9</sup> Universidade do Estado do Pará - UEPA, Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão e Faculdade Carajás. Marabá - Pará. E-mail: tiakey@hotmail.com

## RESUMO

Diversas situações podem acontecer no trabalho de parto e parto, algumas benéficas outras maléficas, contudo tais ocorrências expressão a interação do corpo da gestante em trabalho de parto e sua fisiologia. Dores, desconfortos, ansiedade dentre outras situações emocionais podem surgir em meio ao processo de parto, além de aspectos físicos como lacerações de mucosas e músculos. A laceração perineal não provocada artificialmente é aquela onde o corpo da gestante ao se deparar com a passagem da criança em meio ao período expulsivo do parto lacera de forma natural e espontânea as estruturas anatômicas que constroem o assoalho pélvico. O objetivo deste estudo é descrever o relato sobre o papel do enfermeiro frente à laceração perineal natural e relatar as principais atividades desenvolvidas pelo profissional em meio à assistência ao parto normal. Metodologia é o de relato de experiência, com abordagem descritiva. Relatando as vivencias de seis acadêmicos do curso de bacharelado em enfermagem em relação à assistência ao parto normal e laceração perineal no hospital municipal de Tucuruí, estado do Pará. Relato de experiência descrevendo a assistência a uma parturiente de parto normal que em seu trabalho de parto lacerou a região perineal e o suporte do enfermeiro obstetra foi essencial para a sutura e reconstrução da estrutura anatômica lesionada. Portanto, faz-se necessário o fortalecimento das instituições de ensino, saúde e pesquisa e no acesso às oportunidades e vivencias dos acadêmicos em formação que serão os futuros profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Parto natural. Laceração. Sutura. Enfermeiros obstetras.

## ABSTRACT

Several situations can happen in labor and delivery, some beneficial and others harmful, however such occurrences express the interaction of the body of the pregnant woman in labor and its physiology. Pain, discomfort, anxiety and other emotional situations can arise in the middle of the delivery process, in addition to physical aspects such as lacerations of mucous membranes and muscles. Perineal laceration that is not artificially provoked is one where the pregnant woman's body, when faced with the passage of the child in the middle of the expulsion period of childbirth, naturally and spontaneously lacerates the anatomical structures that build the pelvic floor. The aim of this study is to describe the report on the role of the nurse in the face of natural perineal laceration and to report the main activities developed by the professional in the midst of assisting normal birth. Methodology is that of an experience report, with a descriptive approach. Reporting the experiences of six undergraduate nursing students in relation to assistance in normal

childbirth and perineal laceration at the municipal hospital in Tucuruí, state of Pará. Experience report describing the assistance to a woman in normal labor who in her labor lacerated the perineal region and the support of the obstetric nurse was essential for suturing and reconstructing the injured anatomical structure. Therefore, it is necessary to strengthen educational, health and research institutions and to access the opportunities and experiences of academics in training who will be future health professionals.

**Keywords:** Natural childbirth. Laceration. Suture. Obstetric nurses.

## 1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde no Brasil são classificados e estruturados em níveis de atendimento, sendo organizados em atenção primária em saúde, onde se faz promoção, prevenção e proteção da saúde, logo após temos o setor secundário, que representa a media complexidade no serviço de saúde, e por fim o nível terciário, setor mais especializado e de alta complexidade (DE ARRUDA BARBOSA, 2012).

A assistência ao trabalho de parto e parto no Brasil ocorre por meio do acompanhamento da gestante nos meios de atenção à saúde, seja no nível primário ou secundário. No pré-natal é realizado o acompanhamento da gestante e suas avaliações necessárias para um bom processo de parto, investigando as prováveis complicações e adotando medidas preventivas aos agravos. Logo quando a gestante chega ao período acima das 37<sup>o</sup> semana de gestação, a atenção é redobrada quanto ao início do seu trabalho de parto, e assim é encaminhada ao setor hospitalar para o acompanhamento do trabalho de parto e parto (ARATANI, 2020).

Logo após o encaminhamento para o setor hospitalar, a gestante é acolhida no ambiente especializado na atenção ao parto e recebe a avaliação obstétrica, e se inicia o acompanhamento ao trabalho de parto pela equipe de saúde compostas por diversos profissionais, sendo eles: enfermeiros obstetras, técnicos de enfermagem e médicos obstetras (ESSER, 2016).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O enfermeiro presta assistência e suporte a todo seguimento do trabalho de parto e parto, seja ele parto normal ou cesáreo. Porém, é no processo de parto normal onde a autonomia e efetivação da assistência de enfermagem é diretamente ligada ao cuidado e atenção à gestante e seu bebe de forma integral e holística (DE OLIVEIRA LARA; GOULART; CARMO, 2010).

O processo de parto normal é uma atividade natural e endógena, tendo seu amadurecimento de forma fisiológica e autônoma, adaptando a corpo da mulher para esse ambiente expulsivo em total harmonia com seu bebe. Contudo, algumas situações adversas e singulares podem acontecer no decorrer do trabalho de parto ou até mesmo no momento expulsivo que necessitem de apoio e suporte profissional, e os enfermeiros são os profissionais da linha de frente a essa assistência rápida e resolutiva (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Diversas situações podem acontecer no trabalho de parto e parto, algumas benéficas outras malélicas, contudo tais ocorrências expressão a interação do corpo da gestante em trabalho de parto e sua fisiologia. Dores, desconfortos, ansiedade dentre outras situações emocionais podem surgir em meio ao processo de parto, além de aspectos físicos como lacerações de mucosas e músculos, como por exemplo, a laceração perineal não provocada (ARAÚJO et al, 2012).

A laceração perineal não provocada artificialmente é aquela onde o corpo da gestante ao se deparar com a passagem da criança em meio ao período expulsivo do parto lacera de forma natural e espontânea as estruturas anatômicas que constroem o assoalho pélvico, podendo lacerar mucosas e camadas da pele superficiais e profundas, até musculaturas de sustentação do assoalho, e o enfermeiro deverá ter o conhecimento técnico-científico para assistência e suporte à gestante e essas ocorrências adversas (SCARABOTTO; RIESCO, 2006).

Com isso, o objetivo deste estudo é descrever o relato sobre o papel do enfermeiro frente à laceração perineal natural e relatar as principais atividades desenvolvidas pelo profissional em meio à assistência ao parto normal.

### 3 METODOLOGIA

O modelo metodológico é o de relato de experiência, com abordagem descritiva. Relatando as vivencias de seis acadêmicos do curso de bacharelado em enfermagem do décimo período em fase de estagio supervisionado em obstetrícia, acompanhado de um profissional em enfermagem obstétrica, realizado no ano de 2021 no hospital municipal de Tucuruí, estado do Pará, na unidade materno-infantil. Relato de experiência sobre a assistência do enfermeiro e da equipe de enfermagem ao parto normal e suporte e cuidados na laceração perineal de uma gestante atendida no setor de obstetrícia desse mesmo hospital.

O relato de experiência é um modelo metodológico conhecido e validado pela comunidade científica nacional e internacional, e é de extrema importância para

popularização das experiências diversas vivenciadas pelos profissionais de saúde atuando direta ou indiretamente na assistência ao paciente (DALTRO; DE FARIA, 2019).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A assistência de enfermagem ao parto normal é realizada de forma holística e integral, avaliando e dando suporte à gestante no que for preciso. A equipe de enfermagem deve estar capacitada e atualizada quanto às características da fisiologia do parto e suas prováveis repercussões.

Nesse relato, a gestante 38<sup>o</sup> semanas de gestação e com trabalho de parto em seguimento, ao exame de toque de colo para verificação de dilatação e aspectos do colo, a gestante encontrava-se com sete centímetros de dilatação espontânea e em puxos recorrentes. A equipe juntamente com os estagiários realizaram atividades de controle da dor e adaptação ao seguimento do trabalho de parto utilizando bolas de ginásticas e massagens. Do decorrer desse processo, as contrações foram se intensificando e período expulsivo tomou forma mais regular com sincronia e harmonia, obedecendo à fisiologia corporal da gestante.

Logo após esse processo a gestante foi conduzida para sala de parto e a atenção quanto à assistência ao processo do trabalho de parto foi redobrada. Com o novo exame de verificação de dilatação do colo, foi constatado que gestante estava em dilatação completa e o bebe progredia ao externo conforme as contrações rítmicas da mãe. Toda equipe de enfermagem apostos para recepção do bebe. Nessa fase já foi possível contemplar a etapa onde o bebe faz sua “coroação”, posição na qual o bebe fica com a estrutura cefálica de forma localizada na estrutura externa do canal vaginal, e com isso farará um giro e nascerá.

Todo cuidado e atenção voltaram-se para a recepção desse recém nascido e os cuidados com o RN e a mãe. Logo após identificamos que na passagem do bebe pelo canal vaginal, em sua externalização houve uma laceração de forma lateralizada na região posterior. Prontamente a enfermeira responsável pelo seguimento das atividades de enfermagem em assistência ao parto, evidenciou e classificou a lesão em uma laceração perineal pós-parto de forma natural.

Após a classificação da lesão, rapidamente foi iniciado o processo de refria da laceração e controle do sangramento decorrente do processo de parto e essa intercorrência, foi prescrito e administrado injeção de ocitocina sintética em via intramuscular para retorno da musculatura uterina e eventual encerramento do sangra-

mento. Com isso, a atenção à laceração e reconstituição anatômica daquela região foi retomada. Foi realizado a paramentação necessária para realização da técnica de sutura perineal de forma estéril, usando luvas e instrumentais cirúrgicos, com fios específicos de sutura perineal e aplicação de anestésicos locais a base de cloridrato de lidocaína sem vasoconstrictor.

De acordo com a resolução de número 278 de 2003, a realização de procedimentos técnicos de sutura perineal é de exclusividade do profissional de nível superior em enfermagem com especialização em obstetrícia, sendo totalmente respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN.

Sutura perineal realizada na íntegra, rafiando a estrutura interna do canal vaginal e sua mucosa, fazendo a ligação dos tecidos lesionados e reestruturando a integridade da mucosa, da pele e da musculatura estrutural do assoalho pélvico.

Na realização desse processo, houve intercorrências que poderiam comprometer a assistência prestada na realização da rafia perineal para recomposição da anatomia. Dor localizada, irritabilidade da parturiente por longo tempo para o processo de parto e realização da sutura, incomodo vaginal e cansaço foram queixados pela parturiente e observados pela equipe, queixas totalmente válidas e compreensíveis, pois a parturiente é envolvida por inúmeros sentimentos e emoções totalmente naturais ao trabalho de parto.

Na resolução de número 524 do ano de 2016, a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais é de extrema importância e regulamentada pelo conselho da classe e é entendida como profissional essencial para a assistência ao trabalho de parto e parto.

De acordo com Araújo, em seu trabalho intitulado “assistência de enfermagem à laceração perineal após parto vaginal: um relato de experiência” observou que a equipe de enfermagem é de crucial importância para a boa fluidez das atividades de suporte ao parto e suas intercorrências, avaliando os riscos e elaborando um plano de assistência com medidas seguras e resolutivas evitando os agravos que podem estar relacionados ao trabalho de parto e parto.

No estudo sobre Humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal de Ferreira 2015, o profissional enfermeiro deve ser munido de humanização e empatia para efetivar uma boa assistência ao parto normal e desenvolver um cuida-

do respeitando o processo de trabalho de parto sem interferência de terceiros. Ter capacidade e conhecimentos técnico-científico para reconhecer as principais implicações que podem levar as complicações perineais, como a laceração.

Caroci 2014 em seu trabalho denominado “Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas” ressalta que as ocorrências das lacerações perineais estão relacionadas em sua maioria nas gestantes primíparas, ou seja, na sua primeira gestação e no seu primeiro trabalho de parto. Vários fatores podem estar envolvidos na ocorrência de tal evento, desde tensão muscular do assoalho pélvico no período expulsivo, até aspectos emocionais envolvidos que possam influenciar no processo do trabalho de parto.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as vivências e experiências adquiridas no período de estagio supervisionado em setor de assistência obstétrica, o acadêmico de enfermagem poderá por os conhecimentos adquiridos em prática quando for um profissional em pleno gozo do exercício profissional. É de extrema importância à ambientação do estagiário em diversas áreas da assistência em saúde, contribuindo para a efetivação da forma técnico-científica, com humanizada, respeito, equidade, resolutiva e integral.

Portanto, faz-se necessário o fortalecimento das instituições de ensino, saúde e pesquisa e no acesso às oportunidades e vivências dos acadêmicos em formação que serão os futuros profissionais de saúde, pois as experiências em diversos setores contribuem como base estrutural para a construção profissional do enfermeiro de forma autônoma, qualificada e plena.

## REFERÊNCIAS

ARATANI, Nathan. Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária à Saúde. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, Beatriz Mota et al. Educação para o parto: o enfermeiro no preparo das mulheres durante o pré-natal. 2012.

CAROCI, Adriana de Souza et al. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev. enferm. UERJ*, p. 402-408, 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem: resolução 278/2003. Acesso em 30/03/2021 em. [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2782003\\_4314.html#:~:text=1%C2%BA%20%E2%80%93%20C3%89%20vedado%20ao%20Profissional,a%20situa%C3%A7%C3%B5es%20previs%C3%ADveis%20e%20rotineiras](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2782003_4314.html#:~:text=1%C2%BA%20%E2%80%93%20C3%89%20vedado%20ao%20Profissional,a%20situa%C3%A7%C3%B5es%20previs%C3%ADveis%20e%20rotineiras).

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem: resolução 524/2016. Acesso em 30/03/2021 em. [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html).

DALTRO, Mônica Ramos; DE FARIA, Anna Amélia. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

DE ARAUJO, Maria do Carmo Cardoso et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À LACERÇÃO PERINEAL APÓS PARTO VAGINAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 14, 2015.

DE ARRUDA BARBOSA, Loeste et al. Percepção de usuários da Atenção Primária sobre a estratégia de Saúde da Família. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 3, n. 4, p. 37-43, 2012.

DE OLIVEIRA LARA, Sílvia Helena; GOULART, Maria José Personi; CARMO, Tânia Maria Delfraro. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. *Revista Ciência et Praxis*, p. 35, 2010.

ESSER, Maria Angelica Motta da Silva. Atuação da enfermeira obstétrica: compreendendo a sua vivência e a realidade da assistência. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2016.

FERREIRA, Raíne Sâmila Silva. Humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. 2015.

SCARABOTTO, Leila Barreto; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 3, p. 389-395, 2006.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

## ÍNDICE REMISSIVO

- A**
- Artigos 9, 15, 16, 24, 27, 28, 35, 40, 45, 46, 50, 62, 63, 65, 70, 72, 84, 108, 112, 116, 117, 124, 127, 128, 140, 142, 150, 151, 152, 153, 161, 162, 188, 190, 191
- Assistência 9, 14, 21, 54, 56, 58, 63, 66, 67, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 89, 90, 124, 126, 127, 128, 129, 132, 134, 135, 142, 143, 144, 149, 150, 151, 152, 153, 160, 168, 177, 183, 189, 190, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202
- B**
- Benefícios 26, 40, 48, 49, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 70, 73, 75, 82, 108, 111, 117, 118, 124, 126, 132, 133, 135, 152
- C**
- Casos 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 40, 42, 43, 50, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 116, 142, 192
- Competências 157, 159, 161, 163, 165, 167, 169, 171
- Congênita 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
- Crianças 12, 15, 19, 20, 21, 55, 94, 108, 110, 111, 116, 117, 118, 119, 120
- Cuidado 14, 58, 61, 80, 81, 86, 89, 125, 131, 133, 134, 135, 136, 141, 142, 143, 144, 167, 174, 177, 182, 191, 197, 199, 200
- D**
- Dados 9, 12, 13, 15, 18, 24, 27, 28, 32, 40, 45, 46, 49, 62, 63, 72, 73, 74, 84, 87, 89, 92, 94, 96, 97, 98, 99, 108, 111, 117, 124, 127, 128, 131, 140, 142, 162, 170, 174, 175, 188, 190
- Doença 9, 12, 13, 14, 25, 40, 41, 50, 84, 86, 93, 94, 96, 97, 99, 102, 132, 143, 144, 189, 191
- Domiciliar 116, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 142, 151
- Dor 35, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 109, 116, 199
- E**
- Enfermagem 21, 88, 89, 90, 141, 143, 158, 159, 160, 161, 162, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 184, 189, 193, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202
- Estudo 9, 12, 15, 17, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 45, 47, 48, 49, 50, 57, 62, 63, 64, 70, 82, 88, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 108, 111, 112, 119, 124, 126, 127, 130, 135, 136, 140, 142, 153, 155, 161, 162, 166, 170, 171, 175, 188, 190, 191, 192, 196, 198, 200
- Exercícios 26, 34, 57, 59, 61, 63, 64, 65, 108, 110, 115, 116, 117, 132, 133, 134
- F**
- Família 5, 56, 85, 86, 125, 132, 133, 134, 135, 136, 140, 142, 144, 150, 151, 152, 153
- Fisioterapia 24, 26, 27, 28, 33, 35, 40, 41, 44, 45, 50, 57, 58, 62, 63, 65, 66, 108, 110, 111, 116, 117, 124, 126, 127, 132, 133, 134, 135, 136
- Forma 19, 27, 42, 54, 56, 57, 58, 61, 64, 65, 71, 73, 74, 75, 92, 94, 97, 99, 102, 109, 112, 127, 132, 133, 134, 141, 149, 150, 151, 153, 154, 160, 174, 180, 181, 189, 190, 196, 197, 198, 199, 200, 201
- G**
- Gestante 55, 56, 58, 59, 63, 65, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 196, 197, 198, 199
- H**
- Hospitalar 26, 66, 67, 115, 116, 117, 125, 158, 160, 167, 168, 169, 171, 172, 177, 184, 185, 197
- Humanização 81, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 200, 202
- I**
- Idoso 134, 140, 141, 142, 143, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154
- M**
- Mulher 21, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 65, 81, 82, 85, 89, 96, 198
- O**
- Objetivo 13, 27, 34, 44, 45, 47, 48, 54, 55, 57, 59, 63, 70, 108, 110, 115, 117, 124, 126, 140, 142, 148, 149, 150, 153, 158, 160, 174, 175, 188, 196, 198
- P**
- Paciente 7, 9, 14, 27, 43, 45, 49, 50, 51, 61, 64, 80, 83, 84, 110, 116, 117, 124, 126, 131, 132, 133, 134, 135, 143, 144, 158, 175, 179, 183, 190, 199
- Parto 14, 19, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 81, 85, 87, 177, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202
- Parto 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 195, 197, 199, 201, 202
- População 18, 21, 95, 99, 102, 125, 126, 136, 141, 143, 144, 148, 149, 150, 153, 154, 160, 162,

175, 180, 189, 190, 191, 193

Pressão 24, 26, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 44,  
45, 60, 64, 85, 124, 133, 135, 189, 191

Prevenção 14, 19, 21, 61, 82, 94, 97, 99, 102, 124,  
125, 131, 133, 134, 135, 136, 141, 142, 143,  
151, 197

Processo 24, 26, 42, 43, 54, 55, 58, 59, 63, 66, 80,  
81, 83, 86, 87, 88, 89, 110, 111, 116, 131,  
133, 134, 135, 141, 143, 152, 159, 160, 167,  
168, 170, 174, 177, 178, 180, 183, 184, 196,  
197, 198, 199, 200, 201

Profissionais 9, 40, 41, 44, 48, 55, 56, 57, 59, 61,  
67, 81, 82, 84, 85, 87, 96, 102, 105, 131, 132,  
133, 142, 143, 144, 148, 154, 158, 159, 160,  
162, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 175,  
178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 188, 189,  
190, 191, 192, 193, 196, 197, 198, 199, 201,  
202

Pulmonar 24, 26, 27, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 45,  
49, 92, 99

## R

Reabilitação 26, 34, 36, 108, 110, 111, 124, 125,  
126, 131, 132, 133, 134, 135, 143, 151

Revisão 9, 12, 15, 24, 27, 28, 34, 35, 40, 45, 46, 48,  
49, 50, 59, 62, 63, 66, 67, 70, 71, 72, 82, 89,  
90, 108, 111, 112, 117, 119, 120, 124, 126,  
127, 135, 136, 140, 142, 148, 153, 154, 162,  
174, 175, 176, 182, 188, 190, 192

Risco 7, 12, 17, 24, 25, 26, 41, 45, 49, 55, 58, 64,  
80, 81, 83, 89, 96, 101, 105, 109, 130, 189,  
191

## S

Saúde 9, 12, 13, 14, 18, 20, 21, 36, 55, 56, 57, 59,  
61, 62, 67, 73, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89,  
93, 94, 96, 102, 103, 104, 105, 117, 125, 126,  
127, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 140, 141,  
142, 143, 144, 148, 149, 150, 151, 153, 154,  
155, 158, 159, 160, 166, 167, 168, 169, 170,  
171, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181,  
182, 183, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 196,  
197, 199, 201

Serviços 13, 82, 93, 96, 102, 149, 155, 158, 159,  
160, 168, 170, 172, 174, 175, 176, 177, 178,  
180, 181, 182, 183, 192, 197, 201

## T

Tratamento 9, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 24, 25, 26,  
33, 40, 41, 43, 44, 49, 50, 82, 93, 96, 97, 99,  
101, 102, 103, 104, 108, 110, 111, 115, 116,  
117, 124, 125, 126, 131, 132, 135, 143, 151,  
174, 189, 191

Tuberculose 92, 93, 100, 103

## V

Ventilação 24, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 43,  
44, 50, 101

Vida 5, 9, 15, 24, 26, 36, 41, 58, 63, 65, 74, 81, 88,  
94, 95, 99, 110, 111, 116, 117, 118, 119, 126,  
130, 131, 133, 134, 135, 141, 143, 150, 154,  
174, 175, 177, 181, 182, 184, 191, 192

# PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**VOLUME 7**





Rfb  
Editora

# PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

VOLUME 7



EDNILSON SERGIO RAMALHO DE SOUZA  
(EDITOR)