



A MULTIPROFISSIONALIDADE na SAÚDE PÚBLICA

Vol. 2

Fabio José Antonio da Silva
(Organizador)



AYA EDITORA
2022

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizador

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.º Me. José Henrique de Goes

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Me. Pedro Fauth Manhães Miranda

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes

Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros

Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda

Santos

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

Prof.º Dr. Valdoir Pedro Wathier

Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional, FNDE

© 2022 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas desta obra são integralmente de responsabilidade de seus autores.

M9617 A multiprofissionalidade na saúde pública [recurso eletrônico]. / Fabio José Antonio da Silva (organizador). -- Ponta Grossa: Aya, 2022. 371p.

v.2

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

ISBN: 978-65-5379-095-7

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112

1. Enfermagem obstétrica. 2. Suicídio. 3. Ciências médicas. 4. COVID-19 (Doença). 5. Enfermagem. 6. Hidroterapia. 7. Pediatria. 8. Política de saúde – Brasil. 9. Minorias sexuais - Saúde e higiene - Política governamental – Brasil. 10. Fisioterapeuta. I. Silva, Fabio José Antonio da. II. Título

CDD: 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de
Periódicos e Editora EIRELI

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação 18

01

A equipe de enfermagem no convívio com o paciente oncológico e sua família..... 19

Rafaella Santana Andrade
Edivania Santana
Thamirys de Oliveira Andrade
Kiara Dantas Tavares Menezes
Rayanne Stefanny Almeida Fontes
Edenilton Bispo da Conceição
Thiago Costa dos Santos
Sabrina de Almeida Santos
Milena dos Anjos Castro Lessa
Jayne Andrade Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.1

02

Atuação do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência 27

Cibelle Correia da Silva
Cleciane Sheila da Silva Oliveira
José Ailson Souza da Silva
Karla Suenya Pinto Tavares
Maria Eluziene Camilo Soares
Maria Rosângela da Silva
Januzilla Amaral

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.2

03

Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de mama em mulheres 42

Arismar Vitória dos Anjos Mendes
Daniel Lopes Louzeiro
Dielber Diniz da Silva
Elcilene Viegas Marinho

Kaciane Leal Silva
Patricia Silva Ferreira
Rosiane dos Anjos Cadete
Wenyo dos Inocentes Lopes

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.3

04

O papel da enfermagem durante o trabalho de parto humanizado..... 55

Rafaella Santana Andrade
Edivania Santana
Thamirys de Oliveira Andrade
Kiara Dantas Tavares Menezes
Rayanne Stefanny Almeida Fontes
Edenilton Bispo da Conceição
Thiago Costa dos Santos
Sabrina de Almeida Santos
Milena dos Anjos Castro Lessa
Jayne Andrade Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.4

05

Plano de atuação do profissional de enfermagem com atenção ao quadro psicológico como meio de enfrentamento ao câncer de colo de útero 64

Aylla Cecília Ribeiro de Melo
Simone Alves Barbosa
Suzerley Ribeiro de Melo
Tatiana Lima da Silva
Alexsandro da Silva Lima

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.5

06

Assistência de enfermagem no pré-natal: revisão bibliográfica 75

Helen Rocha Machado
Rafaela Liberali

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.6

07

Fatores que afetam a saúde mental do enfermeiro no centro cirúrgico 83

Cleciane de Sousa Nunes
Cleudilene Pereira Silva
Francilvana da Silva Costa de Azevedo
Jakeline Oliveira Araújo
Kaciane Leal Silva
Telma da Luz Gomes
Maria Rita Moraes Abreu

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.7

08

A assistência da enfermagem na coleta do exame preventivo Papanicolau 96

Ana Paula Marcos Miranda
Cleudilene Pereira Silva
Edineude de Jesus Aroucha
Jakeline Oliveira Araújo
Ranna Silva Abreu
Taliane de Jesus Mafra
Telma da Luz Gomes
Maria Rita Moraes Abreu

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.8

09

A importância do atendimento humanizado na atenção primária no Brasil: análise de artigos 109

Lucas Vinicius Gomes Silva
Eduarda Tassiana dos Santos Andrade
Lucas Emanoell da Costa Porto
Ramona Rossellini Pinheiro de Souza
Rayanni Rossinni Florinda Pinheiro de Souza
Thiago Fernandes de Queiroz

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.9

10

Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para a UBS Manoel Paulino dos Santos..... 116

José Freire da Silva Neto
Candyce Mabelle Paiva Rafael
Ariele França de Melo
Adauto Vinicius Moraes Calado
Andressa Rejane da Silva
Andressa Sonja Pereira de Castro
Lidia Regina Tavares Silva
Jéssica Katariny Oliveira da Silva
Thalita Sonaly da Costa Moraes
Roberta Assis Fonseca

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.10

11

Lesão por pressão em adultos: contribuição da enfermagem no processo de cicatrização da ferida em pacientes hospitalizados..... 124

Arismar Vitória dos Anjos Mendes
Daniel Louzeiro
Dielber Diniz da Silva
Elcilene Viegas Marinho
Kaciane Leal Silva

Patricia Silva Ferreira
Roslane dos Anjos Cadete
Wenyo dos Inocentes Lopes

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.11

12

Planejamento na enfermagem: a gerência dos cuidados no centro cirúrgico 135

Alex Silma da Silva Ferraz
Camila Ribeiro Vale
Dielber Diniz da Silva
Edineude de Jesus Torres Aroucha
Gerlane Cardoso Lopes
Girlane Cardoso Lopes
Patrícia Silva Ferreira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.12

13

Acolhimento puerperal na atribuição às primíparas..... 142

Alex Silma da Silva Ferraz
Camila Ribeiro Vale
Edineude de Jesus Torres Aroucha
Dielber Diniz da Silva
Gerlane Cardoso Lopes
Girlane Cardoso Lopes
Patrícia Silva Ferreira
Gisélmo Pinheiro Lopes

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.12

14

A importância do treinamento funcional para a manutenção das capacidades físicas motoras em idosos..... 150

Helenilzo Barreto da Silva Filho
José Vitor Alves de Lima

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.14

15

Impactos físicos e psicossociais do coronavírus em trabalhadores da saúde da linha de frente durante a pandemia 160

Nelcivan de Maria Neto Coelho

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.15

16

Suicídio no contexto da pandemia: impacto na saúde mental e comportamental dos indivíduos 165

Marcelo Gonçalves da Silva

Ubirajara Medeiros Costa

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.16

17

A eficácia da terapia física complexa em pacientes mastectomizados: uma revisão da literatura 170

Adrieli Mileni da Conceição

Gabriela Schneider

Larissa Cristina Heis

Vitor Augusto Fronza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.17

18

Cuidados técnicos na vacinação contra Covid-19 em idosos.. 182

Wanderson Yure de Lima Silva

Lucas Vinicius Gomes Silva

José Deyvisson Dantas de Oliveira

Ramona Rossellini Pinheiro de Souza

Rayanni Rossinni Florinda Pinheiro de Souza

Eduarda Tassiana dos Santos Andrade

Lucas Emannoell da Costa Porto

Vanessa Maria Gomes Ferreira
Julia Eduarda Gadelha de Sousa
DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.18

19

Cânula nasal de alto fluxo – CNAF: uma proposta de aplicação nos tratamentos de insuficiência respiratória aguda hipoxêmica 187

Fernando Antonio Fernandes Freitas
DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.19

20

Importância laboral da vitamina D 199

Ian Cavalcante Carvalho
Francisca das Chagas Sousa da Silva
Maria do Socorro Alves Silva
Maria Giseuda de Sousa Torres
Cristiana Santiago de Oliveira
DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.20

21

A utilização da hidroterapia na mobilidade funcional em indivíduos com distrofia muscular de Duchenne 207

Alicea Ferreira de Brito
Yuri Sena Melo
Mayara Kettlem Santiago da Silva
Francisco Mariano Ramos Santana
Marielly Caroline Ferreira de Lima
Fabricio Clara Delfino
Kaylane Maria Pereira Lozi
Raliane Emanuele Bonfim de Sousa
Tainara Garcêz dos Santos
José de Sousa Ferreira
DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.21

22

Eletrotermofototerapia e terapia manual no tratamento da epicondilite lateral: revisão de literatura..... 217

Alicea Ferreira de Brito
Clara Costa Silva
Joab Aguiar do Nascimento
Suellen Oliveira da Silva Miranda
Lucas Raphael Bento e Silva
Iago Vicente Silva da Silva
Raynara Donata dos Santos
Stefhany Souza da Anunciação
Tayane Alexsandra de Almeida Antas Lima
Rose Cristiane Rocha da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.22

23

Principais recursos da eletrotermofototerapia e seus efeitos na reabilitação de lesões do manguito rotador 225

Alicea Ferreira de Brito
Yuri Sena Melo
Maycom Carvalho da Silva
Suellen Oliveira da Silva Miranda
Manoel Samuel da Cruz Neto
Inara Maria Nogueira Gomes
Matheus Amorim Rosa e Silva
Iellys Mariane Dias Barbosa
Miguel Henrique Ribeiro
Leonardo Carlos Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.23

24

Realidade virtual como recurso na fisioterapia neurofuncional: artigo de atualização 236

Suellen Oliveira da Silva Miranda
Joab Aguiar do Nascimento
Felipe Matheus Souza de Oliveira

Maycom Carvalho da Silva
Wildson Souza de Medeiros
Dalyla Lima dos Santos
Kaylane Maria Pereira Lozi
Ana Gabriele Barbosa de Lima
Luldiani Ramos da Silva
Carolina Santos Freire

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.24

25

Apropriação do mindfulness pela terapia cognitiva comportamental 249

Lucigleyson Ribeiro do Nascimento

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.25

26

A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT): avanços e desafios na gestão contemporânea do SUS..... 269

Michelle Carneiro Fonseca
Mariana Furtado Barros de Souza
Alessandra Gurgel Camara
Daniella Santos Guedes Alcoforado
Maria de Lourdes Pontes Neta
Luan Nogueira Bezerra de Medeiros
Priscilla Pereira de Menezes
Carmem Cristina Torquato Nunes
Katuscia Kelly Medeiros de Araujo
Liva Gurgel Guerra Fernandes

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.26

27

Políticas de saúde para população privada de liberdade no Brasil: avanços e perspectivas 289

Eriza de Oliveira Parente
Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior

Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr
Bernard Carl Kendall
Danielle Neiva Santos de Aquino Araújo
Ana Paula Mendonça Lima Fernandes
Herismércia Helena Fidelis Uchoa
Cynthia de Oliveira Vaz
Agueda Menezes da Silva
Fernanda Costa de Mesquita Souza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.27

28

Realidade virtual no contexto da reabilitação motora de pacientes com acidente vascular cerebral: principais evidências 303

Yuri Sena Melo
Larissa de Deus Rodrigues
Larissa Loiola Gomes
Valtilene Teixeira Baldez
Flávia Lindoso de Souza
Ana Caroline Lima da Silva
Ilana Gabriela Pires Galvão da Conceição
Anne Karoline Monteles Matos
Larissa de Jesus Rabelo
Juliana de Souza Pereira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.28

29

Avaliação da capacidade funcional em unidade de terapia intensiva através do instrumento de Escala de Medida de Independência Funcional – MIF 314

Manoel Samuel da Cruz Neto
Alicia Ferreira de Brito
Thalita dos Santos Rocha
Dalyla Lima dos Santos
Suellen Oliveira da Silva Miranda
Francisca Gleicivania Vieira Damasceno
Camila Katheleen de Oliveira
Antonio Leandro Barreto Pereira

Maria Karolaine Bráz Alcântara
Francisca Analú Lima Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.29

30

Os efeitos da fisioterapia aquática no equilíbrio de indivíduos com doença de Parkinson..... 322

Yuri Sena Melo
Alicea Ferreira de Brito
Luldiani Ramos da Silva
Dalyla Lima dos Santos
Igor Caio Rodrigues Coutinho
Maycom Carvalho da Silva
Gabriela de Lima Teixeira
Isabela Carolina Leal Arruda
Gabrielly Galvão Chaves
Gizilane dos Santos Pinheiro de Andrade

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.30

31

**A atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar: principais recursos na reabilitação motora e respiratória ..
..... 331**

Alicea Ferreira de Brito
Gabrielly de Moraes Machado Brito
Camila Katheleen de Oliveira
Francisca Gleicivania Vieira Damasceno
Luldiani Ramos da Silva
Raynara Donata dos Santos
Rafaela Fernandes da Mota
Antonio Leandro Barreto Pereira
Dalyla Lima dos Santos
Iellys Mariane Dias Barbosa

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.31

32

Conduta de enfermagem no pré-natal para diagnosticar a Sífilis em gestantes 339

Ana Paula Marcos Miranda
Cleciane de Sousa Nunes
Edineude de Jesus Aroucha
Kaciane Leal Silva
Ranna Silva Abreu
Taliane de Jesus Mafra
Francilvana da Silva Costa de Azevedo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.32

33

Atuação multiprofissional na pandemia de Covid-19: descrição da experiência de um grupo de exercícios físicos com pessoas idosas via plataforma digital 347

Isabela da Silva Lebrão
Daniela Wosiack da Silva
Anne Cristine Becchi
Ligia Maria Facci

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.33

34

Combatendo o medo às primeiras consultas pediátricas: uma abordagem multidisciplinar 359

Aryane Costa Câmara de Souza
Pedro de Albuquerque Mafaldo
Gustavo Queiroz de Barros
Ananda Fernandes Cavalcante
Natália Queiroz de Barros
Leonardo Lucas Pires
Lucas Veras Rodrigues
Luiz Eduardo Lucas Pires
Andreza Pianco Holanda

Richaelya Barros Soares

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.34

Organizador..... 362

Índice Remissivo..... 363

Apresentação

Apresentar um livro é sempre uma responsabilidade e muito desafiador, principalmente por nele conter tanto de cada autor, de cada pesquisa, suas aspirações, suas expectativas, seus achados e o mais importante de tudo a disseminação do conhecimento produzido cientificamente.

Nesta coletânea de **A multiprofissionalidade na saúde pública**, volume 2, abrange diversas áreas da saúde, refletindo a percepção de vários autores.

Portanto, a organização deste livro é resultado dos estudos desenvolvidos por diversos pesquisadores e que tem como finalidade ampliar o conhecimento aplicado à área de saúde evidenciando o quão presente ela se encontra em diversos contextos organizacionais e profissionais, em busca da disseminação do conhecimento e do aprimoramento das competências profissionais e acadêmicas.

Este volume traz trinta e quatro (34) capítulos com as mais diversas temáticas e discussões, as quais mostram cada vez mais a necessidade de pesquisas voltadas para área da saúde. Os estudos abordam discussões como: atuação das equipes de enfermagem no convívio com o paciente oncológico; classificação de risco na urgência e emergência; prevenção do câncer de mama; parto humanizado; câncer de colo de útero; pré-natal; saúde mental do enfermeiro; coleta do exame preventivo Papanicolau; atendimento humanizado; unidade básica de saúde; lesão por pressão; cuidados no centro cirúrgico; acolhimento puerperal; treinamento funcional para a manutenção das capacidades físicas motoras; impactos físicos e psicossociais do coronavírus em trabalhadores da saúde; suicídio; terapia física complexa; vacinação contra Covid-19; CNAF; importância laboral da vitamina D; hidroterapia; eletrotermofototerapia; fisioterapia neurofuncional; terapia cognitiva comportamental; política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); políticas de saúde para população privada de liberdade; acidente vascular cerebral; UTI; fisioterapia aquática; Parkinson; reabilitação motora e respiratória; Sífilis em gestantes; atuação multiprofissional na pandemia de Covid-19 e por fim, um estudo sobre o combate do medo às primeiras consultas pediátricas.

Por esta breve apresentação percebe-se o quão diverso, profícuo e interessante são os artigos trazidos para este volume, aproveito o ensejo para parabenizar os autores aos quais se dispuseram a compartilhar todo conhecimento científico produzido.

Espero que de uma maneira ou de outra os leitores que tiverem a possibilidade de ler este volume, tenham a mesma satisfação que senti ao ler cada capítulo.

Boa leitura!

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Editor Chefe

A equipe de enfermagem no convívio com o paciente oncológico e sua família

Rafaella Santana Andrade

Edivania Santana

Thamirys de Oliveira Andrade

Kiara Dantas Tavares Menezes

Rayanne Stefanny Almeida Fontes

Edenilton Bispo da Conceição

Thiago Costa dos Santos

Sabrina de Almeida Santos

Milena dos Anjos Castro Lessa

Jayne Andrade Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.1

RESUMO

A incorporação do profissional de enfermagem na assistência ao paciente oncológico precisa conhecimentos, competências e responsabilidades. Dessa forma, as metas devem ser nítidas e orientadas ao paciente, sua família e sociedade, apreciando as características físicas, emocionais, social e espiritual. Com o objetivo de observar e caracterizar o interesse da família no tratamento do paciente com câncer e mencionar os benefícios da equipe de saúde junto à família do utente. Relacionar a concepção de familiares acerca da execução do enfermeiro na assistência a pacientes. Entender a parceria entre o enfermeiro e a família do utente oncológico. A pesquisa retrata-se como um estudo de abordagem qualitativo, descritivo e exploratório. Obteve-se o resultado alcançado que conseguinte o enfermeiro e a família também estão unidos propriamente com a assistência humanizada a esse paciente. É um período que deve ser tratado com extrema atenção e brandura, pois a humanização colabora para o alívio e respeito do ser humano. Certificou-se que o convívio entre o profissional de enfermagem e família refleti de forma afirmativa na terapia do paciente com câncer em cuidados paliativos. O resultado desta relação repercute na segurança e na confiança do paciente com relacionamento ao seu tratamento.

Palavras-chave: convívio. família. humanização. profissional de enfermagem.

ABSTRACT

The incorporation of the nursing professional in cancer patient care needs knowledge, skills and responsibilities. Thus, the goals must be clear and oriented to the patient, his family and society, appreciating the physical, emotional, social and spiritual characteristics. With the objective of observing and characterizing the family's interest in the treatment of the cancer patient and mentioning the benefits of the health team with the user's family. To relate the conception of family members about the performance of nurses in patient care. To understand the partnership between the nurse and the cancer patient's family. The research portrays itself as a qualitative, descriptive and exploratory study. The result achieved was that, consequently, the nurse and the family are also properly united with the humanized care for this patient. It is a period that must be treated with extreme care and gentleness, as humanization contributes to the relief and respect of human beings. It was verified that the interaction between the nursing professional and the family reflects positively on the therapy of the cancer patient in palliative care. The result of this relationship has repercussions on the patient's safety and confidence in relation to their treatment.

Keywords: conviviality. family. humanization. nursing professional.

INTRODUÇÃO

A incorporação do profissional de enfermagem na assistência ao paciente oncológico precisa conhecimentos, competências e responsabilidades. Dessa forma, as metas devem ser nítidas e orientadas ao paciente, sua família e sociedade, apreciando as características físicas, emocionais, social e espiritual. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro constatar suas próprias compreensões sobre ao câncer e deliberar estratégias de enfrentamento, pretendendo uma assistência apropriada e eficiente que proporcione diminuir o sofrimento de todos os incluídos no processo de cuidar.

A realização desse artigo se justifica a buscar melhorias ao utente oncológico, referindo-

-se sua liberdade e sua habilitação de tomar decisões. A obtenção desses preceitos é de extrema importância, e considero que o enfermeiro poderá ser habilitado de atingir através de sua aptidão de manter-se atualizado sobre o tema, objetivando relevância e particularidade de vida para o indivíduo.

Diante destas reflexões, este estudo busca responder o seguinte questionamento: como é para o profissional de enfermagem, que exerce em uma unidade oncológica, atender utentes com câncer em união com a família? Com o objetivo de observar e caracterizar o interesse da família no tratamento do paciente com câncer e mencionar os benefícios da equipe de saúde junto à família do utente. Relacionar a concepção de familiares acerca da execução do enfermeiro na assistência a pacientes. Entender a parceria entre o enfermeiro e a família do utente oncológico.

A pesquisa retrata-se como um estudo de abordagem qualitativo, descritivo e exploratório. A coleta de dados foi praticada na Biblioteca virtual da Saúde (BVS), na base de dados eletrônica LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). As verificações dos dados foram fundamentados em três classes: Enfermagem ao apoio familiar do paciente oncológico; Cotidiano do profissional de enfermagem ao paciente oncológico; Relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e a família do paciente oncológico.

ENFERMAGEM E FAMÍLIA NO CONVÍVIO COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Uma das principais doenças que acometem os pacientes em estados terminais é o câncer, que segundo a Organização Mundial de Saúde indica que a cada ano morrem cerca de 8,8 milhões de pessoas com algum tipo de câncer, onde a dor é um dos sintomas mais frequentes (OMS, 2018). Consequente o enfermeiro e a família também estão unidos propriamente com a assistência humanizada a esse paciente. É um período que deve ser tratado com extrema atenção e brandura, pois a humanização colabora para o alívio e respeito do ser humano.

Enfermagem ao apoio familiar do paciente oncológico

A seção de oncologia possibilita a ligação do enfermeiro, paciente e familiares, que constituem conexões devido à situações emocionais que acontecem neste campo. A intimidade com os utentes, a relação com o paciente e sua família por longos períodos levam à diminuição de relações entre pessoas.

Os profissionais de enfermagem que atuam com paciente oncológico devem ter excelente conhecimento técnico científico e ser capacitados para lidar com a perda, a dor e o sofrimento (KOLHS *et al.*, 2016; CAMARGOS; MATOS; PENA, 2014). Segundo Kolhs *et al.*, 2016, afirma que:

Os profissionais de enfermagem estabelecem um relacionamento com a equipe, pacientes e familiares, que são influenciados por fatores que englobam o perfil da clientela oncológica e o processo de finitude, sendo assim, o profissional de enfermagem deve estar apto para esclarecer as dúvidas do paciente e de sua família estando assim a sua disposição (KOLHS *et al.*, 2016).

O interesse do desempenho interdisciplinares podem colaborar para aperfeiçoar a peculiaridade de vida do utente oncológico e de sua família, e aprimora em vínculo ao sentimento de

aflição dos pacientes e de familiares, o profissional de enfermagem pode permitir ações educacionais, capacitação de adaptações e orientação terapêutica, envolvendo estímulo ao trabalho em grupo e apoio recíproco, proporcionar o diálogo aberto, incentivar ao autocuidado do familiar e concede informações.

Segundo Vicenzi *et al*, 2013, em um estudo foi encontrado a relação da família que vivencia o câncer depara-se com uma experiência, onde há a necessidade de compreender e reconhecer a capacidade de enfrentamento no processo de adoecer. Esta interação com a doença possibilita que os profissionais de enfermagem possam realizar orientações, as quais poderão proporcionar um cuidado com qualidade, promovendo o bem-estar físico e psíquico do paciente oncológico e de seus familiares.

Outro estudo ressalta que a assistência ao paciente oncológico pressupõe a necessidade do trabalho multidisciplinar, devido tais pacientes serem uma clientela com demanda de necessidades de cuidados especializados, que exige conhecimentos e habilidades técnico-científicos em oncologia, bem como condição psicológica para lidar com estas situações de cuidado, devido ao desgaste físico provocado pela sobrecarga de trabalho e as difíceis condições de trabalho podem gerar desgaste emocional. A qualidade da assistência prestada aos pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem requer um planejamento de educação permanente (CAMARGOS; MATOS; PENA, 2014).

O profissional de enfermagem quando líder de um grupo pode tentar reduzir esses problemas por intermédio da abertura de um local para debater as aflições e medos, ampliando de acompanhamento psicológico qualificado, melhorando a maneira de estar bem no convívio entre paciente e família.

O enfermeiro que desempenha o trabalho com utente portador do câncer por vezes passa a dar um sentido ao seu trabalho, com um olhar, muitas vezes, céticos, que pode se ampliar ao longo do tempo. Como Kolhs *et al*, 2016, relata isso pode levar ao desgaste, à despersonalização, à exaustão emocional e à insatisfação profissional, inclusive a possibilidade da morte do paciente pode causar estresse e sentimento de impotência nos profissionais da saúde, podendo ser explicado pelo fato de a sociedade ter uma expectativa de responsabilização dos profissionais de manutenção da vida e, quando essa “missão” não pode ser alcançada, surge ansiedade, angústia e frustração, porque apesar de realizar suas tarefas da melhor maneira possível, os profissionais da enfermagem têm dificuldades para apoiar e confortar o paciente e a família.

Um estudo nos traz como possibilidade de enfrentar o sofrimento psíquico e evitar doenças ocupacionais é imprescindível que haja reconhecimento profissional, com promoção de um espaço institucional para discussão entre os vários profissionais envolvidos, o que pode favorecer o conhecimento de todos sobre o trabalho desenvolvido e avaliação de alcance de resultados. Incentivo e inserção de atividades físicas e de lazer no cotidiano dos profissionais, uma política de educação permanente, suporte psicológico sistematizado aos profissionais para o enfrentamento das dificuldades no seu cotidiano, desta forma ocorre a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes oncológicos e da qualidade das relações dos profissionais de enfermagem com os pacientes e família, a humanização do cuidado depende de uma política de humanização institucional (CAMARGOS; MATOS; PENA, 2014).

A socialização na assistência compreende atitudes como o sinal, o olhar, o diálogo, ou seja, conservar uma visão abrangente ordenada em convicções éticas e morais. Percebeu-se que é fundamental o aperfeiçoamento científico e a vivências da prática cotidiana para alcançar melhores atitudes e melhores resultados.

Cotidiano do profissional de enfermagem ao paciente oncológico

Concerne ao profissional de enfermagem oncológica, além das responsabilidades de caráter técnico e assistencial, atividades de cunho educativo, referente à prevenção, detecção precoce, assistências e reabilitação, compreendendo equipe, utentes e família. Essas atitudes, uma vez atingidas, colaboram no desenvolvimento da qualidade de vida ou supervivência dos pacientes oncológicos.

O desempenho do profissional de enfermagem na restauração e tratamento do utente com câncer é extensa e diversificada os seus intermédios. O planeamento é efetuado observando as particularidades vivenciadas de cada paciente. O método de restauração tem como foco o paciente e a família, solicitando que a assistência seja oferecida de forma abrangente.

A equipe de enfermagem conhece o paciente oncológico em circunstância de vulnerabilidade e incerteza, devendo estar disposta para cuidar, tendo por suporte o entendimento técnico-científico, estabilidade emocional e aptidão nas relações entre pessoas. O enfermeiro ao discernir e perceber as ações e reações dos utentes beneficia o consentimento e diminui a degradação de ambos os intermediários envolvidos no cuidado.

Cuidado é entendido como ir ao encontro, dar sentido às existências, buscar transpor a realidade do sofrimento e da dor, mediante formas criativas e efetivas e vislumbrando novos horizontes de cuidado. Desta maneira, o cuidar na enfermagem se traduz em uma dinâmica de troca e interação, alicerçada na confiança, respeito, ética e na experiência compartilhada de vida (CELICH, 2004).

No procedimento de cuidado participativo/intersubjetivo o enfermeiro relaciona-se com o outro, na percepção de continuar perto e de cooperação recíproca. Dessarte, a assistência supera a obstáculo do conhecimento científico, do comum ato figurado ou processo técnico. Isto pode ser averiguado no surgimento do que encontra-se de mais indivíduo noutra que é cuidado e noutra que cuida.

Os pacientes oncológicos carecem de afeto e o contato assíduo com a equipe de enfermagem propicia compartilhamento de sentimentos e emoções, podendo resultar em empatia. Essa proximidade é observada, geralmente, com pacientes em tratamento por longo período, mas atitudes dos profissionais que envolvem carinho, respeito e receptividade ocorrem independentes do tempo de tratamento. A equipe de enfermagem ao se envolver emocionalmente com o paciente, estabelece uma relação autêntica, vital na terapêutica, atendendo suas necessidades (LUNNARDI, ET AL, 2001).

O envolvimento favorece a empatia e essa se torna essencial quando se propõe a ajudar alguém. A palavra empatia é de origem grega—empathia, significa tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e circunstância experimentadas, vivenciadas por outra pessoa. É uma habilidade que pode ser desenvolvida de forma verbal e não-verbal (GOLEMAN, 1995). No altruísmo é essencial o respeito recíproco, a assistência particularizada, apreciação das crenças, cultura e princípios de cada ser humano.

A atuação do profissional de enfermagem, pertinente aos pacientes e familiares, vai ao compromisso do que confirmam em seus relatos, expressando-se amável, acolhedora, flexível e com entendimento técnico-científico. Contudo, o enfermeiro também se encontra em seu dia a dia, com muitas circunstâncias de sofrimento, o que a faz sofrer também.

Segundo Chaves, (2018) o cuidado de enfermagem é efetivo, eficaz e satisfatório no momento em que alivia a dor, conforta o paciente e família, enfim quando ajuda o ser cuidado. No cotidiano do trabalho de enfermagem com pacientes oncológicos há fatores gratificantes como ver o paciente recuperado, ter contato com ele, ajudá-lo a conhecer a doença e orientá-lo.

Nesta perspectiva, identifica-se que observar o paciente em etapa final de tratamento e com expectativa de cura é proveitoso. O enfermeiro se julga realizado profissionalmente em ter a capacidade de ajudar o utente a dominar uma etapa apontada difícil e complexa, até a restauração de sua saúde.

Relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e a família do paciente oncológico

Constata-se como utente oncológico em tratamento, aquele utente cujo o câncer está em uma fase avançada, se tornando ele um utente fora de probabilidades de cura. Nesse contexto, as terapêuticas tradicionais não são mais habilitados de amparar e/ou dominar no tratamento desse paciente.

Nesta ocasião, entra em cena o cuidado paliativa, que tem como objetivo oferecer para esse paciente e sua família maior alívio e qualidade de vida para viverem até sua morte. Então, reincidi sobre o enfermeiro as obrigações de assistir esse paciente e sua família a passar esse processo. O profissional de enfermagem irá expor que seu cuidado não se limita apenas a realização de técnicas, mas que incorpora a assistência do indivíduo como geral: físico, mental e espiritual.

Os resultados deste estudo mostraram que a interação e a comunicação entre equipe de enfermagem e familiar causa maior segurança, nos familiares e pacientes, ocasionando um melhor acompanhamento e uma melhora do tratamento. A efetividade da comunicação se sustenta na empatia que se estabelece entre os sujeitos na relação do cuidado, como também, no respeito ao outro, ao seu saber e à sua condição de participante no processo da comunicação (FERREIRA, 2013)

É significativo que o enfermeiro se empenhe para expandir o convívio com familiares e pacientes, e não tão somente relacionar quando solicitados. Devem explorar grandes instruções sobre o que é um utente em cuidado paliativo, como dialogar com esse paciente e sua família. Isso expressaria assegurar a esses pacientes e seus familiares, uma excelente qualidade de vida, mesmo que o último dia seja uma situação comprovada.

Enquanto existir vida, existirá a necessidade do cuidado de enfermagem. Neste contexto a atuação e a interação da equipe de enfermagem é primordial para oferecer o máximo de conforto ao paciente sob cuidado paliativo, ajudando a vivenciar o processo de morrer com dignidade e qualidade de vida, para que este paciente e sua família utilize da melhor forma possível o tempo restante. (ARAÚJO E SILVA, 2007).

Evidencia o quão é importante para que aconteça o convívio e suas recorrências, a comunicação. Consta que sem ela tudo se complica, realizando com que o tratamento fique mais estendido e sofrido. A assistência humanizado privilegiando ação como a competência e a empatia na interlocução verbal e não verbal.

Como Barcelos (2013) relata, o saber ouvir é essencial, saber o que e quando falar, compartilhar ideias e decisões, pois a família pode fornecer a equipe de enfermagem informações essenciais para a melhora no tratamento, todas essas atitudes são integrantes fundamentais para o estabelecimento horizontal do cuidado. Assim, o cuidado não pressupõe a individualidade e a verticalização, mas uma comunicação de pessoa a pessoa, onde a equipe de enfermagem atua com a família e o paciente em cuidados paliativos e não sobre eles.

Ainda que o profissional de enfermagem que labuta com pacientes com câncer em tratamento paliativo, ou seja, pacientes sem perspectivas de cura, pondere a comunicação com o utente e sua família um mecanismo terapêutico importante e verdadeiro, encontram adversidades em deliberar uma comunicação eficiente, encontrando-se mal instruído neste ponto de vista.

Profissionais mostram desconhecer técnicas de comunicação terapêutica, evitando o contato verbal com os pacientes e seus familiares que vivenciam o processo de morrer, afastando-se dos mesmos, por não saberem lidar com os sentimentos que a situação de morte iminente lhes desperta. (ARAÚJO E SILVA, 2007)

A comunicação à qual os pacientes e familiares se referem difere da comunicação identificada por boa parte da literatura sobre cuidados paliativos, como sinônimo de informação. Pacientes e familiares identificaram que não se trata apenas de se transmitir informação, mas sim como essas mensagens são transmitidas, expressando com palavras, postura e atitudes a comunicação verbal e a não verbal, que iram repercutir de forma benéfica na interação, no cuidado e na atenção. (ARAÚJO E SILVA, 2007) Os cuidados paliativos priorizam o cuidado ao invés da cura e se processam por meio de uma assistência humanizada, pautada no respeito, na ética e na verdade na relação entre profissional e doente. (CARVALHO *et al.*, 2013)

Destarte, a junção equipe de enfermagem e a família do paciente com câncer que se depara em cuidados paliativos, tropeça na dificuldade de capacidade por parte dos profissionais, que solicita das equipes de enfermagem uma transformação de foco e ação: do realizar para o ouvir, observar, perceber, identificar dificuldades para, só então, organizar ações. Dessa maneira o ouvir não é apenas escutar, mas continuar em silêncio, utilizar afeição e sorriso que representem aceitação e incentivem a expressão de sentimentos. Compreender estabelece não apenas olhar, mas observar e identificar os distintos espaços do próximo, através de suas vivências, condutas, emoções e espiritualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certificou-se que o convívio entre o profissional de enfermagem e família refleti de forma afirmativa na terapia do paciente com câncer em cuidados paliativos. O resultado desta relação repercute na segurança e na confiança do paciente com relacionamento ao seu tratamento.

A intercomunicação verdadeira e de boa qualidade do enfermeiro atua na melhor interação entre os familiares de utentes oncológicos em tratamento paliativo que, em conclusão, melhora a característica do tratamento, pois os dois descobrem em um espaço onde se sentem inteiramente debilitados e inseguros.

Conclui-se ser importante para a equipe de enfermagem que exerce em setores oncológicas, a elaboração de local que proporcione civilizar circunstâncias vivenciadas no cotidiano, tendo em vista a bagagem psicológica implícita, a qual demanda ser melhor atingida, comparti-

lhada e elaborada. Este local favorece para a disseminação das emoções e sentimentos, conserva a saúde dos cuidadores e melhora a particularidade da assistência aos utentes. Recordando que cada instante vivido na ação de cuidar em oncologia é peculiar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 Dec [cited 2013 Dec 18];41(4):668-74.

BARCELOS LMS, Alvim NAT. Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. Rev Bras Enferm [Internet] 2003 May/June [cited 2013 Dec 18]; 56(3):236-41

CAMARGOS, B. F.; MATOS, L. R. P.; PENA, H. P. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. v. 4, n. 3, p. 1374-81, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/592/773>. Acessado dia 05/07/2022.

CARVALHO GDA, Acioly CMC, Santos SR, Lima OBA, Alves AMPM, Valdevino SC. Dificuldades de enfermeiros assistenciais frente à espiritualidade em cuidados paliativos. J Nurs UFPE on line [Internet] 2013 Dec [cited 2013 Dec 18];7(12):6814-20.

CELICH KLS. Dimensões do processo de cuidar: a visão das enfermeiras. Rio de Janeiro: EPUB; 2004.

CHAVES E. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia USP; 1994.

FERREIRA MAA. Comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet] 2006 May-June [cited 2013 Dec 18];59(3):327-30.

GOLEMAN D. Inteligência emocional. Rio de Janeiro: Objetiva; 1995.

KOLHS, M.; MACHRI, E.; FERRI, G.; BRUSTOLIN, A.; BOCCA, A. Sentimentos de enfermeiros frente ao paciente oncológico. J Health Sci Inst. v. 18, n. 4, p. 245-50, 2016.

LUNARDI Filho WD, Sulzbach RC, Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. Texto Contexto Enferm. 2001; 10(3): 60-81.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

VICENZI, A.; SCHWARTZ, E.; CECAGO, D.; VIEGAS, A. C.; SANTOS, B. P.; LIMA, J. F. Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. Revista de Enfermagem da UFSM. v. 3, n. 3, p. 409-17, 2013.

Atuação do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência

Nurse's performance in the risk classification in urgency and emergency

Cibelle Correia da Silva

Graduandos em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Cleciane Sheila da Silva Oliveira

Graduandos em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

José Ailson Souza da Silva

Graduandos em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Karla Suenya Pinto Tavares

Graduandos em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Maria Eluziene Camilo Soares

Graduandos em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Maria Rosângela da Silva

Graduandos em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Januzilla Amaral

Docente Especialista da Universidade Paulista – UNIP.

RESUMO

A classificação de risco está fundamentada em conceitos estabelecidos pelo Protocolo de Manchester, que prevê padrões para o atendimento nas urgências e emergências de modo a priorizar o atendimento, tendo como profissional de escolha o enfermeiro. O artigo tem a finalidade de descrever a atuação do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência. Assim, o enfermeiro pode ser considerado o profissional de saúde que mais domina os métodos como: planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria, empregados no processo de gerenciamento. O desenvolvimento destas e outras competências gerenciais por parte dos enfermeiros dos serviços de urgência facilitam seu envolvimento com a organização dos processos de trabalho relacionados e a viabilização da classificação de risco. O trabalho tem como objetivo geral destacar o papel do enfermeiro na classificação de risco no ambiente hospitalar com ênfase na urgência e emergência. E os específicos são conceituar classificação de risco; urgência e emergência; descrever a classificação de risco na urgência e emergência, segundo o protocolo de Manchester; explicar a função do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência. Por isso, é fundamental a atuação do enfermeiro no acolhimento, pois perpassa dos conhecimentos técnicos científicos à capacidade de liderança, ao mesmo tempo em que desenvolve o senso crítico para avaliar, ordenar e cuidar. Nos serviços hospitalares de atenção à urgência e emergência. A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica que se tratou de um estudo literário a respeito do que vem sendo construído academicamente sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: “Protocolo de Manchester; enfermeiro; urgência e emergência”. A busca foi realizada em artigos, livros e trabalhos nas bases de dados disponíveis na LILACS (Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), e sites. Com isso, conclui-se que é indispensável que os profissionais de enfermagem são habilitados a serem líderes, o que os levam a ter uma visão abrangente do setor incluindo recursos humanos, área física e fluxo de pacientes.

Palavras-chave: enfermeiro. protocolo de Manchester. urgência e emergência.

ABSTRACT

The risk classification is based on concepts established by the Manchester Protocol, which provides standards for urgent and emergency care in order to prioritize care, with the nurse as the professional of choice. The article aims to describe the role of nurses in risk classification in urgency and emergency. Thus, the nurse can be considered the health professional who most dominates the methods such as: planning, decision-making, supervision and auditing, used in the management process. The development of these and other managerial skills by nurses in emergency services facilitate their involvement with the organization of related work processes and the feasibility of risk classification. The general objective of the work is to highlight the role of nurses in risk classification in the hospital environment with an emphasis on urgency and emergency. And the specifics are to conceptualize risk classification; urgency and emergency; describe the risk classification in urgency and emergency, according to the Manchester protocol; explain the role of nurses in risk classification in urgency and emergency. Therefore, the nurse's role in welcoming is fundamental, as it goes from scientific technical knowledge to leadership capacity, at the same time as it develops a critical sense to evaluate, order and care. In hospital services for urgent and emergency care. The methodology used was the bibliographic research, which was a literary study about what has been academically constructed about the role of nurses in risk classification in urgency and emergency. The following keywords were used: “Manchester Protocol; nurse; urgency and emergency”. The search was carried out in articles, books and works in the databases available on LILACS (Latin American Caribbean Literature on Health Sciences) and SCIELO

(Scientific Electronic Library Online), and websites. With this, it is concluded that it is essential that nursing professionals are qualified to be leaders, which leads them to have a comprehensive view of the sector, including human resources, physical area and patient flow.

Keywords: nurses. Manchester protocol. emergency care.

INTRODUÇÃO

O estudo tem como finalidade contribuir com informações sobre a importância da atuação do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência, com isso, vale ressaltar que os autores Ohara; Melo; Laus (2010), dizem que os profissionais de enfermagem devem considerar que o uso do sistema de classificação de pacientes deve ser inserido como método de gestão para melhor priorizar e reorganizar o fluxo dos pacientes.

Assim, é possível concordar que os serviços de urgência e emergência causam um grande impacto na organização do atendimento nesse sistema de saúde, devido à superlotação das emergências, problema de difícil gerenciamento, como as longas filas de espera e aumentando o risco de mortalidade. Quando se busca um atendimento em uma emergência faz-se necessário: agilidade e rapidez, visto que ainda não se conhece a patologia que está comprometendo o paciente (O'DWYER, 2010).

Diante do contexto é possível afirmar que os serviços de saúde, especialmente os serviços de urgência e emergência do país, funcionam como porta de entrada para pessoas que buscam atendimento para diferentes tipos de problemas de saúde, por isso aumenta os riscos dentro dos hospitais. E com a crescente demanda neste setor e o fluxo desordenado do setor ocasionam sobrecarga de serviço e prejuízos na qualidade da assistência prestada.

Por isso, a atuação do enfermeiro envolve especificidades e articulações indispensáveis a gerencia do cuidado a pacientes com necessidades complexas, que requerem aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização extensivo aos familiares pelo impacto inesperado de uma situação que coloca em risco a vida de um ente querido (COUTINHO *et al.*, 2012).

Nesse contexto, o enfermeiro pode ser considerado o profissional de saúde que mais domina métodos como planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria, empregados no processo de gerenciamento. O desenvolvimento destas e outras competências gerenciais por parte dos enfermeiros dos serviços de urgência facilitam seu envolvimento com a organização dos processos de trabalho relacionados e a viabilização da classificação de risco.

A temática surgiu em virtude da prática e do atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde com base na função e técnica utilizada pelos profissionais de enfermagem, pois se sabe que é responsabilidade do enfermeiro aplicar o protocolo de acolhimento por classificação de risco e em seguida classificar o paciente conforme sua necessidade.

O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente (JUNIOR *et al.*, 2015).

A principal finalidade do serviço de Classificação de Risco é escolher quais clientes devem ter prioridade no atendimento, ou seja, fazer com que os clientes mais graves sejam atendidos primeiro. Não tem a finalidade de rejeitar ou excluir o usuário, mas, sim, organizar o fluxo de cliente no sistema de saúde e selecionar os meios adequados para o diagnóstico e tratamento do problema de saúde apresentado (SERVIN *et al.*, 2009).

O estudo tem como objetivo destacar o papel do enfermeiro na classificação de risco no ambiente hospitalar. E para alcance dos mesmos foram elencados os específicos que são conceituar classificação de risco; urgência e emergência; descrever a classificação de risco na urgência e emergência, segundo o protocolo de Manchester; explicar a função do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência.

O protocolo de Manchester só pode ser realizado por enfermeiros ou médicos e tem como finalidade garantir critérios uniformes com as diferentes equipes, acabar com a triagem sem fundamentação científica, garantir a segurança do paciente e profissional de saúde, aumentar o nível de prioridades dos pacientes, oferecer maior segurança e neutralidade nos processos de classificação feita pelo o enfermeiro (LOPES, 2011).

Dessa forma, a Classificação de Risco junto ao Protocolo de Manchester, tem a finalidade de capacitar os enfermeiros a identificar a prioridade clínica do paciente baseado em sinais e sintomas, além de utilizar-se da humanização e às práticas assistenciais, que está sendo muito positivo nos setores de emergências. Assim, qual a função do enfermeiro em utilizar o protocolo na classificação de risco?

Assim, a metodologia tratou-se de um estudo literário a respeito do que vem sendo construído academicamente sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco na urgência e emergência. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Protocolo de Manchester; enfermeiro; urgência e emergência. A busca foi realizada em artigos indexados nas bases de dados disponíveis na LILACS (Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Libray Online), adotando-se como critérios de inclusão artigos em idioma português, relacionados à enfermagem, protocolo de Manchester e publicados entre ano 2008 a 2022.

Nas urgências o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado como não superior a duas horas. As situações não urgentes podem ser referidas para o pronto-atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não tem a premência que as já descritas anteriormente.

Com isso, pode-se afirmar que o acolhimento com classificação de risco é uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos.

CONCEITOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que precisam ser atendimentos imediatamente ou não, seguindo critérios de risco, agravos à saúde ou sofrimento dos mesmos. Esse sistema classificatório visa por ações de atenção e gestão que

incentivem um relacionamento de confiança entre equipes, usuários e serviços de saúde. (BRASIL, 2009). Pode-se afirmar que a classificação é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica, e não com a ordem de chegada ao serviço (SOUZA *et al.*, 2011).

Entende-se que a classificação de risco é um instrumento que serve para vários fatores, como organização da fila de espera, priorizar o atendimento de acordo com grau de gravidade e não por ordem de chegada. Ela visa garantir um atendimento rápido nos casos mais críticos, melhorar as condições de trabalho da equipe de emergência, atender as exigências dos usuários de forma que os mesmos sintam-se mais satisfeitos e realizar o serviço de referência quando preciso, de forma que seja garantida a continuidade da assistência (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

De acordo com as pesquisas e na visão de Feijó (2010), no Brasil, o primeiro protocolo de classificação de risco aprovado pelo Ministério da Saúde foi a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em 2004 do PNH, a qual foi disponibilizada para todo o país, onde foi implantada em diversos hospitais. Assim, a classificação é feita por indicação clínica e por cor, cada cor determina um tempo máximo para realização do atendimento, o qual vai do zero atendimento imediato ao não urgente, com tempo máximo de 240 minutos. (SHIROMA; PIRES, 2011).

Com isso, a classificação de risco ficou dividida pelas seguintes áreas a seguir: área vermelha: destinada ao atendimento rápido, ou seja, as emergências e urgências. Prioridade zero, atendimento imediato; área amarela: para o atendimento de pacientes críticos e semicríticos, porém já estabilizados; prioridade 1, atendimento o mais rápido possível; área verde: atende os pacientes não críticos, os menos graves. Prioridade 2, não urgente; área azul: consultas de baixa e média complexidade, atendimento conforme ordem de chegada (SHIROMA; PIRES, 2011).

Por essa razão, é possível dizer que o acolhimento com classificação de risco foi introduzido nos serviços de emergência o processo de triagem, objetivando reduzir as superlotações, adequando o atendimento conforme o grau de gravidade, identificando os pacientes que precisam ser vistos primeiro e aqueles que possam esperar com segurança, sem que haja qualquer risco para o mesmo. (CARVALHO *et al.*, 2008).

Esses avanços estão acontecendo, pois o enfermeiro está cada vez mais em destaque, e vem conquista seu espaço em diversas áreas da saúde, o que contribui para um maior reconhecimento e valorização desse profissional. Que, além disso, assume um papel cada vez mais importante e decisivo para uma melhor identificação das necessidades do cuidado aos pacientes que buscam pelos serviços de saúde principalmente na urgência e emergência. (BACKES *et al.*, 2012).

De acordo com os conceitos citados é importante ressaltar que para utilização de protocolos de avaliação com classificação de risco enfermeiros e médicos devem ser certificados por meio de capacitação proporcionada pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GONÇALVES, 2011).

Definição de urgência e emergência

Urgência e emergência são termos usados na área da medicina, que muitas vezes são confundidos por usuários e também pelos profissionais de saúde. Urgência é uma situação que requer assistência rápida, no menor tempo possível que não ultrapasse a duas horas, a fim de evitar complicações e sofrimento, emergência é toda situação em que há ameaça eminente à vida, sofrimento intenso ou risco de lesão permanente, havendo necessidade de atendimento imediato (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Os conceitos de Urgência e Emergência que são os motivos que são realizados os atendimentos. Para tanto a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM 145/95 define: Urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita vida, necessita de assistência médica imediata. Emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Urgência é o agravo à saúde como: dor de cabeça, dores lombares súbitas, e o atendimento podem ser executados em poucas horas do ocorrido como levar até 24 para ser atendido, ou seja, pode esperar pelo atendimento.

A emergência é uma situação que não pode esperar muito por atendimento, este tem que ser imediato, para não agrava o estado do paciente e poder salvar a vida. Casos de emergências são: Parada Cardiorrespiratória, perda de consciência sem recuperação, dificuldade respiratória queda de alturas entre outras.

Murta (2010), urgência é uma situação que necessita de uma intervenção terapêutica em um curto prazo de tempo, porém sem caráter de morte eminente como nas emergências.

O Ministério da Saúde determina que os procedimentos dos serviços de urgência e emergência devem ser caracterizados em três modalidades, considerando como critério a gravidade e a complexidade do caso a ser tratado (MINISTÉRIO DA SAÚDE *apud* VALENTIN; SANTOS, 2008).

Segue abaixo as modalidades: a) Urgência de baixa e média complexidade: quando o paciente não corre risco de morte. b) Urgência de alta complexidade: O paciente apresenta um quadro crítico ou agudo, porém não há risco de morte. c) Emergência: casos em que há risco de morte.

A emergência é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato. Nas urgências o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado como não superior a duas horas. As situações não urgentes podem ser referidas para o pronto atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional, pois não tem a premência que as já descritas anteriormente (LOPES, 2009, p.09).

Portanto, o termo emergência é definido como uma categoria na triagem onde a assistência é prestada em casos de prejuízo à saúde com risco de vida potencial ou qualquer alteração no organismo que exigem tratamento imediato (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

Ainda na visão de Santos (2008), considera-se urgência uma prioridade moderada de atendimento, cujo portador necessita de atendimento mediato, pois não há risco de morte. A mesma autora citada acima conceitua emergência uma alta prioridade de atendimento, cujo indivíduo necessita de tratamento médico imediato, pois há risco de morte.

Da mesma forma que a emergência, a urgência é considerada uma categoria de triagem, no entanto o cuidado é fornecido em casos de doença grave ou dano a saúde que não conduz um risco de morte (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

A unidade de urgência e emergência é o setor pelo qual o indivíduo é atendido quando entra em desequilíbrio homeostático, por enfrentar obstáculos que se antecedem a sua finalidade de vida, ou seja, é o meio pelo qual as alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno da saúde o que exige medidas terapêuticas imediatas. Então é correto afirmar que no serviço de urgência e emergência hospitalar são esperados conhecimento e domínio relevante dos profissionais sobre o processo de trabalho sobre as situações de saúde que envolve o cotidiano assistencial.

Observa-se que de acordo com as pesquisas existe uma crescente demanda nos serviços de emergência, pois grande parte da população não tem acesso a um sistema regular de saúde, o que contribui para uma desorganização dos mesmos. Grande parte dos atendimentos está relacionada a doenças crônicas ou problemas simples que poderiam ser resolvidos em níveis menos complexos de atenção, o que acarreta em superlotação dos serviços de emergência, dificultando o atendimento dos mesmos. (SHIROMA; PIRES, 2011).

E com esse aumento crescente referente aos atendimentos nos setores de emergência e urgência, houve uma maior preocupação por parte dos serviços de emergência no Brasil e no mundo, quanto ao uso de alguma metodologia que consiga identificar melhor os atendimentos prestados nesses sistemas. Esse movimento atingiu importante repercussão, pois se verificou que muitas vezes os atendimentos estavam sendo feitos por ordem de chegada ou por exclusão e em consequência nem sempre os casos mais graves estavam sendo priorizado, o que pode levar ao agravo da saúde desses pacientes. (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

No decorrer de sua vida profissional, o enfermeiro da urgência desenvolve a habilidade de avaliar as necessidades do paciente, por isso tem sido o profissional indicado para classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência (ULHÔA *et al.*, 2010).

Além disso, sua formação inclui a gestão de recursos humanos e de suprimentos, que propicia uma visão sobre logística e especificidade de atendimento do setor incluindo, área física e fluxo de pacientes, aspectos esse que devem ser considerados relevantes no momento da priorização do atendimento (ULHÔA *et al.*, 2010).

A classificação de risco na urgência e emergência, segundo o protocolo de Manchester

A classificação de risco é de responsabilidade do profissional enfermeiro, que realiza a entrevista, o exame físico sucinto, a verificação de dados vitais e eventualmente algum exame complementar como, por exemplo: eletrocardiograma, glicemia capilar entre outros (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Com isso, é possível confirmar que o protocolo de Manchester foi realizado pela primeira vez na cidade de Manchester em 1997, permitindo que os atendimentos fossem realizados com mais eficiência, já que se tratando de saúde, tempo pode representar a diferença entre salvar uma vida e perder um paciente (JUNIOR *et al.*, 2015).

No entanto, este método prevê que o tempo de chegada do paciente ao serviço até a classificação de risco seja menor que dez minutos, e que os tempos alvos para a primeira avaliação médica sejam cumpridos de acordo com a gravidade clínica do doente.

O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente (JUNIOR *et al.*, 2015).

O paciente faz uma queixa, descreve o sintoma apresentado, por exemplo, “dor abdominal”, o enfermeiro segue o fluxograma dor abdominal, disponível no protocolo de Manchester. Cada fluxograma contém discriminadores que orientarão a coleta e análise de informações para a definição de prioridade clínica do paciente (JUNIOR *et al.*, 2015).

Contudo, é primordial afirmar que o protocolo de Manchester só pode ser realizado por enfermeiros ou médicos e tem como finalidade garantir critérios uniformes com as diferentes equipes, acabar com a triagem sem fundamentação científica, garantir a segurança do paciente e profissional de saúde, aumentar o nível de prioridades dos pacientes, oferecer maior segurança e neutralidade nos processos de classificação feita pelo enfermeiro (LOPES, 2011).

O sistema de triagem de Manchester é composto por cinco categorias de urgência, a saber: Emergência ou Vermelha está relacionada ao paciente grave, com risco de morte; Muito urgente ou Laranja; Urgente ou Amarela está vinculada ao atendimento de pacientes estáveis, mas que necessitam de cuidados especiais além do Pouco Urgente ou Verde e Não Urgente ou Azul.

Há ainda a categoria Branca, para designar as situações que não estão relacionadas com uma queixa clínica, mas com necessidades administrativas ou clínicas da instituição (LOPES, 2011). Pois, o protocolo de Manchester serve como guia orientador na gestão do atendimento favorece um fluxo adequado no processo de trabalho, na organização e uso do espaço e clareza no atendimento.

A área vermelha está relacionada a clínica do paciente grave com risco de morte e é composta pelo o seguinte agrupamento: vermelha, laranja, amarela e verde de acordo com a gravidade, sendo a vermelha a mais grave e necessita de intervenção imediata e a verde a menos grave, mas não necessariamente sem importância. E a área azul que representa os pacientes não graves, mas que necessitam de acolhimento e classificação do grau de risco para facilitar o fluxo de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Este procedimento está fundamentado em conceitos internacionais o protocolo de Manchester, prevê padrões para o atendimento nas emergências de modo a priorizar o atendimento em muitos países.

No Brasil, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência (ULHÔA *et al.*, 2010).

Com isso, pode-se apresentar o acolhimento da classificação de risco pelo sistema de triagem que é apresentado na figura 1 nela encontra-se o sistema de cores cuja classificação corresponde à priorização no atendimento ao paciente, lembrando que para cada uma delas será delimitado o tempo de espera no atendimento (CORENSP, 2012).

Diante do quadro exposto acima é possível dizer que o protocolo de Manchester só pode ser realizado por enfermeiros ou médicos e tem como finalidade garantir critérios uniformes com as diferentes equipes, acabar com a triagem sem fundamentação científica, garantir a segurança do paciente e profissional de saúde, aumentar o nível de prioridades dos pacientes, oferecer maior segurança e neutralidade nos processos de classificação feita pelo enfermeiro (LOPES, 2011).

De acordo com Souza *et al.*, (2009) o setor de urgência e emergência constitui atualmente um ambiente de grande importância na assistência à saúde. O que se observa é a [...] crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes, da violência urbana e da insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população.

Neste contexto o enfermeiro deve avaliar as diversas técnicas de enfermagem aplicáveis na unidade de urgência e emergência, devendo elaborar programas de educação continuada, treinamentos como forma de prestar uma assistência qualificada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O profissional enfermeiro considera-se capacitado para a função, pois em sua formação é enfatizada a valorização das necessidades do paciente, as biológicas, as sociais e psicológicas. Além disso, o enfermeiro está habituado a ser líder, o que o leva a ter uma visão abrangente do setor incluindo recursos humanos, área física e fluxo de pacientes (GATTI, 2008).

Contudo, pode-se afirmar que o enfermeiro é o primeiro contato da equipe multidisciplinar com o paciente, pois ele coleta dados sobre a sintomatologia, medicações em uso e detecta possíveis déficits de conhecimento nesses aspectos, ou ainda relativos às questões de fluxo e especificidade de atendimento do setor.

Quanto à realização do registro, da entrevista e do exame físico, realizados com ênfase na observação do comportamento, expressão verbal e não verbal de dor, postura e sinais clínicos, determina-se a classificação da prioridade do atendimento (GATTI, 2008). O Serviço de Emergência e urgência oferece atendimento nas seguintes especialidades: clínica geral, pediatria, ginecologia e cirurgia. Em 2011 foi implantado no Serviço o Protocolo Manchester para a realização da Classificação de Risco. Este Protocolo tem por objetivo priorizar o cuidado aos pacientes de acordo com a gravidade. O Protocolo baseia-se na definição da queixa principal do cliente por meio de sinais e/ou sintomas.

Nesse contexto, é preciso ter em conta que o cuidado de Enfermagem não é um fenômeno natural, mas, sim, resultante de um empreendimento humano, ou seja, é um instrumental tecnológico desenvolvido ao longo da formação profissional e aperfeiçoado em atividades de educação permanente, que resultem numa prática reflexiva e crítica dos profissionais da Enfermagem (MALUCELLIL *et al.*, 2010).

O enfermeiro deve realizar o primeiro contato com o paciente com a finalidade de verificar prioridades de assistência à saúde, por meio de um conjunto de observação do mesmo, através de uma visão holística, ou seja, saber ouvir as queixas que o levaram a procurar esse

serviço seja elas: físicas, psíquicas ou sociais (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Os serviços de urgência e emergência sofrem com a demanda espontânea por atenderem como “portas abertas”, diminuindo consideravelmente a qualidade da assistência prestada, ocasionado pela sobrecarga de trabalho e quantitativo de recursos humanos inadequados.

Com isso, ele deve assegurar as manobras de sustentação de vida em casos de urgência e emergência, essas unidades tem representado o livre acesso para usuários com queixas crônicas e sociais, que buscam esses serviços e sobrecarregam a equipe de enfermagem, buscando soluções para problemas simples que deveriam ser atendidos em outros níveis de atenção a saúde (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

A partir dos sinais e sintomas é definido um fluxograma correspondente, que melhor se adéqua à queixa identificada. A seguir são identificados os discriminadores do fluxograma a fim de determinar a gravidade do caso e a prioridade de atendimento. Após a classificação o usuário é identificado com uma pulseira relativa à cor da classificação de risco.

Em seguida, é informado sobre o tempo máximo de espera para atendimento médico. Quando o paciente é categorizado como sendo de urgência, ou seja, com risco de morte iminente deve ser encaminhado imediatamente ao Box de urgência para avaliação e monitoramento do seu estado de saúde.

A realização de qualquer atividade em enfermagem exige que o serviço de saúde proporcione condições de trabalho adequadas para tal. Dentre essas adequadas condições, está o dimensionamento adequado de recursos humanos para atender a demanda e desenvolver todas as ações necessárias na assistência à população (COREN, 2016).

O enfermeiro leva, em média, três minutos para fazer uma classificação de risco (CR) nos serviços de urgência e emergência, o que representa 20 classificações de risco por hora. Porém, levando-se em conta que a capacidade máxima humana é de 80%, isso significa que por estimativa o Enfermeiro pode fazer 16 classificação de risco por hora; sem considerar os direitos trabalhistas (horário de refeição e uso do banheiro) e em caso que as atividades extrapolam o protocolo como, solicitação de exames, coleta de material, entre outras, expõem o profissional, a instituição e põe em risco a segurança e a saúde do paciente, pois podem alterar o tempo ótimo de classificação de risco (COREN, 2016).

Com relação à urgência e emergência hospitalar Furtado e Araújo Júnior (2010) afirmam que as funções do enfermeiro, neste setor, compreendem a escuta da história do paciente, exame físico, execução de tratamento, orientação aos doentes e a coordenação da equipe de enfermagem. Aliando conhecimento científico e capacidade de liderança, agilidade e raciocínio rápido e a necessidade de manter a tranquilidade.

A necessidade dos enfermeiros repensarem a sua prática profissional, pois, quando o enfermeiro assume sua função primordial de coordenador da assistência de enfermagem, implementando por meio de esquema de planejamento, está garantido o desenvolvimento de suas atividades básicas (administrativas, assistências e de ensino) e promovendo, conseqüentemente, a melhor organização do trabalho da equipe, que passa a direcionar seus esforços em busca de um objetivo comum que é o de prestar assistência de qualidade, atendendo às reais necessidades apresentadas pelos pacientes sob seus cuidados.

Conforme Lopes (2009), o trabalho da equipe de enfermagem neste campo de ação, requer conhecimento e preparo para assumir, com competência, a função que cada membro da equipe exerce, sendo que todos têm o dever de conhecer suas limitações legais e suas atribuições.

Assim, o profissional deve estar apto a prestar esses cuidados expressando respeito, devendo oferecer respostas adequadas e de fácil entendimento, cuidados resolutivos as particularidades dos usuários e ações articuladas com os demais serviços existentes no sistema, permitindo o encaminhamento do cliente para outro nível de atendimento, sempre que necessário (KONDO *et al.*, 2011).

Todavia, o trabalho deve ser desenvolvido de forma sincronizada, dinâmica e rápida com o objetivo de evitar sequelas ou agravos. Dessa forma, a equipe deve estar preparada tecnicamente e emocionalmente diante da variedade de casos que são atendidos e refletir sobre o cuidado que está sendo prestado de forma a buscar aprimoramento sempre que houver necessidade (WOISKI; ROCHA, 2010).

A unidade de urgência e emergência é um local de grande importância por assistir indivíduos de alta complexidade, que se submetem a intervenções para promover o melhoramento no processo doença e saúde. Tendo em vista que toda a situação do paciente é analisada, buscando, além de recuperar sua saúde física no momento, identificar suas emoções, suas frustrações e seus desejos na ânsia de sair do caráter emergencial vivo e do hospital saudável (GALLO; MELLO, 2009).

Nesse ambiente, depara-se também, com os familiares, geralmente ansiosos solicitantes e sempre na busca do melhor atendimento ao seu paciente. Por ser uma unidade de urgência e emergência, os serviços torna-se uma rotina acelerada de atendimento, o que acometem nas queixas que são observadas na mídia que denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população.

Sabe-se que as especificidades deste ambiente induzem os trabalhadores desse serviço a se posicionarem de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada (ANDRADE *et al.*, 2009).

No entanto, pode-se dizer que o modo em que o enfermeiro desenvolve a arte do cuidado de enfermagem na assistência é importante, pois direcionam as intervenções com as necessidades dos pacientes, contribuindo para a qualidade, aprimorando a sistematização da assistência de enfermagem instituindo a necessidade de avaliação e reavaliação do cliente sempre que necessário, pois no setor de emergência esta necessidade é constante (LIRA; LOPES, 2010).

Aguiar (2008) afirma que todas às atividades executadas pela enfermagem assim como os diagnósticos de enfermagem, o cuidado sistematizado é validado através das leis, normas e diretrizes junto ao órgão regulamentador – COFEN, o que permite ao enfermeiro a deliberar sua [...] capacidade de liderança, comunicação eficaz, visão clínica, destreza, capacidade de administrar e gerenciar, planejar, programar entre outras.

Pois, o atendimento em serviços de Urgência e Emergência, sem dúvida, requerem preparo, o profissional deve estar qualificado para tal atendimento e, se assim não estiver, deve ser previamente reciclado ou treinado. A aceitação de tese contrária implicaria em se negar a

necessidade de especialização, treinamento e preparo do profissional para a situação específica se torna ainda mais imperativo. A demora ou a inabilidade na atenção exigida e pode gerar irreparáveis danos ao paciente.

Conclui-se que o estudo destacado mostra as dificuldades encontradas nos amplos atendimentos aos pacientes na unidade de urgência e emergência, com isso, o enfermeiro tem a função de tornar a unidade de urgência e emergência em um ambiente melhor, em condições favoráveis à saúde do paciente e de toda equipe multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o que foi estudado, pode-se concluir que o atendimento humanizado, referente à classificação com avaliação de risco e a sistematização da assistência de enfermagem pode ser um diferencial no cuidado emergencial podendo interferir positivamente nas taxas de morbimortalidade e satisfação dos usuários.

Contudo, relatam-se que a Classificação de Risco com Protocolo de Manchester, tem a finalidade de capacitar os enfermeiros a identificar a prioridade clínica do paciente baseado em sinais e sintomas, além de utilizar-se da humanização às práticas assistenciais, está sendo muito positivo nos setores de emergências. Todavia, afirma-se que o enfermeiro é o profissional mais indicado para realização da triagem com classificação de risco, pois ele apresenta qualidades técnicas, generalistas que o permitem facilitar os processos, promover o atendimento rápido por prioridades de risco, facilitando os processos e melhorando a qualidade dos atendimentos, além de reduzir agravos para os pacientes.

Diante disso, acredita-se que num futuro próximo, seja possível adequar o ambiente de acolhimento em todas as unidades hospitalares oferecendo a toda equipe, um ambiente humanizado, e assim instigar o incremento das aptidões individuais para melhor preparar a equipe de enfermagem para enfrentar as situações consideradas negativas.

Portanto, conclui-se que a função do protocolo de acolhimento na classificação de risco serve para que possa contribuir para diminuir o tempo de espera dos pacientes e melhorar a qualidade do atendimento, realizar um atendimento humanizado e com um profissional enfermeiro capacitado pelo pronto atendimento para realizar este serviço, pois ninguém melhor que o enfermeiro para identificar os pacientes que necessitam de um cuidado de urgência/ emergência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. Diagnóstico de enfermagem em emergência: desafio de sua aplicabilidade. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Curso de Pós-graduação Especialização em condutas de enfermagem a pacientes críticos. Criciúma, agosto, 2008.

ANDRADE, L. M.; MARTINS, E. C.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(1): 151-7. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BACKES, D.S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde

- comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1453, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 56 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 12. ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara, 2011, v.2, p.2155-56.
- CARVALHO, C. A. P. *et al.* Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 15, n. 2, p. 93-95, abr/jun. 2008. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf. Acesso em: 27 ago. 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº1451/95. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. Parecer técnico Nº 01, de 09 de março de 2016. Ementa: Dimensionamento da Equipe de Enfermagem e impossibilidade da dispensa de pacientes na Classificação de Risco dos serviços de Urgência e emergência. 2016.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO - CORENSP 001/2012 - CT PRCI nº 99.069/2012. Acolhimento com classificação de risco pelo sistema de triagem de Manchester - STM - executado por enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. Legalidade da Atuação. COREN-SP 2012. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/>. Acesso em: 27 ago. 2022.
- COUTINHO, AAP; CECÍLIO, LCO; MOTA, JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Revista Medica de Minas Gerais* 2012; 22(2):188-98.
- FEIJÓ, V. B. E. R. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola. 2010. 112 p. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.
- FURTADO, B M A S M, ARAÚJO JÚNIOR, J L C. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. São Paulo. v.23.n.2 Mar/Apr.2010.
- GALLO, A. M; MELLO, H. C. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. *Revista F@pciência*, Apucarana-PR, ISSN 1984-2333, v.5, n. 1, p. 1 – 11, 2009.
- GATTI, Maria Fernanda Zorzi. *Triagem de Enfermagem em Serviço de Emergência*. 2008. Disponível em: <http://portal.samaritano.com.br/pt/interna.asp?page=1&idpagina=311>. Acesso em: 27 ago. 2022.
- GONÇALVES, AVF. *Avaliação do acolhimento no serviço de emergência do hospital de clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.
- JUNIOR, WC; RAUSCH, MCP; ROCHA, PTB; NASCIMENTO, GFL; CARVALHO, CA. Diretrizes para

- implementação do sistema manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Brasil; 2015.
- KONDO, E. H. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo/SP, v.45, n.2, abr.2011.
- LIRA, A. L. B. C; LOPES, M. V. O. Clareza do processo de enfermagem proposto por Roy à luz do modelo de Barnum. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18 (1): 104-7.
- LOPES, JB. Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão interativa. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2011.
- LOPES, L. Atendimento de emergência no Brasil, 2009. Monografia (Especialista em conduta de enfermagem no paciente crítico) – Centro Educacional São Camilo – Sul, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma/SC.2009.
- MALUCELLIL, A; OTEMAIER, KR; BONNET, M; CUBAS, MR; GARCIA, TR. Sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem. Brasília: *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4): 629-36.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
- MURTA, G.P. Dicionário Brasileiro de Saúde. 3 ed. São Paulo/SP: Difusão, 2010. p. 732.
- NASCIMENTO, ERP; HILSENDEGER, BR; NETH, C; BELAVER, GM, BERTONCELLO, KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. Rio de Janeiro: *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(1):84-8.
- O'DWYER, G A. Gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Rev Ciência e Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. Aug. 2010.15.5.
- OHARA, R; MELO, M.R.A.C; LAUS, A.M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev. bras. Enfermagem [online]*, v.63, n.5,p.749-754, 2010.
- OLIVEIRA, GN; SILVA, MFN; ARAUJO, IEM; CARVALHO FILHO, MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(3).
- OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Revista Hórus*, v. 4, n. 2, out/dez. 2010.
- SANTOS, N.C.M. Urgência e emergência para enfermagem – Do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência. 5. ed. São Paulo/SP: Iátria, 2008.p.17-25.
- SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni *et al.* Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008.
- SERVIN, S.C.N. *et al.* Protocolo de acolhimento com classificação de risco, Política municipal de humanização, 2009 [s.l.:s.n.:s.d.].

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de Risco em emergências- um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em foco*, v. 2, n. 1, p. 14-17. 2011. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2022.

SOUZA C. C., TOLEDO A. D., TADEU L. F. R., CHIANCA T. C. M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 19, n. 1, jan-fev., 2011.

SOUZA, C.C. Grau de Concordância da Classificação de Risco de Usuários Atendidos em Um Pronto-socorro utilizando dois Diferentes Protocolos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte; 2009.

VALENTIM, M.R.S; SANTOS, M.L.S.C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 02, p.285-9, 2009.

ULHÔA M. L. *et al.* A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. *RGO Revista Gestão Organizacional*.v. 3, n. 1, Jan- Jun., 2010: 99-118.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro/RJ, v. 14, n.1, Jan./Mar. 2010.

Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de mama em mulheres

Nurses performance in the prevention of breast cancer in women

Arismar Vitória dos Anjos Mendes

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Daniel Lopes Louzeiro

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Dielber Diniz da Silva

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Elcilene Viegas Marinho

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Kaciane Leal Silva

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Patricia Silva Ferreira

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Rosiane dos Anjos Cadete

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Wenyo dos Inocentes Lopes

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.3

RESUMO

Hodiernamente, o câncer de mama é um problema de saúde pública, que tem ganhado notoriedade em todo mundo, em especial, por ser uma doença atrelada à estigmas e sofrimentos que repercutem expressamente na vida da mulher. Diante desse cenário, o presente artigo tem por finalidade refletir acerca da atuação do enfermeiro junto à prevenção do câncer de mama, que pode ocorrer através de orientações, como o autoexame das mamas, onde se pode detectar o câncer ainda em estágio inicial e tomar, de imediato, as providências necessárias, que se feitas ainda no início, têm maior chance de ser eficaz, além de educar os usuários quanto à observação às mamas e qualquer alteração que as ocorra, aumentando a chance de um diagnóstico precoce. Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica, onde foram analisadas produções acadêmicas correspondentes ao tema, nas bases de dados como Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. Através deste estudo pode-se concluir que o enfermeiro tem um papel de grande relevância para que o diagnóstico precoce seja realizado, por ser um profissional com atributos para promover, prevenir e orientar os pacientes nos serviços de saúde.

Palavras-chave: câncer de mama. enfermeiro. mulher. prevenção.

ABSTRACT

Nowadays, breast cancer is a public health problem, which has gained notoriety around the world, especially because it is a disease linked to stigmas and suffering that expressly affect women's lives. In view of this scenario, the present article aims to reflect on the role of nurses in the prevention of breast cancer, which can occur through guidelines, such as breast self-examination, where cancer can still be detected at an early stage and take, immediately, the necessary measures, which if carried out at the beginning, have a greater chance of being effective, in addition to educating users about the observation of the breasts and any changes that occur, increasing the chance of an early diagnosis. This is a bibliographic review study, where academic productions corresponding to the theme were analyzed, in databases such as Scielo, Lilacs and Google Scholar. Through this study, it can be concluded that the nurse has a role of great importance for the early diagnosis to be carried out, as he is a professional with attributes to promote, prevent and guide patients in health services.

Keywords: breast cancer. nurse. woman. prevention.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

O câncer de mama é uma doença permeada de estigmas e sofrimentos, que traz repercussões significativas na vida da mulher. O diagnóstico e o tratamento mudam a condição emocional da mulher, afetando o lado psicológico de acordo com cada estágio de evolução do câncer, e pode prejudicar a qualidade de vida dessas mulheres (Siqueira *et al.* 2014).

Assim como outras neoplasias malignas, o câncer de mama, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor. (BRASIL, 2013).

O Instituto Nacional de Câncer - INCA (2021) apresenta como estimativa para o câncer de mama no Brasil, para o triênio 2020/2022 que sejam diagnosticados 66.280 novos casos dessa neoplasia, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres.

Em análise mundial, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, conforme relata o INCA (2021), sendo que em 2018 houveram 2.1 milhões de casos novos mundialmente. No Brasil, em 2020, foram detectados 66.280 novos casos desta neoplasia.

De acordo com pesquisas realizadas pelas Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) e seu projeto Global Câncer (GLOBOCAN, que avalia estimativas de incidência e mortalidade por câncer, através de dados de cada país/região) a nível mundial, a taxa de crescimento dos índices de câncer atingiu 20% na última década e o impacto do câncer corresponderá a 80% na população entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (FRETTE *et al.*, 2019).

É expressivo o número de pessoas que morrem por determinados tipos de câncer e embora essa estatística varie ao redor do globo, uma análise realizada em 2012 pela IARC, mostrou que nos diversos continentes, os cânceres com maiores índices de mortalidade masculina foram o de pulmão, próstata, estômago e colorretal. Já, no que se refere à mortalidade feminina, as taxas mais altas, vêm em primeiro lugar o de câncer de mama, depois, pulmão, colorretal, colo do útero e estômago. (CARVALHO & PAES, 2019).

De acordo com Santos e Chubaci (2017), com o uso crescente da mamografia, as mulheres estão procurando tratamento em um estágio mais precoce da doença. Essas mulheres podem não apresentar sintomas e nenhuma nodosidade palpável, mas as lesões anormais são detectadas à mamografia. Infelizmente, muitas mulheres com doenças avançadas procuram o tratamento inicial somente depois de ignorar os sintomas.

O câncer de mama não tem uma causa única, pois diversos fatores podem estar relacionados ao aumento do risco de desenvolver a doença. Os fatores de risco envolvem fatores genéticos/hereditários, hormonais/endócrinos e ambientais/comportamentais. (SARTORI & BASSO, 2019).

Esses fatores de risco, em sua maioria, encontram-se relacionados à saúde da mulher e podem se estabelecer ao desenvolvimento do câncer de mama, como a idade, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, ingestão de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade, inatividade física, exposição à radiação ionizante entre outros. No entanto, dentre esses fatores de risco, a idade continua sendo um dos mais relevantes, ou seja, mulheres mais velhas, particularmente a partir de 50 anos de idade, têm maior.

Para Derenzo *et al.* (2017), quando os sinais se tornam mais evidentes, caracteriza-se os estágios tardios do câncer de mama, prejudicando a recuperação completa da paciente. Portanto, o prognóstico de um paciente oncológico, além das condições inerentes ao tipo de câncer, depende fundamentalmente do diagnóstico precoce, planejamento terapêutico correto, tratamento e cuidados efetivos e eficazes na assistência.

Diante desse contexto, enfocando fundamentalmente a atuação do enfermeiro em ambientes específicos de tratamento de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, o objetivo principal deste trabalho de pesquisa foi refletir acerca da atuação do enfermeiro junto à preven-

ção do câncer de mama, através de uma revisão bibliográfica nas principais bases de dados como Scielo, Lilacs e Google Acadêmico.

Desse modo, acredita-se que o tema seja de grande relevância para a área da oncologia, tendo em vista o interesse de poder atuar na prevenção do câncer de mama através de estratégias de educação, haja visto que nenhum profissional de saúde tem um contato tão prolongado com o paciente como o enfermeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica que permite uma síntese baseada em outras literaturas, a fim de fornecer uma compreensão completa de um fenômeno particular. A revisão bibliográfica baseia-se em um método explícito e sistemático de pesquisa e análise da literatura. Pesquisa bibliográfica, que consiste na realização da síntese do conhecimento e na incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, torna-se a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado – de natureza qualitativa (MINAYO, 2013).

Segundo Severino (2007) na realização da pesquisa bibliográfica o pesquisador tem que ler, refletir e escrever o sobre o que estudou, se dedicar ao estudo para reconstruir a teoria e aprimorar os fundamentos teóricos. Uma pesquisa bibliográfica tem como objetivo reunir textos publicados para serem analisados e servirem de apoio ao trabalho científico, ou seja, é o levantamento ou revisão de obras publicadas sobre a teoria que irá direcionar o trabalho científico, necessitando de dedicação, estudo e análise pelo pesquisador que irá executar o trabalho científico. (GIL, 2002).

Na presente pesquisa foram utilizados os descritores: câncer da mama; enfermeiro; mulher e prevenção, nas principais bases de dados como Scielo, Lilacs, Google Acadêmico e revistas científicas na área da saúde, com publicações dos últimos dez anos, durante o período de abril e maio/2022. Na busca foram encontrados 60 artigos e destes 16 foram considerados aptos diante dos critérios de inclusão e 44 excluídos. Após a pesquisa, foi realizada uma leitura criteriosa de todos os trabalhos e síntese para a presente revisão. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que não estavam em conformidades com o objetivo proposto da revisão, duplicidade dos artigos e o não preenchimento dos critérios de elegibilidade após a leitura completa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contemplou 17 artigos nas bases de dados Scielo, Lilacs, Google Acadêmico. Além destas bases, utilizou-se revistas científicas da área da saúde, como consultas nos boletins do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Base de dados	Artigos pesquisados	Artigos selecionados
Lilacs	10	3
Scielo	16	4
Google Acadêmico	8	1

Revistas científicas	26	8
Total	60	16

Fonte: Autores

A partir da leitura dos artigos elegíveis, identificou-se os seguintes dados completos que estão disponíveis na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos artigos, título, autores, ano de publicação, objetivo, tipo de estudo, população e principais resultados.

TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO/ POPULAÇÃO	PRINCIPAIS RE- SULTADOS
O papel do enfermeiro no diagnóstico precoce do câncer de mama na atenção primária	Belfort, et al., 2019	Compreender o papel do enfermeiro no diagnóstico precoce do câncer de mama.	Pesquisa qualitativa de característica descritiva	Os resultados encontrados mostraram que os profissionais apresentam conhecimento acerca do câncer de mama e do seu rastreamento, contudo, ainda deficientes e confusos.
Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III	Camargo e Souza, 2013	Refletir sobre as ações assistenciais da enfermeira na rotina do espaço institucional e apontar possibilidades da ação assistencial a partir da dimensão existencial das pessoas envolvidas.	Análise reflexiva com apoio a um referencial teórico filosófico obtido ao cursar o mestrado e o doutorado em Enfermagem.	Nesse sentido, ênfase é dada à atuação da enfermeira junto à cliente, que não se traduz apenas na aplicação de técnicas científicas, orientações e informações, mas também percebe, compreende e cuida da mulher cidadã em sua singularidade
Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste brasileiro	Carvalho e Paes, 2019	Avaliar o impacto da redistribuição dos óbitos corrigidos pela Pesquisa de Busca Ativa e de códigos garbage nas taxas de mortalidade dos principais cânceres de idosos dos estados do Nordeste.	Método de Ledermann para redistribuir os óbitos.	O câncer da traqueia, brônquios e pulmões e o câncer de estômago resultaram em níveis de distribuição diferentes segundo sexo, com taxas mais elevadas nos homens que nas mulheres.
Conhecimento de mulheres sobre fatores relacionados ao câncer de mama.	Derenzo et al., 2017	Descrever o conhecimento de mulheres sobre fatores de risco e programas de rastreamento para câncer de mama	Estudo transversal, descritivo e qualitativo	As participantes conhecem os principais fatores de risco para o câncer de mama; como rastreamento, procuram as unidades de saúde para realizar a mamografia e o exame clínico das mamas regularmente, e ainda fazem a autopalpação das mamas com a finalidade de autocohecimento de seu corpo e alerta para possíveis alterações.

A assistência de enfermagem às pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico.	Freire, Massoli, 2016	Mostrar a assistência dada pelo enfermeiro às mulheres acometidas pela neoplasia mamária.	Pesquisa bibliográfica com revisão na literatura, do tipo narrativa.	O enfermeiro traz um papel primordial no tratamento e acompanhamento às pacientes com diagnóstico de neoplasia mamária nas redes de atenção à saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária e também no pós-morte.
Tratamento de reabilitação para dor em mulheres com câncer de mama.	Fretta, 2019	Organizar as evidências científicas sobre os tratamentos de reabilitação para dor utilizados com mulheres após a cirurgia do câncer de mama.	Pesquisa bibliográfica com revisão na literatura	A fisioterapia e o exercício físico podem beneficiar mulheres com câncer de mama, reduzindo a dor e aumentando a funcionalidade de membro superior, além de minimizar o linfedema.
Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama.	Melo et al., 2017	Identificar as ações de detecção precoce do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde.	Estudo transversal, realizado com 133 enfermeiros de 38 unidades básicas de saúde da região Sudeste do município de São Paulo	A maioria dos enfermeiros referiu realizar as ações para detecção desta neoplasia. A orientação da idade da primeira mamografia associou-se significativamente com capacitação, tempo de atuação e disponibilidade do Caderno de Atenção Básica nº13
Contribuição da enfermagem na reabilitação da mulher com câncer de mama: revisão narrativa	Muller et al, 2018	Identificar a produção científica brasileira de Enfermagem sobre a temática da reabilitação da paciente com câncer de mama	Revisão narrativa de literatura	A falta de investimentos para elaboração de protocolos específicos de reabilitação para mulher com câncer de mama bem como em pesquisas sobre o tema.
Importância do enfermeiro para o controle do câncer de mama: revisão narrativa	Rodrigues et al, 2020	Verificar o papel do enfermeiro na orientação do autoexame das mamas	Revisão bibliográfica	Foi possível concluir que o enfermeiro é profissional responsável para ação do controle de câncer de mama, porém apresenta dificuldades para exercer sua função sendo necessário preparo através de capacitações e conscientizações para detecção precoce do câncer de mama.

O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil).	Santos e Chubaci, 2017	Verificar o conhecimento que as mulheres idosas têm sobre o câncer de mama e mamografia	Estudo exploratório de corte transversal	Este estudo mostrou que o assunto “câncer de mama” é bem conhecido pelas mulheres, porém a mamografia ainda precisa ser esclarecida quanto aos seus objetivos e recomendações.
Câncer de mama: uma breve revisão de literatura.	Sartori e Basso, 2019.	Aprimorar o conhecimento sobre o assunto de maneira rápida, organizada e acessível, com a compreensão acerca da carcinogênese do câncer de mama e sua epidemiologia	Revisão Bibliográfica	As pacientes com câncer de mama podem ou não ter sinais e sintomas clínicos. Geralmente, a apresentação de alterações mamárias, como tumoração não dolorosa de limites irregulares, pele da mama tipo “casca de laranja”, retração da papila mamária e linfonodos axilares aumentados de tamanho, indicam doença avançada.
Atuação da equipe de enfermagem frente a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama: uma revisão integrativa	Silveira et al., 2021	Identificar a atuação do Enfermeiro e sua equipe frente a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama,	Revisão integrativa	Foi possível identificar a importância da equipe de enfermagem, principalmente do profissional enfermeiro da APS nas ações para o diagnóstico e detecção precoce do CA de mama, através da educação continuada, aproveitando das tecnologias e inovações, facilitando esse processo de prevenção.
Sentimentos das mulheres ao receber o diagnóstico de câncer de mama.	Siqueira et al., 2014	Identificar os sentimentos das mulheres ao receberem o diagnóstico de Câncer de Mama.	Revisão Bibliográfica	O impacto ao receber um diagnóstico de câncer é acompanhado por sentimentos de grande estresse psicológico, perda da autoestima, ansiedade, raiva, rancor, sentimento de fracasso, culpa, medo depressão, desespero, diminuição da libido e incerteza,
Atuação da enfermagem no cuidado a pacientes com câncer de mama: revisão integrativa.	Souza et al., 2020	Analisar assistência do enfermeiro diante do câncer de mama na estratégia da família.	Pesquisa qualitativa, descritiva de revisão integrativa de literatura	A realização do trabalho que o conhecimento e cuidados dos enfermeiros é essencial na trajetória, isto pode facilitar a detecção precoce dos casos de câncer de mama.

Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX.	Teixeira, 2020	Discutir os caminhos que levaram o câncer de mama ao estatuto de grande problema de saúde pública	Estudo qualitativo de abordagem histórica	Dinamismo das discussões e as preocupações com o câncer de mama demonstram a importância que a doença assumiu na sociedade, e demandam mais pesquisas acerca das faces sociais e históricas do câncer no país
Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama.	Ziguer et al., 2016	Conhecer os sentimentos e as expectativas de mulheres após o diagnóstico de câncer de mama	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com sete mulheres a partir de entrevista semiestruturada.	Diante da revelação do diagnóstico, as mulheres revelaram desespero, medo e tristeza. O tratamento representou um período difícil, em que emergiram sentimentos negativos.

De acordo com os estudos de Smeltzer e Bare (2017), o surgimento do câncer mamário pode suceder em qualquer região da mama, em especial no quadrante superior externo, por ser a área que contém maior quantidade de tecido mamário. Em geral, as lesões são indolores, ao invés de dolorosas fixas, ao invés de móveis; e induradas com bordas irregulares, em vez de encapsuladas e lisas.

No tocante, ao início do câncer de mama, Bezerra *et al.*, (2019) salienta que este em sua maioria, é iniciado nas células epiteliais que criam um revestimento na camada interna do ducto da mama.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019), a gênese da neoplasia maligna decorre entre 80 a 90% de fatores externos que se encontram no ambiente, seja no hábito de vida, na alimentação, nos medicamentos e/ou produtos químicos, ou mesmo nos fatores internos, como as classes genéticas, o fator hereditariedade, condições hormonais, ciclo de envelhecimento, como ainda, as complicações imunológicas. O Instituto acima prevê ainda para o triênio de 2020/2022, uma elevação no número de casos de câncer, estimando cerca de 625 mil novos casos de câncer, com prevalência de próstata para homens e mama para mulheres. Não obstante a isso, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que em 2040, haverá 29 milhões de habitantes a nível mundial diagnosticados com câncer, no Brasil este número estará em torno de 998 mil habitantes e de 476 mil óbitos.

São dados que trazem impactos e reafirmam a necessidade da prevenção, haja visto que, tanto a descoberta do diagnóstico do câncer, como ainda o próprio tratamento contra a neoplasia mamária, trazem danos biopsicossociais para as mulheres, que em sua maioria, apresentam sentimentos negativos, sintomas depressivos, como ainda, tentativas de suicídio e sentimentos de desesperança. Portanto, é de fundamental importância que a abordagem profissional ora utilizada, possa pormenorizar a doença em toda a sua amplitude, não somente em seu aspecto físico. (ZIGUER, BORTOLI, PRATES, 2016).

Por compreender a importância que a abordagem profissional qualificada propicia ao enfrentamento à doença, é que se tem a atuação do enfermeiro, como uma rica e necessária intervenção no que se refere a prevenção como ainda, no atendimento a mulheres acometidas

com câncer de mama, uma vez que, são os profissionais da enfermagem que realizam contato direto com esse público, portanto cabe ao enfermeiro o papel de atendimento e apoio, por isso a impotência de trabalharem de forma humanizada, com base no conhecimento científico para que se tenha uma assistência de enfermagem sistematizada durante a detecção e tratamento do câncer, mantendo qualidade de vida das pacientes, durante todo o tratamento (FREIRE, MASSOLI, 2016).

É nessa perspectiva que Camargo e Souza (2013), salienta que ao longo dos anos, a enfermagem tem apresentado significativos avanços no âmbito oncológico. Tendo em vista que, os enfermeiros que já atuavam no campo da oncologia, já vem ao longo dos anos, promovendo além do atendimento teórico-metodológico, proporcionando ainda, medidas conforto para os casos cirúrgicos e/ou em tratamento paliativo para pacientes terminais, nos dias de hoje, atuam muito além dos cuidados técnicos.

o enfermeiro é o profissional que acompanha diretamente todo o processo, que se inicia durante a orientação para a realização do autoexame de mama, e outros exames que possam auxiliar na prevenção desse tipo de câncer. São estes profissionais que orientam durante o tratamento quimioterápico e radioterápico, discorrendo sobre seus efeitos adversos, esclarecendo dúvidas e instruindo a forma correta do autocuidado. Os autores ressaltam a importância do enfermeiro na realização da educação em saúde para as mulheres que estão em tratamento contra o câncer de mama. (FERRARI, *et al.*, 2018).

No que se refere à educação e saúde, Teixeira e Araújo Neto (2020), destacam que a identificação inicial, seguida do tratamento do câncer elevam os índices de curas das mulheres acometidas com câncer de mama. Portanto, a intervenção do enfermeiro junto à Atenção Primária voltada para a prevenção do câncer de mama tem fundamental relevância no que se refere à saúde da mulher, haja visto que, é necessário chegar antes do dano. Melo *et al.*, (2017), enfatiza que o enfermeiro junto à Unidade Básica de Saúde – UBS é o profissional da equipe multidisciplinar que identifica os fatores de riscos, apresenta os métodos de prevenção, como também as recomendações como o autoexame.

Por conseguinte, o enfermeiro no âmbito assistencial é responsável por criar estratégias para prevenir o câncer através da educação em saúde, destinando seus cuidados dentro da atenção básica, na perspectiva da proteção dos agravos em saúde, sendo ele um importante mediador de ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, realizando um cuidado integral do ser, de forma humanística e holística (SOUZA; CAZOLA; OLIVEIRA, 2016).

Para realizar as ações na detecção precoce do CM, designa que o enfermeiro pode utilizar como instrumento de trabalho o suporte operacional dos sistemas de informação inseridos na Unidade Básica de Saúde (UBS), logo, sistemas de informação acessíveis, desde que alimentados, podem fornecer contribuições para detectar o diagnóstico situacional adscrito e a partir dessas informações supervisionar os efeitos das ações educativas executadas. (MELO *et al.*, 2017).

Quanto à realização de ação educativa é oportuno para o enfermeiro realizá-la durante a consulta de enfermagem, cujo momento é fundamental, pois o profissional de enfermagem possui autonomia em acentuar as orientações quanto ao Autoexame Clínico das Mamas (ACM), abordar aspectos mamários normais e aspectos característicos do CM, assim como realizar corretamente o Exame Clínico das Mamas (ECM), sendo também atribuição do enfermeiro elencar ações para o controle do câncer de mama. (MULLER *et al.*, 2018).

Rodrigues *et al.* (2020) salientam que a sistematização de assistência de enfermagem

tem uma grande importância no processo de educação e sensibilização da população na promoção do autocuidado para detectar precocemente o câncer de mama e reduzir a quantidade de casos. Os autores destacam que os enfermeiros devem atuar em todos os níveis de atenção, primária, secundária ou terciária, visto que tem o papel fundamental no processo educativo em saúde, ou seja, o enfermeiro, além do preparo do autocuidado, também deve realizar a promoção em saúde, tendo a imensa responsabilidade de realizar ações, criando estratégias, e utilizando tecnologias para rastrear e realizar o diagnóstico precoce das mulheres com câncer de mama. (SILVEIRA *et al.*, 2021).

Ainda assim, o enfermeiro deve orientar as pacientes na realização de forma satisfatória o Autoexame das Mamas (AEM) periodicamente entre 7 a 10 dias após o início da menstruação. Nas mulheres amenorreicas, com menopausa, advinda de histerectomia ou aquelas em fase de aleitamento materno, é importante orientá-las quanto a possível escolha de um dia mensal para realizar o AEM eventualmente (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Belfort *et al.* (2019) salientam que o enfermeiro tem um papel muito importante no rastreio das mulheres com câncer de mama, e por isso, é muito importante que esses profissionais recebam capacitação e educação continuada, de maneira que possam dar um atendimento de qualidade para as mulheres, sem esquecer dos enfermeiros que realizam o atendimento da mulher durante o tratamento.

a atuação do enfermeiro em oncologia está além do cuidado técnico, visto que os novos tratamentos contra o câncer trouxe a necessidade de um trabalho multidisciplinar, em que o profissional deve realizar o atendimento técnico, mas também dar o suporte psicológico para as pacientes. Os autores discorrem que o enfermeiro pode oferecer informações sobre os efeitos e benefícios do uso de terapias. (SOUZA *et al.*, 2020).

Vale ressaltar o conhecimento adquirido durante a formação profissional e pessoal do enfermeiro, então deve utilizar recursos práticos na prevenção do CM e gerar protocolos de atendimento; na consulta de enfermagem deve conter anamnese para detectar fatores de risco, não se abstendo do ECM, orientação sobre o exame Mamografia (MMG), ações educativas que expliquem o AEM e, realizar agendamento daquelas usuárias assintomáticas para consulta regular (MORAES *et al.*, 2016).

Além de outras ações, o enfermeiro pode incentivar as pacientes aos bons hábitos alimentares, atividade física regular, manutenção do peso corpóreo adequado, amamentação, subtrair bebida alcoólica e tabagismo, ao seguir essas condutas, acredita-se na possibilidade em reduzir até 28% o risco de desenvolver o câncer de mama. (INCA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de identificar a importância do papel da enfermagem na assistência às mulheres com câncer de mama identificou-se que o enfermeiro é um importante profissional no contexto atual de enfrentamento do câncer, e que esse necessita fornecer apoio às mulheres acometidas pelo câncer de mama. A sua atuação é fundamental em todas as fases.

O enfermeiro é o profissional com atributos para promover, prevenir e orientar os pacientes nos serviços de saúde e na sua comunidade, tendo participação direta nos avanços do processo de enfermagem, além do mais, é possível endossar o compromisso da prevenção frente

às doenças através de palestras, oficinas e consulta de enfermagem munida de inovações para com as usuárias.

Além disso, o enfermeiro pode contribuir na saúde dessas mulheres fornecendo um apoio e suporte emocional utilizando estratégias simples como o ouvir, tocar, expressar sentimentos, sendo solidário, tirando as dúvidas das mulheres e se fazendo presente quando estas necessitam. O estabelecimento de vínculo e a troca de saberes entre a enfermagem e as mulheres permite que a adoção de estratégias de cuidados seja mais eficaz para as mulheres.

A atuação do enfermeiro frente à mulher com diagnóstico de câncer de mama é de extrema importância pois, sabe-se que nesse momento as mulheres apresentam muitas angústias, incertezas e medos. Diante disso, o enfermeiro por deter de conhecimento científico está preparado para abordar os aspectos psicossociais na atenção às mulheres, com vistas a uma assistência mais integral e humana.

Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos que possibilitem identificar quais são as ações e a importância do enfermeiro no cuidado às essas mulheres no cenário da saúde coletiva, já que a maioria dos estudos são desenvolvidos quando essas estão em ambulatórios ou hospitais. Assim, é necessário compreender como é cotidiano da mulher com câncer de mama.

Apesar da importância da temática na promoção da saúde da mulher, evidenciaram-se poucas publicações sobre as ações do enfermeiro a respeito da prevenção, orientação e promoção do câncer de mama. Nesse sentido, há lacunas no conhecimento no que tange às ações do enfermeiro no cuidado à saúde da mulher com diagnóstico de câncer de mama.

REFERÊNCIAS

BELFORT, Lucas, *et al.*, Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.7.n.11.nov. 2021. ISSN - 2675 – 3375 818 MACEDO, Leyliane Jannice de Andrade. O papel do enfermeiro no diagnóstico precoce do câncer de mama na atenção primária. *Research, Society and Development*, v. 8, n. 5, p. 01- 13, 2019. Disponível em:<<https://doi.org/10.33448/rsd-v8i5.1024>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BEZZERRA, Diego Aragão de; DOURADO, Guilherme Peixoto; PINTO, Vicente de Paulo Teixeira; FROTA, Lia Gomes da. *Oncologia. Atualizações para graduação*. São Paulo: Booknando Livros, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CAMARGO, C.T. ; & SOUZA, I .E .O.(2013). Atenção à mulher mastectomizada: Discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/qsBVM8KMP53WdT4VhsfVvKM/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 15 abr. 2022.

CARVALHO, J. B.; & PAES, N. A.(2019). Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10),3857-3866. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.03612018>>. Acesso em: 02 abr. 2022.

DERENZO, Neide; COSTA, Maria Antonia Ramos; MELO, Willian Augusto de; COSTA, Cassia Kely Favoretto; FRANCISQUETI, Verônica; BERNUCI, Marcelo Picinin. Conhecimento de mulheres sobre fatores relacionados ao câncer de mama. *Revista de Enfermagem UFSM*; 7(3): 436-447; 2017. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26438>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

FREIRE, C. A.; & MASSOLI, S. E. (2016). A assistência de enfermagem às pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Batatais-SP: Centro Universitário Clarentino.

FRETTA, T. B. *et al.* (2019). Tratamento de reabilitação para dor em mulheres com câncer de mama. *BrJP. São Paulo*, 2(3), (jul-set. 2019), 279-83. Disponível em:< <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190049>>. Acesso em: 05 abr. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. Estatísticas de câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-decancer>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MELO, Fabiana Barbosa Barreto; MARQUES, Carla Andréia Vilanova; ROSA, Anderson da Silva; FIGUEIREDO, Elisabeth Níglio de; GUTIERREZ, Maria Gaby Rivero de. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, p. 1119-1128, 2017. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/reben/a/MW9w8Hrd6ctmBqdhqnpdJs/?lang=en>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

MINAYO, M. C. S. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MULLER, Elaine Teresinha; PEREIRA, Adriana Dall’Asta; ZAMBERLAN, Claudia; FERREIRA, Carla Lizandra de Lima. Contribuição da enfermagem na reabilitação da mulher com câncer de mama: revisão narrativa. *Disciplinarum Scientia - Saúde*, v. 19, n. 2, p. 255-265, 2018. Disponível em:< <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2510#:~:text=Da%20an%C3%A1lise%20tem%C3%A1tica%2C%20surgiram%20dois,a%20a%C3%A7%C3%A3o%20deve%20ser%20multiprofissional>>. Acesso em: 29 abr. 2022.

RODRIGUES, Josiane Ramos Garcia; SALUN, Ariana Aparecida Lins Aleksandrovic; OLIVEIRA, Vanessa Aparecida Sanches Campassi de; LIMA, Priscila Bocchile de; NUNES, Maria Renata. Importância do enfermeiro para o controle do câncer de mama: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 55, p. e3668, 23 jul. 2020. Disponível em:< <https://doi.org/10.25248/reas.e3668.2020>>. Acesso em: 05 mai. 2022.

SANTOS, Glenda Dias dos; CHUBACI, Rosa Yuka Sato. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2533-2540, 2017. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/csc/a/8rs7VbvXyLKhQzkyxrqjYcC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SARTORI, A. C. N.; & BASSO, C .S. (2019). Câncer de mama: uma breve revisão de literatura. *Perspectiva*, Erechim. 43(161) (mar/2019), 07-13. Disponível em:<https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/161_742.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2022.

SEVERINO, Antonio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVEIRA, Cristiane Martins Bolonha; GONÇALVES, Eduarda Frare; FIDELIS, Fabiana Aparecida Monção; SANTANA, Isadora Ribeiro; SARRACENI, Jovira Maria;

FERRARI, Luiz Felipe da Silva. Atuação da equipe de enfermagem frente a prevenção e diagnóstico

precoce do câncer de mama: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 7, p. 72233-72248, 2021. Disponível em:< DOI:10.34117/bjdv7n7-414>. Acesso em: 07 abr. 2022.

SIQUEIRA, L.G. *et al.* Sentimentos das mulheres ao receber o diagnóstico de câncer de mama. *Humanidades*. 2014, vol. 3, n.2, p.70-84; Disponível em:< https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a121.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2022.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. (orgs), Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SOUZA, Tábata de Cavatá; MONTEIRO, Daiane da Rosa; TREVISAN, Bibiana Fernandes; MALLMANN, Francielly Haygertt. Atuação da enfermagem no cuidado a pacientes com câncer de mama: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 12, p. e14391210939-e14391210939, 2020. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.10939>>. Acesso em: 03 abr. 2022.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; ARAÚJO NETO, Luiz Alves. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. *Saúde e Sociedade*, v. 29, p. e180753, 2020. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180753>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

ZIGUER, M.L.P.S., BORTOLI, C.F.C., PRATES, L.A. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. *Espaç. saúde (Online)*. 2016, vol.17, n.1, p.108-113. Disponível em:< DOI 10.5433/15177130-2016v17n1p107>. Acesso em: 04 abr. 2022.

O papel da enfermagem durante o trabalho de parto humanizado

Rafaella Santana Andrade

Edivania Santana

Thamirys de Oliveira Andrade

Kiara Dantas Tavares Menezes

Rayanne Stefanny Almeida Fontes

Edenilton Bispo da Conceição

Thiago Costa dos Santos

Sabrina de Almeida Santos

Milena dos Anjos Castro Lessa

Jayne Andrade Santos

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.4

RESUMO

A humanização do parto é possibilitar que o universo haja por si, permitindo que a genitora sintase à vontade, desimpedida para permanecer na posição que desejar, sintase admirada e tenha liberdade sobre seu respectivo corpo. Através desse pensamento objetiva-se discriminar na literatura o interesse da enfermagem no parto natural humanizado. Alçar quais são os avanços que os escritores exercem sobre a temática. Apurar na literatura o interesse da humanização no parto. Explorar a assimilação das parturientes a respeito da Enfermagem no parto humanizado. Como questão norteadora utilizou-se questionamento como o método da assistência de condutas de enfermagem concebe formação de entendimento e promoção da saúde na humanização do parto? Dessa forma, realizou-se estudo exploratório, cujo método foi revisão exploratório, com abordagem qualitativa. Refere-se a uma pesquisa de conduta qualitativa, de conteúdo descritivo e exploratório, com o propósito de determinar mediante de descrições das pacientes as atitudes dos enfermeiros que carregam a humanização no trabalho de parto.

Palavras-chave: assistência de enfermagem. humanização do parto. promoção da saúde.

ABSTRACT

The humanization of childbirth is to allow the universe to act by itself, allowing the mother to feel comfortable, free to remain in the position she wants, to feel admired and have freedom over her respective body. Through this thought, the objective is to discriminate in the literature the interest of nursing in humanized natural childbirth. To highlight what are the advances that writers exert on the subject. To investigate in the literature the interest of humanization in childbirth. Explore the assimilation of parturients regarding Nursing in humanized childbirth. As a guiding question, the questioning was used: how does the method of nursing care conducts conceive formation of understanding and health promotion in the humanization of childbirth? Thus, an exploratory study was carried out, whose method was an exploratory review, with a qualitative approach. It refers to a qualitative conduct research, with descriptive and exploratory content, with the purpose of determining, through patient descriptions, the nurses' attitudes that carry the humanization in labor.

Keywords: nursing assistance. humanization of childbirth. health promotion.

INTRODUÇÃO

A humanização do parto é possibilitar que o universo haja por si, permitindo que a genitora sintase à vontade, desimpedida para permanecer na posição que desejar, sintase admirada e tenha liberdade sobre seu respectivo corpo. Para socializar o cuidado é necessário recolher o eixo da forma biomédico e conservar o parto natural, onde a estrutura física procede de modo natural e saudável.

Portanto, estudo se justifica, a humanização do parto é uma das diversas atitudes que compõem cujo argumento é o serviço humanizado aos clientes, limitando as taxas de cesáreas e de necrologia materna, e afirmar maior atuação da puérpera nas resoluções sobre sua saúde, permitindo, assim, o culminante bem-estar da mulher e do neném entre outros. O fundamental da ideia de humanização é o atendimento, que provoca em uma entrada humana e atenta as lamentações, apreensões, ansiedades e incertezas das mulheres, que são ouvidas, assegurando-lhes a sensatez da equipe na solução dos problemas e na persistência da assistência, quando

possuir imposição desta.

Neste seguimento, dispondo da multidisciplinaridade no cuidado à saúde do indivíduo, família e sociedade, nas diferenças dos conhecimentos e prática do cuidar. Assim gera o questionamento: Como o método da assistência de condutas de enfermagem concebe formação de entendimento e promoção da saúde na humanização do parto?

Discriminar na literatura o interesse da enfermagem no parto natural humanizado. Alçar quais são os avanços que os escritores exercem sobre a temática. Apurar na literatura o interesse da humanização no parto. Explorar a assimilação das parturientes a respeito da Enfermagem no parto humanizado.

Refere-se a uma pesquisa de conduta qualitativa, de conteúdo descritivo e exploratório, com o propósito de determinar mediante de descrições das pacientes as atitudes dos enfermeiros que carregam a humanização no trabalho de parto.

ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO

Humanização no parto

A humanização pode ser conceituada como algo fundamental do homem, que não pode ser obtida, pois o próprio já a dispõe conseguindo trazer à tona e habituada, de modo arcar essa natureza. Assim, o humanismo determina o entendimento do homem e a formação de métodos para que os seres entendam uns aos outros.

A humanização tem como base o respeito e a valorização do ser humano, prezando sempre os compromissos éticos. Através dela, podem-se compreender melhor os problemas dos clientes e buscar soluções mais facilmente, favorecendo a participação, a autonomia, a responsabilidade e a atitude, fatores que melhoram a qualidade da atenção à população (RIOS, 2019).

A humanização é um assunto muito debatido e evidencia algo espiritual e essencial. Na procura pela cognição de sua concepção recomenda-se adiantar na função de permear o aspecto, o concreto, o evidente para perceber essa tão entrever fundação humana. Desta forma, na pesquisa pelo auxílio total, instruído, eficiente e de qualidade, o atendimento, é de imprescindível durante o acolhimento da mulher, para percepção de todas as circunstâncias, desde a sua entrada à unidade de saúde.

O Ministério da Saúde incrementou a iniciativa da humanização do parto, com vistas a reduzir o número de cesáreas e também a mortalidade materna e infantil. (CASTRO e CLAPIS, 2015)

Com ideias a transformar a humanização do parto uma vivência, tem-se encorajado a introdução de enfermeiros especialistas (enfermeiros obstétricos) para agir nesse procedimento, a fim de reduzir as interferências médicas, tão persuasivas na atualidade.

Nessa circunstância de adição do enfermeiro obstetra no cuidado no parto, segundo Dias e Domingues (2016) pode ser capaz de contribuir para reduzir a morbimortalidade materna, reduzindo as intervenções desnecessárias e oferecendo um cuidado mais integralizado.

Segundo, RATTNER (2015), diz que na assistência ao parto e nascimento deve haver

respeito do processo fisiológico compreendendo e corrigindo os desvios da normalidade; deve-se respeitar a individualidade da parturiente; respeitando sua integralidade como ser biológico e social; e permitir o acesso do acompanhante em todas as fases do parto.

Assistência de enfermagem humanizada frente ao parto

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2005), mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas.

Conforme o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual dispõe sobre a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o enfermeiro tem como atribuição no parto:

Prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido [...]

Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto [...]

Execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia [...]

Art. 9º às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica incube a prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 1987, p. 8853).

Devendo também os mesmos estarem ciente do mérito de sua conduta, da entonação e dos vocábulos utilizados, tal como o aspecto das assistências são praticadas, utilizando-se de um novo olhar e uma nova expressão. A humanização compreende em disponibilizar à parturiente por forma da responsabilidade, um acesso de uma oportunidade impressionante para outro, com proteção, estabilidade e discernimento.

Desse modo, o profissional de enfermagem normalmente procura fornecer uma assistência conforme as características de cada gestante, se atentando constantemente com a importância da humanização na parturição, realizando um planejamento, estimulando e possibilitando o destaque da fisiologia do parto, onde a mulher tem manejo, visto que é algo que pertence a universo feminino (SOUZA; SANTOS, 2011).

Segundo relata Mattos, *et al*, 2014, o enfermeiro deve ser capacitado a respeitar as clientelas e seus familiares, entender os extremos da fisiologia do corpo no decorrer do procedimento normal do parto e ser capaz de enfrentar os riscos, ter entendimento científico para reconhecer os prováveis problemas e ter a vulnerabilidade para atuar no instante correto dos casos de interferências.

O enfermeiro exerce uma função significativa como contribuinte para a preparação desta cautela como área das funções de pré-natal. Além disso, precisa ofertar instruções, direcionamentos específicos e atividades, na aptidão da mulher e seu companheiro para o ensejo do parto. O acompanhante será capaz de estar junto da grávida durante o pré-natal, durante o trabalho de parto e o parto, experienciando lado a lado à mulher a vivência do nascimento.

Compete ao profissional de enfermagem dialogar com a puérperas e com a família com a finalidade de explicar e apoiá-la a estabelecer o que será melhor para os dois. Nesse sentido, Kitahara *et al.* (2019), diz o seguinte:

Os Enfermeiros devem ter a consciência de que, agindo assim, cumprirão com sua mais honrosa vocação, que é o cuidado do ser humano de forma integral, holística, e que contribuirão para que a experiência da mulher em gestar e parir sejam mais felizes e de oferecer uma melhor qualidade de vida ao novo ser que está sendo recebido e, com certeza, para a nova família que surge.

Portanto, o comparecimento do acompanhante pode fornecer excelentes transformações na assistência, inclusive para a equipe, revigorando as atitudes de humanização na organização. Por isso, a humanização é o acesso no qual deve perpassar todas as ações dos enfermeiros que agem junto à mulher no ensejo do parto, com intuito de alcançar uma assistência de qualidade.

É função do enfermeiro, enfatizar o valor do comparecimento do pai nas consultas do pré-natal, que são excelentes instantes para elucidar dúvidas, integrar efetivamente da gestação da sua mulher, ser informado quanto ao trabalho de parto, o que colabora para a capacidade desse pai companheiro no decorrer do trabalho de parto e nascimento do seu filho.

Percepção sobre o atendimento de enfermagem

A humanização das parturientes é um exemplo que está, gradativamente, se modificando em realidade, conforme Fialho (2008) disse:

Humanizar é oferecer cuidado de excelência as mulheres por meio da redução da dor, do oferecimento de um ambiente seguro, do bem-estar físico e emocional, da autonomia de escolha de como pretende gerar o seu filho, oferecendo apoio material, pessoal e emocional essencial para que a gestante, o recém-nascido e o acompanhante passem por toda a etapa de maneira calma e feliz (FIALHO, 2008).

O profissional de enfermagem necessita desempenhar uma liderança que oferta benefícios para a instituição, fortalecendo gradualmente aptidões e capacidades para um trabalho interativo, estabelecendo estratégias para impulsionar sua equipe para que consigam alcançar suas finalidades e seus objetivos.

Compreende-se que o CPN veio para mudar e melhorar a assistência ao atendimento ao parto normal, possuindo um ambiente adequado conforme o MS preconiza, onde se tem o quarto PPP, que atende o pré-parto, o parto e o pós-parto, onde individualiza e privatiza a parturiente, visto que o parto pode ter efeito marcante sobre a vida da mãe e do bebê. (FORTES, 2017).

Ainda que aperfeiçoe toda a assistência à mulher em procedimento de parturição, constata-se que é fundamental compreensão dos profissionais de enfermagem para o desempenho do cuidado, da comunicação, do atendimento e da conversação com a parturiente, para vislumbrar o ideal de humanização.

A atuação presente dos enfermeiros nesse método é importante, pois como participantes da equipe de saúde precisam usufruir, além dos entendimentos técnico-científicos, da consideração à mulher como ser ímpar, com vontades e direitos, no propósito de propor a assistência humanizada.

A assistência apropriada a grávida no momento do parto, representa um passo essencial para averiguar que ela atinge exercer a função de mãe com segurança e tranquilidade, este é um

direito fundamental de cada gestante, trazendo os melhores benefícios para o meio em que vive.

Embora têm ocorrido a evolução da obstetrícia, o profissional de enfermagem ainda não é observado como deveria ser. Um dos métodos que comprova isso é o parto ainda ser de executado uma forma tecnizado e apontado como um ato cirúrgico, partindo assim um embate negativo sobre a preparação e conduta do enfermeiro especialista.

Os profissionais de enfermagem necessitarão estar capazes para atender da parturiente, seu companheiro e família, considerando toda a importância dessa fase. Isso deve ajudar na edificação de elo mais intenso com a gestante, passando tranquilidade e bem-estar, focando no privilégio da vida.

A importância de um acompanhante para a mulher no trabalho de parto

A conduta da parição é considerada como uma experiência especial na vida do casal. Por essa razão, é essencial ponderar o momento do parto como uma celebração profunda para os pais. Os dois são capazes de vivenciar vários sentimentos com a chegada de um novo membro da família, o que faz fundamental que os enfermeiros se encontrem prontos para sustentar e proporcionar ao casal uma ocasião satisfatória, tranquila, contribuindo para que esta seja um instante benéfico para os dois.

Segundo Costa (2015) a participação de um acompanhante de opção da gestante no momento do nascimento e/ou da sua relação familiar, no qual oferecerá suporte e será seu companheiro, é de essência importância no processo de dar à luz, este indivíduo passará conforto, fazendo com que a parturiente se sinta segura e acolhida.

A participação do parceiro possibilita bem-estar físico e emocional a mulher e oferece um bom desenvolvimento no período gravídico puerperal. O companheiro passa segurança durante todo o procedimento parturitivo, o que pode reduzir as complicações na gestação, parto e puerpério, a utilização de medicamento, ocitocina, cesarianas e a internação de mãe e filho.

O Ministério da Saúde (2005) admite que o acompanhante oferece vantagem e que as mulheres que dispõem de uma pessoa durante a parição e no pós-parto imediato permanecem confiantes e confortáveis no momento do processo, proporcionando a redução da duração do parto e do índice de cesarianas.

O acompanhante contribui, ainda, na diminuição do risco de depressão no puerpério, além de auxiliar a mulher nas funções básicas com o recém-nascido após o nascimento, no momento em que a mãe está no período de recuperação (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

De acordo com Longo; Andraus e Barbosa (2010) o acompanhante no parto humanizado é o indivíduo que fornece o apoio à gestante no decorrer do processo da parição e conforme o contexto assessorial, este pode ser exercido pela equipe de saúde, parceiro, família ou amiga da mulher.

Porém, a compreensão de companheiro apresentada pela Política Nacional de Humanização, designado como humaniza SUS, evidencia o indivíduo que acompanhará a gestante como preposto do convívio social da mulher mantendo-se com ela quando estiver no ambiente hospitalar.

A aprovação da indicação da parturiente em vínculo ao seu parceiro é classificada como

uma atitude reconhecida benéfica e que deve ser estimulada. Viabilizando esse direito da mulher reduz a demanda de sedação, a ocorrência de cesarianas e o estresse do recém-nascido no quinto minuto de vida. Além disso, essa vivência de alicerce é um componente fundamental na parição, pois leva para a gestante a sensação de segurança, alívio e satisfação.

Conforme exposto por Hoga e Pinto (2007), a organização hospitalar deve disponibilizar lugar físico e capacitar a equipe de saúde para o benefício de melhor convívio com a família do paciente. É uma ação que intensifica o elo dos profissionais de saúde com os acompanhantes e possibilita expor aos novos profissionais as vantagens geradas por esta relação.

As assistências de enfermagem no parto humanizado concordaram para a presença do acompanhante e o comprometimento da família no método de parturição, respeitar a particularidade da mulher, realizar processos seguros e impedir condutas intervencionistas desnecessárias, contribuindo a passagem natural do parto, além de direcionar e informar a mulher, aspirando a sua liberdade em relação às práticas e posturas.

Nesse momento o profissional tem o entendimento científico do privilégio que um parto humanizado traz para a gestante e para o bebê, ele realiza seu papel com amor e empatia, humanizando sua assistência e esclarecendo para que essa ocasião se torne o mais sossegado e seguro possível.

Os profissionais da saúde passaram a entender a relação do trabalho de parto dentro do contexto da humanização, por meio dos resultados obtidos através da influência positiva do acolhimento bem qualificado em associado às boas práticas assistenciais durante o processo de parturição. Além disso, reconheceram a necessidade de diminuir as práticas intervencionistas, bem como reconhecer a importância do direito a um acompanhante como uma ação positiva para a mulher. Todas essas ações com a finalidade de promover o bem-estar para mulher, e assim trazer à tona seu protagonismo no decorrer do trabalho de parto. ((LIMA LPM, *et al.*, 2015).

Portanto, a relação entre o enfermeiro e o paciente terá um espaço fértil para a construção de atitudes educativas em saúde moderna, alcançando na assistência um grande embasamento do exercer da enfermagem. Esta consciente de suas responsabilidades e deveres empregando pratica edificantes ofertadas um espaço acolhedor e tranquilos são motivos essenciais nesse método de transformação na assistência humanizada a saúde da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante o presente estudo explorado, consideramos que a assistência dos enfermeiros e sua concepção em relacionamento à humanização do parto têm aperfeiçoado, precisando assim de profissionais competentes, compromissados, que vejam a gestante com respeito, apresentando para elas, que as mesmas são personagens principais de suas vidas.

A intercomunicação verdadeira e de boa qualidade do enfermeiro atua na melhor interação entre os familiares de parturientes antes, durante e pós-parto, em conclusão, melhora a característica do parto humanizado, pois os dois descobrem em um espaço onde se sentem seguros e harmoniosos.

Conclui-se que foi pertinente para apresentar tanto para os profissionais quanto para

a sociedade que o parto humanizado traz vários privilégios com relação à saúde fisiológica e sobretudo mental da mãe e do bebê, tornando-o um momento especial e memorável para a família. Essa pesquisa tem como contribuição para políticas públicas em saúde e incentivar novos conhecimentos na unidade, além de explorar mais esse contexto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de janeiro de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, D.F., 9 jun. 1987. Seção 1, p. 8853.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abr. de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. Presidência da República Casa Civil, Brasília, D.F., 8 abr. 2005. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de jun. de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, D.F., jul. 2011. Seção 1, p. 109.

COSTA, Larissa Fortes da. Boas práticas na assistência ao parto e nascimento: concepções, percepções e desafios sob a ótica da equipe de enfermagem. 2015. 55 p. Monografia (Enfermagem) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015.

DIAS, M. B. B. B.; DOMINGUES, J. E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona sul, no município de São Paulo. Ciência e Saúde coletiva, [S. l.], v. 12, n.2, p. 465-476, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-17680101>. Acesso em: 14 mai. 2018.

CASTRO, A. C.; CLAPUS, S. R. Implementação do alojamento conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 669-677, out/dez 2015.

FORTES, R.M.M. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. Rev. Fund. Care Online, v. 9, n. 3, p. 717 -726, jul/set 2017.

FIALHO, Tatiana Cupertino. O papel do enfermeiro no parto humanizado. 2008. 38 p. Monografia (Enfermagem)- Educação Avançada Ltda, Mato Grosso, 2008. Disponível em: <http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20CUPERTINO%20FIALHO.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

HOGA, Luiza Akiko Komura; PINTO, Cleusa Maia de Souza. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. Invest. Educ. Enferm., v. 25, n. 1, p. 74-81, fev. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1052/105215404008/>. Acesso em: 14 mai. 2018.

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; BARBOSA, Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, n. 2, p. 386-391, abr/jun. 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-728617>. Acesso em: 14 mai. 2018.

MATTOS, Diego Vieira de; VANDENBERGHE, Luc; MARTINS, Cleusa Alves. Motivação de enfermeiros

obstetras para o parto domiciliar planejado. Rev. Enferm. UFPE online, Recife, v. 8, n. 4, p. 951-959, abr. 2014. Disponível em: https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/5580-54545-1-PB_artigo_cleusa.pdf. Acesso em: 14 mai. 2018.

OLIVEIRA, A.S.S. *et al.* O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. Rev. Cient. Amer. Latina e Caribe, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 247-253, abr/jun 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4836/483648967007/>. Acesso em: 14 mai. 2018.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência e Saúde coletiva, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63012221/>. Acesso em: 14 mai. 2018.

RATTNER, Helena Rinaldi. Mães Alojadas: alojamento conjuntos no hospital geral como forma de humanização. Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 36, n. 90, p. 141-156, jan. 2015.

LIMA, S.R.R.K, *et al.* A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. Enfermagem, Florianópolis, v. 25, n. 1, mar. 2015.

SOUZA, Natalia de Andrade; SANTOS, Fernando Reis do Espirito. Estudo sobre a atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado e humanizado. 2011. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EOB/EOB06/SOUZA-Natalia%20de%20Andrade.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018.

Plano de atuação do profissional de enfermagem com atenção ao quadro psicológico como meio de enfrentamento ao câncer de colo de útero

Nursing professional performance plan with attention to the psychological framework as a means of coping with cervical cancer

Aylla Cecília Ribeiro de Melo

Simone Alves Barbosa

Suzerley Ribeiro de Melo

Tatiana Lima da Silva

Alexsandro da Silva Lima

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.5

RESUMO

O câncer de colo de útero é o terceiro câncer que mais atinge mulheres e o quarto em número de óbitos. Sua detecção é feita através do exame citopatológico (Papanicolau). Relativamente baratos, eles são oferecidos gratuitamente no sistema único de saúde, com fácil acessibilidade às mulheres amparadas pelo SUS. Ante isso, evidências de estudos apontam que mulheres acometidas com câncer de colo de útero são suscetíveis a desenvolver quadros de depressão ou de outras doenças psicológicas na decorrência do seu tratamento. Posto isto, desenvolveu-se este estudo para avaliar o diagnóstico situacional e elencar os fatores causais, além de propor métodos, ações, programas e políticas públicas que se provaram, empiricamente, capazes de provocar uma reação positiva ao problema. Estudos voltados a análise de incidência de depressão e ansiedade em pacientes portadores de câncer, em várias partes do mundo, indicam a evidência e urgência de ações voltadas a esta população. A correlação de agravamento em pacientes com câncer de colo do útero e algum distúrbio psicológico é evidente e recíproca, com um problema ajudando a piorar o outro.

Palavras-chave: câncer. colo de útero. tratamento. prevenção. fatores de risco. depressão.

ABSTRACT

Cervical cancer is the third cancer that most affects women and the fourth in number of deaths. Its detection is made through cytopathological examination (Papanicolau). Relatively cheap, they are offered free of charge in the unified health system, with easy accessibility to women supported by the SUS. In view of this, evidence from studies indicates that women with cervical cancer are susceptible to developing depression or other psychological diseases as a result of their treatment. That said, this study was developed to evaluate the situational diagnosis and list the causal factors, in addition to proposing methods, actions, programs and public policies that have proven, empirically, capable of provoking a positive reaction to the problem. Studies aimed at analyzing the incidence of depression and anxiety in cancer patients, in various parts of the world, indicate the evidence and urgency of actions aimed at this population. The correlation of worsening in patients with cervical cancer and some psychological disorder is evident and reciprocal, with one problem helping to worsen the other.

Keywords: cancer. cervical cancer. treatment. prevention. risk factors. depression.

INTRODUÇÃO

Define-se câncer de colo de útero como o aumento desordenado de células do epitélio de revestimento do útero, com capacidade de metástase. O carcinoma epidermoide, que compromete o epitélio escamoso, é mais comum e chega a ser diagnosticado em 90% dos casos, enquanto que o adenocarcinoma, o qual compromete o epitélio glandular, é encontrado mais raramente, em apenas 10% dos casos.

Os fatores causais do câncer do colo do útero independem do carcinoma presente, e estão relacionados à infecções por tipos oncogênicos como o 16, 18, 31 e 45 do HPV, em pelo menos 85% dos casos. Além disso, existem diversos fatores minoritários que atuam na facilitação da infecção, como o tabagismo, início precoce da atividade sexual, uso prolongado de contraceptivos orais e múltiplas gestações (OLDHAM; DILMAN, 2009).

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer – INCA (2019), em cada ano do triênio 2020-2022, cerca de 16.710 novos casos seriam diagnosticados, significando um risco na taxa de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres brasileiras. Atualmente, o INCA identifica a doença como sendo o terceiro tipo de câncer mais incidente em mulheres, com exceção dos tumores de pele não melanoma, sendo o quarto responsável por óbitos.

Além disso, este também é a quarta causa de morte de câncer em mulheres no mundo, levando ao óbito uma quantidade aproximada de 324 mil mortes no ano de 2020, segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer – IARC (2019), e 6.596 mortes pela neoplasia no Brasil. Tal fato demonstra que este um problema de saúde pública, de forma que deve ser levantado políticas mais intensificadas para que se tenha detecção e controle mais rapidamente.

A detecção do câncer de colo de útero se dá através do exame Papanicolau, colposcopia e biópsia, sendo o primeiro oferecido à mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram relações sexuais. É um exame preventivo por identificar as lesões que podem vir a desenvolver a doença, permitindo o diagnóstico precoce (INCA, 2021).

Nesse sentido, recomenda-se que se realize o exame periodicamente a cada três anos, uma vez que o CA de colo de útero tende a se desenvolver vagarosamente. A colposcopia e biópsia servem para exames complementares, em relação a dúvidas no rastreamento ou na própria definição do diagnóstico.

Neste quadro, tem-se preocupado acerca de meios para se obter um controle satisfatório nos caminhos de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. Segundo o INCA (2019), o plano de controle passa por ações em todos os níveis de atenção, desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos.

A promoção de saúde embasa-se na Constituição Federal de 1988, mais especificamente na seção II - da saúde, na qual consta, entre outros, o artigo 196, que estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, são questões centrais o acesso à informação e a redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, devendo ser garantidas a partir de ações intersetoriais que busquem promover a escolaridade e a renda da população, bem como a qualificação do Sistema Único de Saúde – SUS. Fica também expresso que os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes, tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença (INCA, 2021).

A importância dos cuidados paliativos em pacientes com câncer de colo de útero, incluindo no que tange sua saúde psicológica, é de extrema importância, pois estudos demonstram que, apesar de certa conscientização institucional, iniciada pela OMS em 2002, tais cuidados ainda não atingiram grau satisfatório de alcance e plenitude. Ainda de acordo com a OMS, apenas 14% dos pacientes no mundo que precisam de cuidados paliativos de fato o recebem, e 78% dos adultos que necessitam desses cuidados vivem em países de baixa e média renda (OMS, 2021).

Assim, se torna indissociável a relação entre os cuidados paliativos e a Atenção Primária

em Saúde, por ser esta o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e, por conseguinte, a intrínseca relação com o profissional enfermeiro. Evidencia-se esta narrativa pelo conhecimento de que o profissional enfermeiro tem sido, cada vez mais, graduado com enfoques específicos em questões humanitárias, sob a regência da Política Nacional de Humanização que, por sua vez, estabelece objetivos, princípios e métodos para atingir profissionais, usuários e gestores do SUS, com diretrizes de humanização.

Além disso, é competência do enfermeiro, como disposto na Política Nacional de Atenção Básica, nas Atribuições Específicas do Enfermeiro, item II:

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (PNAB, 2012).

Simultaneamente, o estresse, depressão e outros fatores psicológicos tendem a acometer pessoas que enfrentam ou enfrentaram o câncer, e a percepção da própria pessoa em relação a isso pode influenciar no desenvolvimento de algum problema psicológico, por ser de conhecimento geral que esta doença é perigosa e debilitante, sendo também letal. A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes oncológicos, atingindo-os na taxa de 22% a 29% (BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009).

Com tais informações dispostas, esta pesquisa tem por finalidade fazer uma análise dos dados apresentados por diversas instituições hospitalares, governamentais, universitárias, além de órgãos não governamentais, autarquias e estudos científicos independentes, com o objetivo de definir ações eficazes para o devido acompanhamento e cuidado psicológico empreendido pelo enfermeiro, para com pacientes com câncer de colo de útero. O campo de estudo sobre as implicações emocionais e psicológicas dos tratamentos do câncer no Brasil ainda é pouco definido.

Sabe-se que, por ser um processo lento, doloroso e invasivo, a quimioterapia antineoplásica, comum para os casos de tratamento de câncer, gera alterações drásticas na vida do paciente, normalmente ocasionando mudanças no comportamento, humor, e na gama de sentimentos que compõem o indivíduo. Com diversos efeitos negativos que surgem imediatamente após o início do tratamento, como náuseas, vômitos, perda de cabelo, fraqueza e variação de peso, o tratamento quimioterápico, aliado à própria condição da enfermidade do indivíduo, traz uma séria preocupação popular e institucional acerca dos procedimentos e investimentos necessários à área da saúde.

Segundo uma pesquisa divulgada em abril de 2022, realizada pelo Instituto Oncoguia em parceria com o Datafolha, 63% da população brasileira (estima-se) escolheu o câncer como a doença que deve ser tratada como prioridade pelo governo, em relação à política pública. Ainda, 42% dos entrevistados relataram sentimentos negativos, com muitas menções à palavra morte, doença, dor, medo, tristeza e sofrimento (ONCOGUIA/DATAFOLHA, 2022).

O câncer de colo de útero, objeto e tema deste trabalho, com suas características e consequências gerais abordadas na introdução, é o terceiro tipo de câncer mais incidente em mulheres (INCA). Portanto, tal fato é alvo de levantamentos e pesquisas, sobretudo os que avaliam a autoestima, a sexualidade, a conformidade e quadros psicológicos do pós-tratamento (INCA,

2019).

Um estudo intitulado “Repercussões Emocionais e Comportamentais em Mulheres com Câncer de Colo de Útero”, feito com 20 pacientes da Unidade de Alta Complexidade de Oncologia (UNACON), do Hospital de Clínica Doutor Alberto Lima concluiu que, muitas vezes “o indivíduo é tomado por sentimentos de medo, angústia, pena de si mesmo, além da sensação de ter perdido o controle em relação a sua vida, um sentimento de impotência que o movimenta diante de seu adoecimento” (ARAÚJO; AGUIAR, 2018, p. 17).

Assim estabelecido, se confere uma enorme importância na realização de estudos do impacto emocional em pacientes com câncer de colo de útero, que contribuam para o aprimoramento da gestão em saúde, principalmente ao nível de atenção básica. Isso busca uma forma de garantir a evolução no tratamento e acompanhamento da população afetada com esse diagnóstico.

Assim, tem-se como objetivo analisar um plano eficaz de atuação do profissional enfermeiro, na atenção básica, cujo foco seja o cuidado psicológico dos pacientes acometidos de câncer do colo do útero. Além disso, é importante reunir os principais dados acerca de diagnósticos situacionais sobre transtornos psicológicos em pacientes com câncer, de forma a traçar uma correlação factual que indique correspondência entre os dados e aspectos socioeconômicos dos pacientes, para investigar a incidência de transtornos psicológicos em pacientes oncológicos do estado de Pernambuco.

REFERENCIAL TEÓRICO

A importância do acolhimento do paciente com depressão

A depressão, conhecida também pelos termos clínicos de transtorno depressivo maior ou depressão clínica, é um transtorno de humor comum, porém grave. É causa de sintomas complexos e afeta os pensamentos, sentimentos e senso de agir das pessoas, geralmente levando a um sentimento de impotência, fragilidade e dor, atrapalhando aspectos da vida do indivíduo, como o trabalho, casamento, lazer, entre outras coisas (NIMH, 2018).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição, ou DSM-5, manual diagnóstico e estatístico produzido pela Associação Americana de Psiquiatria elenca transtornos depressivos. Em sua edição, aborda-se Transtorno Disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo identificado e transtorno depressivo não especificado (NIIP, 2018).

Causas e fatores de risco do quadro de depressão

O desenvolvimento do quadro depressivo pode acontecer por algumas causas como, por exemplo, o histórico familiar, transtornos psiquiátricos correlatos, estresse crônico, ansiedade crônica, disfunções hormonais, excesso de peso, sedentarismo e dieta desregrada, vícios, uso excessivo de internet e redes sociais, traumas físicos e psicológicos, pancadas na cabeça, entre

outros. Estas variadas causas que são capazes de levar ao quadro depressivo, podem retardar o diagnóstico, já que muitos confundem ou buscam outras causas para a desregulação (TJDFT, 2019).

Devido à múltipla variedade de fatores causais, a depressão tende a ser, de acordo com a OMS, a doença mais comum do mundo. A Organização reconhece também a inter-relação entre depressão e o estado de saúde físico do indivíduo e, segundo o Intercâmbio Global de Dados de Saúde – GHDx, 280 milhões de pessoas no mundo tem depressão, doença que pode levar inclusive ao suicídio (HEALTHDATA, 2019).

Principais sintomas da depressão

Estão entre os sintomas da depressão, de identificação mais comum, a tristeza ou perda de prazer em atividades, experimentando esse sentimento em grande parte do dia, geralmente mantendo a frequência diária para além de duas semanas. Tem-se também perda de concentração, sentimento de culpa excessiva, baixa autoestima, desesperança, pensamentos de morte e/ou suicídio, perda, diminuição ou interrupção constante de sono, sensação de cansaço e perda de energia.

Intervenções na prevenção da depressão

A OMS relata que programas de prevenção tem demonstrado reduzir a depressão, e os mais aplicados são desenvolvidos em ambientes comunitários e familiares. Alguns programas escolares podem melhorar os padrões de enfrentamento positivo da depressão em crianças e adolescentes.

Com a devida identificação, os programas comunitários podem também elaborar programas de intervenção familiar para auxiliar pais e evitar a transferência de sintomas de depressão aos pais que lidam com depressão dos filhos, contribuindo para a melhoria nos resultados de tratamento psicológico de ambos. No Brasil, uma campanha ocorre em setembro, em âmbito nacional, que promove a integração dos órgãos e instâncias de saúde na busca de políticas voltadas à prevenção do suicídio, conhecida como Setembro Amarelo.

Diagnóstico e tratamento do quadro de depressão

Não existem exames 100% eficazes para identificação e diagnóstico da depressão. Ele é feito pelo médico psiquiatra através da entrevista com o paciente, levantando informações acerca de seu diagnóstico familiar, o momento atual em que vive e com testes para avaliar o estado mental (PEPSIC, 2017).

O tratamento a ser indicado a um paciente com quadro de depressão vai variar de acordo com o grau apresentado pelo mesmo. Aos pacientes que tenham sido diagnosticados com depressão leve, indica-se um tratamento pela via da psicoterapia, onde se discutirão as possíveis causas do transtorno, além de trabalhos voltados à reflexão destas causas e enfrentamento de receios centrais e fatores patológicos que influenciam o estado mental.

Pacientes com grau moderado de depressão podem se beneficiar de antidepressivos, principalmente um inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS). Não se abandona, entretanto, o tratamento com psicoterapia nesses casos, uma vez que os ISRS podem causar efei-

tos adversos, como cansaço, náuseas, anorexia, insônia, diminuição ou perda de libido, além do possível aumento de hostilidade (SANARSAUDE, 2018).

Casos de depressão graves, mais complexos, envolvem ainda mais questões clínicas, farmacológicas e éticas, e o tratamento com antidepressivo tricíclico pode ser a melhor opção para estes pacientes, a depender de outros fatores mentais, como a psicose. Este tipo de medicamento é, no entanto, potencialmente letal, e não se deve prescrever à pacientes com depressão grave e risco de suicídio, que não tenham familiares que se responsabilizem pelo controle do medicamento (EBSERH, 2018).

Ocorre que, apesar do direcionamento específico ao tratamento, variando de paciente para paciente, as aplicações de terapias de intervenção e de cuidados farmacológicos devem ser entendidas com terapias complementares. Estas podem ser usadas juntas ou separadamente, não competindo entre si por uma população limitada de depressivos (SOLOMON, 2014).

Transtorno depressivo devido à outra condição médica

Conforme especificado pelo DSM-5, o critério diagnóstico que caracteriza o TDCM pode ser descrito como período proeminente e persistente de humor deprimido ou de diminuição acentuada de interesse ou prazer, em todas ou quase todas as atividades, que é considerado relacionado aos efeitos fisiológicos diretos de outra condição médica. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), o TDCM é classificado pelo código 298.83, e no diagnóstico acompanha-se da condição médica de origem, no caso do CA de colo de útero, é escrito 293.83 [C53].

Transtornos de adaptação com humor depressivo

No CID, é classificado pelo código F43, sob a descrição “Reações ao stress Grave e Transtornos de Adaptação”, de modo que diferencia de outros determinados transtornos mentais. Essa especificação dos transtornos é fundamental, pois viabiliza um correto diagnóstico, bem como tratamento adequado.

Esse transtorno caracteriza-se como um estado de desequilíbrio do funcionamento psíquico e orgânico, ocorrendo quando o organismo necessita utilizar seus recursos psicobiológicos para lidar com eventos que exijam uma ação defensiva. Quando os recursos do momento são insuficientes devido à vulnerabilidade social ou ausência de estratégia de enfrentamento, ou ainda, pela gravidade ou intensidade do estressor presente, o organismo pode ser afetado em sua plenitude com consequências graves para a saúde física ou mental (PEPSIC, 2007).

METODOLOGIA

Este trabalho consiste numa pesquisa exploratória, cujo método principal é o levantamento de dados e estudos da área do comportamento psicossocial e patológico, com abordagem qualitativa a fim de compreender todo o quadro situacional que se estabelece sobre o campo da oncologia, câncer do colo do útero, transtornos psicológicos, atenção Básica e papel do enfermeiro.

As análises, interpretações e formulações provenientes deste trabalho derivam de uma

vasta análise documentativa e bibliográfica, que se baseiam nas fontes diretas da saúde, do Brasil e do Mundo, contando com dados, documentos, relatórios e estudos do Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Organização Mundial da Saúde, entre outras fontes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos voltados a análise de incidência de depressão e ansiedade em pacientes portadores de câncer, em várias partes do mundo, indicam a evidência e urgência de ações voltadas a esta população. A correlação de agravamento em pacientes com câncer de colo do útero e algum distúrbio psicológico é evidente e recíproca, com um problema ajudando a piorar o outro.

Um estudo submetido na Coreia do Sul denominado Estudo de ansiedade e depressão em sobreviventes de câncer do colo do útero mostrou que, entre as sobreviventes de câncer de colo de útero 34,3% relataram ansiedade definida pela escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS - escala utilizada atualmente em ambientes hospitalares para rastrear sintomas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos, [figura 1]), e 39,7% relataram depressão (ASCO, 2009).

Outro estudo, realizado no Hospital do Câncer da universidade médica de Harbin, na China, denominado Prevalência, fatores de risco e valor prognóstico de ansiedade e depressão em pacientes com câncer do colo do útero submetidas à cirurgia, concluiu que ansiedade e depressão são altamente prevalentes e associam-se a pior carga tumoral e perfis de sobrevida desfavoráveis nos pacientes citados no título do artigo (TCR, 2020).

Já outro estudo, dessa vez brasileiro, denominado Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes, e publicado na Revista Brasileira, de Cancerologia, com seleção aleatória de pacientes oncológicos em tratamento no Hospital de Referência da Região Centro-Oeste de Minas Gerais, concluiu que a ansiedade e depressão são distúrbios prevalentes em pacientes oncológicos. Nesse estudo, mais de um quarto dos pacientes demonstram componentes de transtorno psicológico (26,18% ansiedade e 31,33% depressão), tendo um predomínio de depressão em mulheres (FERREIRA *et al.*, 2016).

Os estudos dão evidências de que o grupo de pessoas com câncer, e principalmente com câncer de colo de útero tem tendências a adquirir depressão, principalmente durante o tratamento.

A incidência e prevalência de depressão, em relação com o fator socioeconômico, é assunto já pesquisado e estudado, principalmente pelos campos da psicologia, sociologia e economia. O professor de Medicina da USP, Paulo Rossi, fez uma análise dos transtornos psicológicos que acometem os Brasileiros para uma série especial sobre a Saúde no Brasil realizada pela revista *The Lancet*, fala que “nos centros urbanos, vários estudos mostram que os de menor escolaridade e renda têm mais depressão que os mais ricos” (THE LANCET, 2011).

Dado isso, baseado na noção da causalidade material/existencial do transtorno depressivo, o autor John Preston, em sua obra intitulada “Vença a Depressão” infere que:

Uma das principais preocupações existenciais que as pessoas comumente enfrentam é a desilusão ou a perda de um sonho que se desfez [...] Não é raro uma pessoa, de certo modo,

um dia acordar e ser surpreendida pela dolorosa percepção de que “não sou feliz” num relacionamento ou num emprego (Preston, 2011, p.53).

A análise do Banco Mundial sobre a renda dos brasileiros revela que a renda per capita tem diminuído significativamente, de \$ 12.790,00 (dólares) em 2013 para R\$ 7.850,00 em 2020 (Figura 2). É, portanto, de compreensão geral das economias que a renda per-capita sucumbe simultaneamente com o nível da população em relação à linha da pobreza.

O FGV Social levantou, com dados referentes ao ano de 2018 em relação a anos anteriores, que no Brasil haviam 23,3 milhões de pessoas abaixo da linha da pobreza, com menos de R\$ 232,00 por mês, representando cerca de 11,2% da população (figura 3). Os dados demonstram que, por ser a pobreza e a miséria duas realidades amargas no Brasil, o risco do desenvolvimento do quadro depressivo e diversos problemas psicológicos é altíssimo.

O estado de Pernambuco também apresenta quadros muito delicados neste assunto. Em números absolutos, o estado é a sétima unidade federativa com mais casos notificados de violência autoprovocada entre jovens de 15 a 29 anos, e também é o estado campeão de depressão em toda a região nordeste, com cerca de 434 mil pernambucanos diagnosticados, conforme IBGE (BRASIL, 2018)

Ao mesmo tempo, as estimativas do Inca para o câncer do colo de útero no estado também são alarmantes: no ano de 2020 foi de 730 casos por 100 mil habitantes (figura 4). Aliando os dois problemas, infere-se a necessidade de atuar com foco em saúde mental em pacientes com CA do colo do útero nesta população (INCA, 2020).

Estabelecido o quadro geral com informações acerca dos transtornos psicológicos que acometem pacientes com CA de colo do útero, faz-se necessária a devida aplicação de um plano que atue nas formas de prevenção e tratamento destes distúrbios, em especial na esfera da atenção básica.

Em conformidade com os papéis do enfermeiro, como já disposto no item II das Atribuições Específicas do Enfermeiro, incluído na Política Nacional de Atenção Básica, também se fundamenta concepções de sua atuação como prestador direto de assistência aos usuários, especialmente no acompanhamento de seus meios de tratamento do transtorno psicológico. Além disso, dar orientações sobre tratamento, medicamentos e alimentação, segundo formulação de um estudo divulgado na Revista da Escola de Enfermagem da USP.

A concepção de que o tratamento humanitário, aliado ao pensamento de descentralização promovido principalmente pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorrida em meados dos anos 80, é fundamental para dar engajamento ao papel básico do enfermeiro no tocante à atuação profissional em unidades básicas de saúde, leitos hospitalares, equipes multiprofissionais e Centros de Apoio Psicossocial (CAPs) (BVSMS, 2021).

Com a atenção básica essencialmente instalada e existindo para dar suporte integral à população de maneira mais próxima, entendendo os fatores particulares e territoriais dos indivíduos, deve atuar para fortalecer a inter-relação entre pacientes portadores de depressão, ansiedade e outros distúrbios aos órgãos responsáveis pelo quadro.

A instauração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem efeitos mais diretos aos pacientes assistidos, além de um controle mais preciso. Assim, deve também integrar-se uma

equipe multidisciplinar, como a Equipe de Saúde da Família (eSF), com o objetivo de realizar melhorias contundentes no acompanhamento desses casos clínicos, com incorporação regular à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

É de extrema importância que também se tenham visitas regulares em domicílio para a facilitação desta estratégia. Durante as visitas ocorrem o esclarecimento de dúvidas, avaliação de condições de vida, além de eventuais prescrições de psicotrópicos, de modo que o conjunto dessas ações leva a uma formação de vínculo concreta mais benéfica ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se, portanto, que a devida integração paciente-atenção básica, com o regular funcionamento de todos os órgãos de atenção a transtornos psicossociais são essenciais para levar à melhora do quadro clínico em questão. Além disso, a boa formação acadêmica com foco em tratamento humanitário é importante para a conscientização do profissional enfermeiro para sua atuação direta com o paciente.

Visto também que a incidência de transtornos psicológicos é ainda mais grave em pacientes oncológicos, fica clara a necessidade de aproximação, através de eSFs e PTSs, tanto para a identificação mais precisa dos diagnósticos como para a formulação de uma estratégia adequada de intervenção, afim de promover melhorias na população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Cassandra de Moraes; AGUIAR, Vivian Caroline Marinho de. Repercussões emocionais e comportamentais em mulheres com câncer no colo do útero. Revista Multidisciplinar Pey Këyo Científico-ISSN 2525-8508, v. 3, n. 1, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-5. 2018.

BOTTINO, Sara Mota Borges; FRÁGUAS, Renério; GATTAZ, Wagner Farid. Depressão e câncer. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 36, p. 109-115, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília – DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/05 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Biblioteca Virtual em Saúde. 2021.

FERREIRA, Andreia Silva *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 4, p. 321-328, 2016.

FGV SOCIAL. Qual foi o impacto da crise sobre a pobreza e a distribuição de renda? FGV Social – Centro de políticas sociais. 2018.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer, 2020.

KIM, S. *et al.* Estudo de ansiedade e depressão em sobreviventes de câncer do colo do útero. Revista de Oncologia Clínica. Volume 27, Edição 15_ suppl. 2009.

OLDHAM, Robert K; DILLMAN, Robert O. Principles of Cancer Biotherapy. 5th edition. Springer Science+Business Media B.V. 2009.

ONCOGUIA. 63% dos brasileiros escolhem o Câncer como doença que deve ser prioridade para o Governo, revela pesquisa Oncoguia/Datafolha. ONCOGUIA. 2022.

PFIZER. Como identificar a depressão? PFIZER, 2022.

PRESTON, J. Vença a Depressão. Editora Record.1989.

SANAR. Farmacologia dos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS). SANARSAÚDE. 2018.

SOARES, Cândida Elizabete dos Santos; BIAGOLINI, Rosângela Elaine Minéo; BERTOLOZZI, Maria Rita. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 4, p. 915-921, 2013.

SOLOMON, Andrew. O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Editora Companhia das Letras, 2014.

TJDFT, Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. TJDFT. 2019.

WHO, World Health Organization. Palliative care. World Health Organization. 2021.

ZHAO H, ZHAO Z, CHEN C. Prevalence, risk factors and prognostic value of anxiety and depression in cervical cancer patients underwent surgery. Transl Cancer Res. Jan;9(1):65-74. 2020.

Assistência de enfermagem no pré-natal: revisão bibliográfica

Nursing care in prenatal: literature review

Helen Rocha Machado

*Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (2010).
Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (2016).
Especialista em Gestão das Políticas Públicas de Saúde pela FAEL (2014)*

Rafaela Liberali

*Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Santa Catarina (2018).
Orientadora Pós-Graduação Universidade Estácio de Sá (2016).*

RESUMO

A assistência pré-natal na Estratégia de Saúde da Família visa à prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento dos problemas identificados durante toda gestação, parto e puerpério. A atenção às gestantes deve objetivar a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e infantil, utilizando-se de medidas que possibilitem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade dos serviços prestados durante esse período (Brasil, 2004). O objetivo deste trabalho foi descrever a assistência de enfermagem no pré-natal através de uma revisão bibliográfica. A gestação deve ser vista como um evento fisiológico, que promove alterações físicas e emocionais nas mulheres, exigindo cuidados por parte da família e dos profissionais de saúde, justificando a atenção para além de um útero gravídico. A participação da enfermeira tem fundamental importância para o fortalecimento da assistência pré-natal, pelo empenho num despertar social para além das práticas curativas, consolidando sua relevância na colaboração para a saúde pública brasileira.

Palavras-chave: assistência pré-natal. gestação. enfermeira.

ABSTRACT

Prenatal care in the Family Health Strategy have the goal of prevention, health promotion and treatment of problems identified during the whole pregnancy, delivery and postpartum care. Attention to pregnant women aim to reduce the rates of maternal and infant morbidity and mortality, using methods to improve access, coverage and quality of services provided during this period of time (Brazil, 2004). The purpose of this study was to present nursing care in the prenatal assistance through a literature review. Pregnancy should be seen as a physiological event that promotes physical and emotional changes in women, requiring care by the family and health professionals, justifying attention beyond an uterus. The nurse have fundamental importance to strengthen the prenatal care, the commitment to social awareness beyond healing practices, consolidating its relevance to improve the Brazilian public health.

Keywords: prenatal care. pregnancy. nurse.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde público brasileiro, um dos maiores do mundo. Foi criado pela Constituição Federal Brasileira, em 1988, e segundo o artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 2005).

A fim de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo assistencial centrado na doença, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF), levando a saúde para mais perto da família, e melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (Brasil, 2001). É conhecido hoje como Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que tem o objetivo de transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro, centrado no profissional médico – curativo - individual, para a vigência de um modelo de saúde coletivo, multiprofissional, centrado na família e na comunidade (SCHIMITH, 2002).

Entre as ações desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família (USF), encontram-se as

voltadas a Saúde da Mulher, as quais se utilizam das estratégias propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Lançada em 1984 pelo MS, a PAISM complementa a assistência oferecida à mulher, que antes se limitava ao período gravídico-puerperal, e inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, tendo como objetivo a melhoria dos níveis de saúde das mulheres brasileiras (BRASIL, 2004).

Sendo assim, a assistência pré-natal na ESF visa à prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas identificados durante toda gestação, parto e puerpério. A atenção às gestantes deve objetivar a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e infantil, utilizando-se de medidas que possibilitem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade dos serviços prestados durante todo esse período (BRASIL, 2004).

O interesse pelo tema surgiu da vivência da autora no atendimento ao grupo prioritário das gestantes numa USF, acreditando na importância dos cuidados de Enfermagem para um pré-natal de qualidade. O objetivo deste trabalho foi descrever a assistência de enfermagem no pré-natal através de uma revisão bibliográfica.

METODOLOGIA

Utilizou-se como metodologia a revisão bibliográfica, que consiste na procura de referências teóricas para análise do problema de pesquisa e a partir das referências publicadas fazer as contribuições científicas ao assunto em questão (LIBERALI, 2011).

A pesquisa bibliográfica contempla toda bibliografia já publicada em relação ao tema de estudo, como publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, além de meios de comunicação orais (rádio, filmes). Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o acervo existente sobre determinado assunto. Assim, pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, tem o objetivo de propiciar a avaliação de um tema sob um novo enfoque, levando a conclusões inovadoras (MARCONI e LAKATOS, 2005).

REVISÃO DA LITERATURA

Sistema Único de Saúde - SUS

Segundo a Constituição Federal Brasileira de 1988, saúde é direito de todos e dever do estado em garanti-la a todas as esferas da população, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998).

Para a Organização Mundial de Saúde (2008), “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Sendo assim, o Ministério da Saúde oferta às ações de saúde à população, através do SUS, o qual define como:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por

um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária (BRASIL, 2005).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

De acordo com Brasil (2012), a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede integrada de atenção à saúde.

Para o mesmo autor, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Estratégia de Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família deve respeitar as diretrizes da PNAB e do SUS, caracterizando um processo de progresso gradual e singular, que respeita e inclui as especificidades locais regionais.

Estratégia de Saúde da Família - ESF

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é vista, pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Já que favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, e de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A ESF visa possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, a partir da adscrição do território de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada. Compromete-se em resgatar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, bem como a participação popular e o controle social. Essa estratégia coloca como desafio a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário. Com isso requer novas formas de pensar e praticar saúde (MERHY, 2002).

Essa modalidade assistencial propõe o desenvolvimento de ações a partir da concepção ampliada de saúde, que engloba tudo aquilo que possa levar as pessoas a serem mais felizes e produtivas, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação dos usuários pelo estabelecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade, estimulando-as ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida. É possível dizer que as condições de saúde dos seres humanos são diretamente influenciadas pela organização social na qual estão inseridos, por isso para Roncalli (2003):

“A saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão

as Políticas de Saúde.”

Nessa perspectiva o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual resgata a situação de vida e saúde da mulher, bem como novos focos no atendimento à mulher com objetivos de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Visa também a redução da morbidade e mortalidade feminina no país, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Essa estratégia busca ampliar, qualificar e humanizar a assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Sendo assim, a ESF contribui para a consolidação dessa nova configuração da situação da saúde da mulher no Brasil, a partir da reorganização/mudança no modelo assistencial para a atenção à mulher, aproximando serviços e profissionais de saúde das famílias e comunidades, programando e articulando ações a partir das necessidades locais (BRASIL, 2012).

Assistência de enfermagem ao pré-natal

O sistema de saúde do Brasil passou por mudanças ao longo do século XX, havendo diversos ciclos no que diz respeito à Atenção Básica à Saúde. Mas somente em 1960, aconteceu a implantação de ações prioritárias para assistência à mulher, focando as demandas relativas à gravidez, ao parto e ao conceito (Brasil, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde compreende-se por pré-natal um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que objetiva promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para saúde da gestante e da criança (Brasil, 2012).

As normas de atenção ao pré-natal, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, visam oferecer aos profissionais de saúde que prestam assistência a gestante a normatização de procedimentos e condutas a serem realizadas em cada consulta pré-natal. Os protocolos nacionais que definem o tipo de cuidado que se oferece em cada nível de complexidade do sistema de saúde são essenciais para orientar e apoiar uma prática da atenção de qualidade. Uma vez que o atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um importante papel na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materno-infantil (Brasil, 2000).

O acompanhamento Pré-Natal deve estar sensível à premissa de que gravidez e nascimento são eventos normais de vida, e que os profissionais devem assumir a responsabilidade da sua prática, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados nos cuidados de saúde de cada mulher (Brasil, 2000).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem:

“A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços

de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.”

Sendo assim, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pela enfermeira, já que possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2007). Nas Unidades de Saúde da Família, as gestantes são acompanhadas pelas equipes multiprofissionais de saúde, da qual a profissional enfermeira faz parte, que visam à integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

O pré-natal constitui um período em que as mulheres grávidas podem esclarecer suas dúvidas e ansiedades e interessar por obter mais informações. Os profissionais de saúde que as acompanham devem promover o empoderamento dessas gestantes, tornando-as mais conscientes e agentes da própria saúde e bem estar. Sendo assim, cabem aos profissionais de saúde acolher bem as gestantes e ter conhecimento científico para saber orientá-las quanto suas dúvidas e inseguranças. A atenção dispensada pelo enfermeiro à mulher grávida no pré-natal é uma das ações recomendadas pela ESF, e garantida pela PAISM (BRASIL, 2012).

Para o Ministério da Saúde, o acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica na recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade de assistência (BRASIL, 2001).

De acordo com o protocolo da Assistência Pré-Natal de Baixo Risco, na primeira consulta pré-natal, a enfermeira deve realizar o preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante; fornecer o cartão da gestante devidamente preenchido; solicitar os exames laboratoriais elencados como essenciais a uma avaliação de qualidade; realizar uma anamnese abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual; checar a situação de vacinação, e orientar atualização se necessário; realizar exame físico céfalo-caudal, seguido de exame ginecológico; fornecer orientações pertinentes a anamnese colhida. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, e interrogatória sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais. As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal. As anotações deverão ser interpretadas pelo profissional de saúde em todas as consultas (BRASIL, 2012).

Nas atividades relacionadas à assistência educativa pré-natal, percebe-se que a consulta de enfermagem tem sofrido transformações em concepção, metodologia e, principalmente, a inserção nos serviços de saúde. Leva o profissional ao prestígio e aceitação em fazer e assistir. Dessa forma, a Consulta de Enfermagem proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada das necessidades peculiares das mulheres com quem interagem durante as consultas no pré-natal, nas unidades básicas de saúde (WOLFF e MOURA, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação deve ser vista como um evento fisiológico, que promove alterações físicas e emocionais nas mulheres, exigindo cuidados por parte da família e dos profissionais de saúde, justificando a atenção para além de um útero gravídico.

Sendo assim, o pré-natal não deve ser somente um momento técnico centrado em um fenômeno biológico, uma vez que tal conduta não estabelece vínculo de acolhimento, confiança e segurança requeridos pela mulher grávida. O vínculo construído possibilita a enfermeira exercer os princípios que norteiam a equipe de saúde da família, fazendo uma abordagem holística e individual das gestantes, respeitando o acolhimento e relacionamento interpessoal, ultrapassando os atos prescritos.

A participação da enfermeira tem fundamental importância para o fortalecimento da assistência pré-natal, e a Enfermagem tem se tornado uma profissão empenhada num despertar social para além das práticas curativas, consolidando sua relevância na colaboração para a saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. 3ª ed. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001. 199 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília-DF. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2004.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z, Garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf

BRASIL. Resolução nº 311, de 09 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, Rio de Janeiro, fev, 2007. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinke.php?numlink=1-39-34-2007-02-09-311>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF, 2012. 318p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

LIBERALI, R. Metodologia Científica Prática: um saber-fazer competente da saúde à educação. 2ª ed rev ampl, Florianópolis: Postmix, 2011, 206p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5ª ed, São Paulo: Atlas, 2003, 310p.

MERHY, E. E. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde, p. 48 – 62. Projeto-Piloto da VER-SUS - vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. (Acesso on line: 28/09/2016). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. 2008. (Acesso on line: 24/10/2016). Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X. (Acesso on line: 24/10/2016). Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf

SCHIMITH, M. D. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo? (Dissertação) Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. 113p. (Acesso on line: 27/09/2016) Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3146/000333030.pdf?sequence=1>

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. Rev Enferm Esc Anna Nery, v. 8, n. 2, p. 279 – 285, 2004. (Acesso on line: 28/09/2016) – Disponível em: [file:///C:/Users/Helen/Downloads/v8n2a16%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Helen/Downloads/v8n2a16%20(2).pdf)

**Fatores que afetam a saúde mental do
enfermeiro no centro cirúrgico**

**Factors that affect the mental health
of nurses in the surgical center**

Cleciane de Sousa Nunes

Cleudilene Pereira Silva

Francilvana da Silva Costa de Azevedo

Jakeline Oliveira Araújo

Kaciane Leal Silva

Telma da Luz Gomes

Maria Rita Moraes Abreu

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.7

RESUMO

O objetivo geral do presente estudo foi: compreender quais os fatores que podem afetar a saúde mental do enfermeiro no Centro Cirúrgico. O método de estudo empregado foi à revisão integrativa da literatura, tendo como descritores: saúde mental, enfermagem, e centro cirúrgico. As bases de dados pesquisadas foram: Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed), Cientificar Electronic Library Online (SciELO) Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) (Google Scholar). A seleção dos artigos foi feita a partir da análise de títulos e leitura dos resumos. Os critérios de inclusão consistiram em artigos em português descrevendo fatores que afetam a saúde mental do enfermeiro no centro cirúrgico, publicados no período de 2017-2022. E os critérios de exclusão foram artigos que não abordavam a temática em outras línguas, e fora do período de publicação. Os resultados do estudo de acordo com a revisão concluíram que: os profissionais de enfermagem no centro cirúrgico perpassam por diversos fatores que vão desde o estresse físico, emocional e psicológico que podem afetar sua saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental. enfermagem. centro cirúrgico.

ABSTRACT

The general objective of the present study was: to understand which factors can affect the mental health of nurses in the Surgical Center. The study method used was the integrative literature review, having as descriptors: mental health, nursing, and surgical center. The databases searched were: National Library of Medicine of the United States (PubMed), Cientificar Electronic Library Online (SciELO) Virtual Health Library (Bireme) (Google Scholar). The selection of articles was based on the analysis of titles and reading of abstracts. The inclusion criteria consisted of articles in Portuguese describing factors that affect the mental health of nurses in the operating room, published in the period 2017-2022. And the exclusion criteria were articles that did not address the topic in other languages, and outside the publication period. The results of the study according to the review concluded that: nursing professionals in the surgical center go through several factors ranging from physical, emotional and psychological stress that can affect their mental health.

Keywords: mental health. nursing. surgery center.

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A saúde mental dos enfermeiros é um tema que vem sendo discutido com muita atenção pela comunidade científica e as autoridades em saúde, por exigir grandes demandas e ser um serviço de alta complexidade. Considerando que o trabalho é um fator determinante para a saúde do homem, e o seu estilo de vida, destaca-se a capacidade quanto aos riscos psicossociais aos quais esses profissionais são expostos. (BARCELOS *et al.*, 2021).

A estrutura laborativa dos enfermeiros na nossa sociedade exige um padrão capitalista, onde os mesmos são contidos a uma carga horária elevada de normas e submetidos a plantões que perpassam os limites saudáveis, podendo causar grande sofrimento a sua saúde mental. Nos últimos anos, os estudos a respeito da forma de trabalho, e qualidade de vida desses profissionais estão apontando o termo bem-estar, acentuados ao campo positivo da percepção em saúde, relacionando-se com extensões afetivas e qualidade de vida no trabalho. (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Os profissionais de enfermagem que trabalham em hospitais, em particular no Centro Cirúrgico (CC) prestam assistência fisiológica, emocional aos pacientes, da admissão na área cirúrgica até a sua alta. Desse modo, vale ressaltar que os riscos psicossociais compreendem aqueles que depõem contra a saúde desses trabalhadores os quais podem causar o adoecimento e comprometimento das condições de serviços prestados. (MADRID *et al.*, 2020).

Ainda de acordo com Madrid *et al.*, (2020), o enfermeiro no Centro Cirúrgico delega varias funções, além de administrar o seu tempo, cuidando do paciente que será contido a um procedimento. No geral, os riscos psicossociais estão ligados à esfera da estrutura dos serviços, ao modelo de gestão, ao sofrimento patogênico e aos agravos físicos, psicológicos e até mesmo sociais.

A ação de atividades burocráticas no Centro Cirúrgico (CU) é intensa, exigindo enfermeiro uma atenção significativa. O centro cirúrgico é visto como um espaço de alto risco, sua composição dar-se por meio de procedimentos complexos, relações multidisciplinares, trabalho sob pressão, no qual os profissionais trabalham dentro de um mesmo espaço com o objetivo de oferecer um procedimento com total segurança aos pacientes. (LOURENÇÃO & TRONCHIN, 2018).

O paciente no Centro Cirúrgico vivencia uma experiência que diversas vezes não consegue conter suas preocupações. Nesse contexto, a relevância da atuação do enfermeiro no sentido de amenizar tais angustia dos mesmos diante de um procedimento anestésico e ou/cirúrgico. (FASSARELLA *et al.*, 2020).

Com as transformações econômicas, com o advento da tecnologia e as mudanças globais, o trabalho sofreu alteração, desde a sua estrutura produtiva, até a forma de gestão e os relacionamentos entre os trabalhadores e gestores e as exigências acentuadas com foco nos resultados individuais e coletivos, isso de certa forma acabou gerando o aumento da percepção do estresse nos ambientes de trabalho. (GUISSEI *et al.*, 2019).

Corroborando com Guissi *et al.* (2019), na saúde as incidências de exigências diante das demandas do cuidado com o paciente, de certa forma chega a ser contraditório, fonte de prazer ou sofrimento, muitas vezes desenvolvendo o estresse. Um exemplo claro disso é o serviço no Centro Cirúrgico, no qual se trabalhar com uma equipe multiprofissional e hierarquizada, o enfermeiro pode adquirir certos problemas de saúde dependendo do seu grau de resiliência e da sua capacidade de lidar com as emoções.

Os enfermeiros exercem uma função importantíssima dentro dos Centros Cirúrgicos, pois eles laboram o contato direto com o paciente, realizando processos invasivos, além da manipulação de equipamentos, instrumentos e medicações. O enfermeiro desenvolve um campo prático pela precisão emergente para um conhecimento científico. Com base nisso, justifica-se este estudo acerca da alta demanda e complexidade do enfermeiro no CC, tendo em vista que suas atividades às vezes podem estar associada a fatores psicossociais que podem provocar o afeto da sua saúde mental.

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi: compreender quais os fatores que podem afetar a saúde mental do enfermeiro no Centro Cirúrgico. E como objetivos específicos: apontar a importância do enfermeiro e seu trabalho no Centro Cirúrgico; levantar fontes sobre os fatores que afetam a saúde mental do enfermeiro por meio da revisão da literatura; discorrer em estudos

sobre as políticas de apoio psicossocial para os enfermeiros com a saúde mental abalada.

Diante disso, a principal contribuição deste estudo é prestar conhecimentos sobre os fatores que afetam a saúde mental do enfermeiro no Centro Cirúrgico, fazer uma reflexão acerca do trabalho desse profissional que presta serviço a população, muitas vezes em situações difíceis lutando para salvar vidas e sofre danos físicos, psicológicos e sociais relacionados à sua saúde.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

A metodologia empregada neste estudo foi à revisão de literatura, a qual pode ser conceituada como um estudo secundário, inspirado em fontes de dados primários. A revisão de literatura é um conciso de proeminências derivados de estudos primários diretos para responder a problemática específica da pesquisa. A metanálise associa os dados de todas as pesquisas que avaliaram um determinado tema, e apontaram possíveis resultados.

Crítérios de inclusão e exclusão dos estudos revisados

A seleção dos artigos foi feita a partir da análise de títulos e leitura dos resumos. Foram inclusos, diretrizes e sites de internet como fonte de referência para a produção do trabalho:

- Artigos selecionados para metanálise publicados em português e, descrevendo fatores que afetam a saúde mental do enfermeiro no centro cirúrgico, publicados no período de 2017-2022.
- E os critérios de exclusão foram artigos que não abordavam a temática em outras línguas, e fora do período de publicação.

Descritores e Bases de dados utilizadas

Os descritores utilizados no estudo foram: **saúde mental, enfermagem, e centro cirúrgico**. As bases de dados pesquisadas foram: Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed), Cientificar Electronic Library Online (SciELO) Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) (Google Scholar).

Foram selecionados diversos artigos para a leitura (n=36). Depois foram excluídos os que não eram pertinentes aos critérios de inclusão (n=20). Após leitura detalhada dos estudos que se encaixaram no tema (n=16), foram escolhidos os artigos potencialmente adequados para demonstração dos resultados em quadro (n=10), os períodos os classificados para introdução e justificativa (n=06). A análise dos dados foi feita através da leitura e síntese de todos os artigos selecionados. Os resultados finais do estudo foram expostos, no Microsoft Word (versão 2007), tendo como ferramenta de apoio a plataforma CopySpider para avaliação de plágio. A tabela a abaixo mostra as fontes de onde foram extraídos os artigos que obtiveram dados com os estudos publicados entre 2017 a 2022

Tabela 1- Número de documentos encontrados nas buscas realizadas.

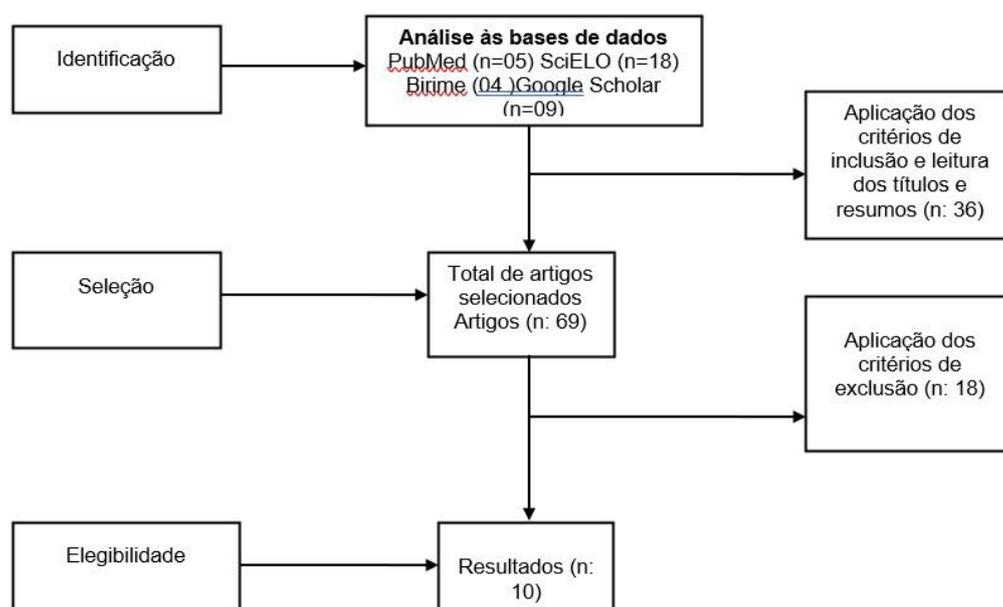
BASE DE DADOS	QUANTIDADES
Pubmed	05
Scielo	18
Bireme	04
Google Scholar	09
Total	36

Fonte: Pesquisadoras 2022

Critérios éticos na pesquisa

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois, trata-se de coleta de dados públicos. Os dados colhidos foram de inteira responsabilidade das pesquisadoras, os mesmos foram usados apenas neste estudo. Todas as a autoria e as referências dos artigos utilizados foram dadas credibilidades aos seus devidos autores.

Figura1 - fluxograma do processo para a seleção da amostra.



Fonte: elaborado pelos autores. 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os fatores que afetam a saúde mental dos enfermeiros no Centro Cirúrgico, é um tema que merece ser debatido, por se tratar de um assunto importante para sociedade. Nesse aspecto os 10 artigos selecionados para demonstração dos resultados já existentes na literatura estão organizados em forma de quadro contendo as seguintes informações: título autores/ano de publicação, revista e resultados.

Quadro 1- Artigos selecionados sobre os fatores que afetam a saúde mental do enfermeiro no Centro Cirúrgico.

Título	Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo/ população	Principais resultados
Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira.	Fernandes et al., 2018	Levantar estudos brasileiros com vistas a identificar a relação causal entre os transtornos mentais e o trabalho dos profissionais da enfermagem.	Revisão Integrativa da Literatura	As pressões sofridas pelo trabalhador da enfermagem no ambiente laboral e as jornadas duplas de trabalho, associadas ao modo de enfrentamento do trabalhador e à baixa remuneração contribuem para o afastamento por transtornos mentais. Entretanto, se faz necessária a realização de estudos mais amplos.
O agravo da saúde mental dos profissionais de enfermagem relacionado à sobrecarga de trabalho e outros.	Ferreira et al., (2020).	Conhecer os fatores que colaboram para o agravo da saúde mental dos profissionais de enfermagem e através disso mostrar a importância de um olhar mais atencioso com a saúde mental desses profissionais.	Estudo descritivo, exploratório com abordagem quali-quantitativos do tipo revisão integrativa da literatura.	Visando a melhoria da saúde mental e o bem estar desses profissionais se faz necessário a adoção de medidas preventivas e terapêuticas que possam promover um ambiente de trabalho com boas condições e reconhecimento.
Transtornos mentais em profissionais enfermeiros	Oliveira et al., (2019)	Relatar as causas e fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos mentais nos profissionais enfermeiros.	Pesquisa do tipo exploratória utilizando-se a técnica de revisão bibliográfica.	Diante da análise dos artigos citados percebe-se o aumento dos casos de transtornos mentais entre os profissionais enfermeiros devido à sobrecarga de trabalho, lidar com o sofrimento, adoecimento e inquietudes do outro, além da falta de reconhecimento profissional muitas vezes vivenciada pela maioria dos enfermeiros, favorecem e o torna mais predisposto ao desenvolvimento de transtornos mentais.
Fatores que interferem na saúde do trabalhador de enfermagem do centro cirúrgico	Hoffmann, Glanzner (2019)	Identificar na literatura científica fatores que interferem na saúde dos trabalhadores de enfermagem do Centro Cirúrgico.	Revisão integrativa	O trabalho em Centro Cirúrgico tem muitas especificidades, avanços tecnológicos e terapêuticos tornando-se um tema sempre atual, essa dinâmica pode ocasionar agravos físicos e psicológicos ao trabalhador.

Sonolência diurna excessiva e os danos à saúde em trabalhadores de enfermagem de clínica cirúrgica	Silva et al., (2019).	Avaliar a sonolência diurna excessiva e analisar a associação entre a sonolência e os danos físicos, sociais e psicológicos em trabalhadores de enfermagem em clínica cirúrgica.	Estudo transversal	Foram identificados trabalhadores com sonolência diurna excessiva e evidenciou-se associação entre deficiência de sono e comprometimento da saúde do trabalhador em âmbito psicossocial.
Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental	Oliveira JF et al., (2019)	Avaliar a satisfação profissional e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros atuantes em serviços de saúde mental e realizar uma comparação em relação aos demais profissionais do serviço	Estudo transversal.	O fator que promoveu maior nível de sobrecarga de trabalho entre os enfermeiros está relacionado ao sentimento de se sentir fisicamente cansado. Já o fator que promoveu maior satisfação profissional está relacionado ao bom relacionamento com a equipe.
Estresse ocupacional presente nas atividades da equipe de enfermagem em centro cirúrgico: Revisão integrativa	Ramos CS et al.,(2021)	Descrever as evidências científicas encontradas na literatura científica do período de 2015 a 2020, sobre os fatores estressores e suas consequências, para os profissionais de enfermagem no trabalho do centro cirúrgico.	Revisão Integrativa	Concluiu-se que os fatores de estresse ocupacional são de natureza ambiental, social, profissional relacionados, sobretudo a natureza das atividades desenvolvidas, quantitativo de profissionais, planejamento das atividades, materiais e equipamentos, relações interpessoais, são fatores que acarretam consequências físicas e psicológicas.
Qualidade de vida dos profissionais atuantes no centro cirúrgico	Soares; LMP. Oliveira, VV. Sousa. LAM., (2017).	Verificar quais os fatores estressantes que interferem na qualidade de vida dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico de diferentes hospitais.	Estudo de campo	Na avaliação geral da qualidade de vida, os dados obtidos revelaram que o fator que mais gera estresse na vida desses profissionais é o tipo de ambiente fechado, sendo que os demais fatores variaram de acordo com a categoria profissional. Concluiu-se que os profissionais de enfermagem vivenciaram o estresse relacionado a diversos fatores de natureza objetiva.

Caracterização do desconforto físico relacionado à ergonomia em profissionais de enfermagem do centro cirúrgico.	Brito, C. F., & Pinheiro, L. M. G. (2017)	Objetivos: Caracterizar os profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico, identificar as queixas relacionadas ao desconforto físico decorrentes de riscos ergonômicos existentes no centro cirúrgico, bem como a sua localização anatômica, caracterizar e correlacionar as queixas com o ambiente de trabalho, além de verificar o tratamento e detectar as possíveis intervenções realizadas para prevenção dos riscos ergonômicos	Estudo exploratório	Vê-se necessidade da criação de um programa de prevenção de riscos ergonômicos no centro cirúrgico, como a estimulação da prática de atividade física, alongamentos, reeducação postural e outras atividades de fisioterapia preventiva.
Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico	Carvalho, A. D. M. B., Cardoso, J. A., da Silva, F. A. A., Lira, J. A. C., & Carvalho, S. M. (2018).	Avaliar a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico	Estudo descritivo	A maioria dos participantes (62,9%) tiveram menor impacto na qualidade de vida no trabalho, entretanto a renda familiar e a formação acadêmica foram bastante significativas. Conclusão: apesar do trabalho no centro cirúrgico apresentar baixo impacto na qualidade de vida, o domínio psicológico demonstrou impacto considerável, destacando que a preocupação com a saúde do trabalhador e a valorização da equipe de enfermagem ainda precisam avançar

Fonte: elaborado pelos autores. 2022.

O Centro Cirúrgico (CC) é um setor no qual são realizados procedimentos anestésicos e cirúrgicos com profissionais preparados para a minimização dos riscos inerentes dos pacientes. É uma unidade com circulação restrita, na qual os profissionais se deparam com várias situações que podem contribuir para o estresse físico, emocional e psicológico.

Para Fernandes *et al.* (2018) estudos vem discutindo a relação entre os transtornos mentais e o trabalho desenvolvidos em diversas esferas. Em particular, ligados ao aparecimento de transtornos mentais em profissionais de saúde decorrente de várias causas. Em fase, a alta carga horária baixa remuneração, laboral, vínculo de trabalho fixado por contrato temporário/precário podem contribuir aos surgimentos de alguns transtornos mentais ao longo da vida desses profissionais.

De acordo com os autores, as pressões psicológicas as quais os profissionais de enfermagem são postos, podem desenvolver também distúrbios psíquicos com pequenos graus

(sintomas de ansiedade, depressão ou somatização). Esses profissionais têm mais chances de reduzir sua capacidade para desenvolver suas atividades. O trabalho é uma ação que estabelece uma ligação estreitamente entre o físico e o psíquico, capaz de promover o equilíbrio e satisfação, ao mesmo tempo em que causar tensão e adoecimento físico através do estresse organizacional.

Segundo Ferreira *et al.* (2020) os transtornos mentais formam um percentual 12% do total de enfermidades e incapacidades no mundo. Diante desse público, destacam-se os profissionais da saúde, em particular os enfermeiros, que são submetidos a várias situações de estresse e desgaste. A Organização Mundial da Saúde frisa que a “Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a falta de doença”. Nesse contexto, a saúde mental é o bem estar dos indivíduos são fatores associados à saúde mental e os transtornos mentais não incluem apenas atributos individuais, mas a ação de gerenciar pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros, além de fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais.

Ainda em consenso com Ferreira *et al.* (2020) existem diversos fatores que não são classificados como físicos e psicossociais no ambiente de trabalho dos enfermeiros, que podem ser responsáveis pelos problemas de saúde mental, bem como assédio, é um dos fatores de longa duração relacionada à saúde mental. Outro aspecto é a situação de desgaste ocupacional ligados a cargas laborais, condições de trabalho insalubre, rotina hospitalar, manuseio com pacientes graves e gerenciar atividades assistenciais.

Nos estudos de Oliveira *et al.* (2019), foi possível de se observar que os transtornos mentais e de comportamentos aparecem como o segundo maior fator de enfermidades ocupacionais em trabalhadores da área da saúde, em particular o enfermeiro. Dessa forma, os transtornos mentais e comportamentais são circunstâncias clínicas peculiares por mudanças nos pensamentos e nas emoções ou por comportamentos associados à angústia pessoal e/ou à degradação do funcionamento psíquico, tendo efeitos prejudiciais, atingindo não apenas o indivíduo, como também a sua família e a comunidade.

São estimativas em todo o mundo: que 10% dos adultos apresentem tais condições e que 25% da população mundial manifesta, pelo menos, um transtorno mental ao longo da vida, como enfermeiro isso potencializar a agravos maiores. (Oliveira *et al.*, 2019).

O Centro Cirúrgico (CC) tem muitas especificidades, isso demanda atualização constante dos profissionais de enfermagem. Nesse contexto, os desenvolvimentos tecnológicos terapêutico, além da necessidade de conhecimentos, colocam os profissionais a riscos ocupacionais, o que torna essa questão cada vez mais relevante. (Glanzner, 2019). O principal elemento de dano psicológico citado no estudo de Hoffmann, Glanzner (2019) foi o estresse, como uma das implicações da saúde do trabalhador de enfermagem, que vai além do profissional podendo implicar em sua vida pessoal e social. O estímulo estressor gera o aumento da liberação de um glicocorticoide associado ao estresse, o cortisol, o que faz o indivíduo sentir-se irritado, angustiado e com a mente diminuída. Estudos realizados pontuaram que 53 % dos enfermeiros CC apresentam um protótipo de atípico de secreção de cortisol. Foi concluído que quanto maior o tempo na profissão, maiores são níveis de glicocorticoide no sangue.

Hoffmann, Glanzner (2019) pontuaram que um ambiente de trabalho baseado no estresse e com conflitos incita o profissional a desenvolver mecanismos de defesa como meio de

proteção. O uso constante destes mecanismos protetivos, gera desequilíbrios emocionais que resultam com o passar do tempo, em distúrbios mentais como ansiedade, depressão, Síndrome de Burnout, dentre outros.

Silva *et al.* (2019), coloca que as atividades laborativas desenvolvidas no (CC) coloca os trabalhadores, principalmente os enfermeiros expostos a alguns danos à saúde, que podem ser físicos, psicológicos e sociais. Os danos físicos, por diversas vezes o indivíduo pode apresentar dores no corpo e distúrbios biológicos, e psicológicos, aumentando os sentimentos negativos com relação a sua própria pessoa, ao seu modo de vida.

Nos hospitais, o profissional de enfermagem trabalha em turnos que repercute a sua saúde, bem como o trabalho em períodos noturnos; causa a falta de sono, sendo essa uma das grandes queixas relatadas por profissionais que trabalham em escala de plantão. Pode surgir diversas consequências na assistência prestada e na saúde do enfermeiro, como interferência na agilidade, qualidade do atendimento e acidentes de trabalho, podendo causar reflexos na segurança do paciente e na oferta do cuidado. (SILVA *et al.*, 2019).

Os autores mencionaram ainda no estudo que a deficiência do sono pode comprometer o estado físico ou cognitivo, comprometendo a atividade laboral, causando implicações na memória, capacidade no desempenho das ações, ainda associando-se a agravos à saúde como obesidade, diabetes melittus, doenças cardiovasculares dentre outros.

A sonolência excessiva se conceitua como um sintoma crônico do sono, a incapacidade de se manter acordado e/ou sinal no período diurno, o que pode repercutir em atividades como trabalhar, ou até realizar tarefas simples do dia-a-dia. A sonolência, quando relacionada ao trabalho do enfermeiro, tem se demonstrado como um impacto no cuidado e segurança do paciente. (SILVA *et al.*, 2019).

De acordo com Oliveira JF *et al.*, (2019) a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida do sujeito, atuando em ações de assistência a saúde da população. Há necessidade de refletir sobre as ações do processo de trabalho, visto que o estudo demonstrou que os enfermeiros apresentam sobrecarga de trabalho.

Segundo Ramos CS *et al.* (2021) trabalho do profissional de enfermagem no CC tem se caracterizado cada vez mais complexo, no momento em que há a necessidade das relações entre as atividades que atingem a área técnica, gerencial, administrativa burocrática. O CC é uma unidade hospitalar cheia de intervenções invasivas e de recursos materiais com alta exatidão e eficácia. Portanto, é considerado como cenário de grandes riscos, onde os serviços de trabalho se constituem em práticas complexas interdisciplinares.

Para os autores os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham nos Centros Cirúrgicos suportam o peso de trabalho cada vez maior, rotatividade de turnos, manipulação de medicamentos tóxicos e presença de agentes que apresentam riscos pertinentes ao espaço, o que pode desenvolver uma excessiva sobrecarga no ambiente em que atua, podendo resultar em transtornos físicos e psicológicos.

Soares LMP; Oliveira, VV; e Sousa LAM., (2017), concluíram em seu estudo sobre a qualidade de vida dos profissionais atuantes no centro cirúrgico, que o estresse ocupacional, é um fator que ligado ao profissional de enfermagem. O mesmo apto a lidar com diversas situa-

ções no local. O estresse ocupacional é uma circunstância em que causa desgaste anormal do organismo humano e/ou diminuição da força de trabalho, causando à incapacidade prolongada do sujeito, se adaptar a novas exigências.

Ainda de acordo com Soares LMP; Oliveira, VV; e Sousa LAM, (2017), a exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e a sobrecarga de trabalho cresce cada vez mais o índice de estresse dos enfermeiros, pois o CC exige um alto grau de responsabilidade, além de o enfermeiro permanecer nas salas de cirurgia por um longo período, observando e atuando em diversos procedimentos cirúrgicos, de diferentes enfermidades desde os mais simples aos mais complexos.

Brito C. F., & Pinheiro, L. M. G. (2017) mencionam que a preocupação com a saúde dos profissionais de enfermagem teve um crescimento significativo nos últimos anos. Existem elementos que contribuem para a vulnerabilidade e sua conjectura de saúde, estes dependem do local que o enfermeiro atua.

A saúde do enfermeiro depende das suas características adotadas em meio o desempenho de suas ações laborais. Qualquer tipo de trabalho por um longo período de tempo, mesmo em estado confortável, é prejudicial. A posição básica que oferece risco ao trabalhador de enfermagem no CC é a posição em pé ou ortostática, na posição ereta o peso do corpo apoia-se na planta dos pés, para essa posição se tornar confortável é preciso inclinar um corpo um pouco para frente num ângulo de 10° a 15°. (BRITO C. F., & PINHEIRO, L. M. G. (2017).

Carvalho, A. D. M. B., Cardoso, J. A., da Silva, F. A. A., Lira, J. A. C., & Carvalho, S. M. (2018), chegaram a conclusão que um dos principais fatores que contribuem para o afeto da saúde mental dos enfermeiros no CC, a rotina de trabalho, por exemplo, em hospitais das grandes capitais há possibilidade de serem realizados diversos procedimentos cirúrgicos durante um plantão. Portanto, se faz que os profissionais de enfermagem que atuam no CC devem trabalhar com uma política de boa administração na gestão.

Dessa forma, foi possível observar de acordo com os estudos de: Carvalho, A. D. M. B., Cardoso, J. A., da Silva, F. A. A., Lira, J. A. C., & Carvalho, S. M. (2018), que o domínio psicológico apresentou impacto considerável na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Por isso, é importante o apoio psicológico ao enfermeiro, carga horária de trabalho estável a fim de proporcionar boa qualidade de vida a esses profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos então que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida do homem. O Enfermeiro atua em ações de assistência a saúde da população. Por essa razão é importante de refletir sobre as ações do mesmo, o modo de trabalho.

O CC é uma área com circulação restrita, os enfermeiros que trabalham no local convivem o tempo todo com situações que podem levá-los ao estresse físico, emocional e psicológico. Em fase, da alta carga horária, as vezes baixa remuneração, laboral, são fatores que podem ser associados a tal questão.

Diante disso, podemos concluir ainda que os profissionais da saúde, em particular os

enfermeiros, no CC são submetidos a várias situações de desgaste. Por isso, é necessário promover condições de trabalho que possibilite a manutenção da saúde desse profissional por meio da qualidade de vida e bem-estar. Os resultados elevam para a extrema importância das instituições promoverem políticas públicas em diferentes contextos laborais que exigem atenção especial para o profissional de enfermagem atuante dos Centros Cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

BARCELOS, V. M; OLIVEIRA, A.S; TEIXEIRA, E. R. SANTANA, P. C. A Saúde Mental dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, e27710918091, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18091>

BRITO, C. F.; GOMES PINHEIRO, L. M. Caracterização do desconforto físico relacionado à ergonomia em profissionais de enfermagem do centro cirúrgico. *Revista Enfermagem Contemporânea*, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 20–29, 2017. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v6i1.1137. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1137>. Acesso em: 23 maio. 2022.

CARVALHO, Arethusa de Melo Brito *et al.* Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 9, n. 3, nov. 2018. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1159>>. Acesso em: 23 maio 2022. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1159>

FASSARELLA, C. S., Fernandes, L. F. G., da Silva Cavalcanti, R., Camerini, F. G., de Oliveira Meneses, R., & de Souza, R. M. (2020). Cultura de segurança em centro cirúrgico universitário. *Research, Society and Development*, 9(8), e119985164-e119985164.

FERNANDES MA, Soares LMD, Silva JSE. Transtornos mentais relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. *Rev Bras Med Trab.* 1 de junho de 2018;16(2):218-224. doi: 10.5327/Z1679443520180228. PMID: 32270085; PMCID: PMC7104835.

FERREIRA, AC Silva *et al.*, (2020). O agravo da saúde mental dos profissionais de enfermagem relacionado a sobrecarga de trabalho e outros. *Saúde Em Foco: Temas Contemporâneos - Volume 3* <https://www.editoracientifica.org/articles/code/200901567>

GUISSI, PC *et al.*, Os fatores psicossociais no trabalho e estresse entre os profissionais de enfermagem de uma Central de Materiais Esterilizados. 1 Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil. 2 Divisão de Saúde Ocupacional da Diretoria Geral de Recursos Humanos, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil. DOI: 10.5327/Z1679443520190453. *Rev Bras Med Trab.* 2019;17(4):499-505.

HOFFMANN, Deisi Angélica. GLANZNER CH, Fatores que interferem na saúde do trabalhador de enfermagem do centro cirúrgico. (2019) <https://orcid.org/0000-0002-8439-4937>.

LOURENÇÃO DC de A, Tronchin DMR. Clima de segurança em centro cirúrgico: validação de um questionário para o cenário brasileiro. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 26º de julho de 2018 [citado 19º de maio de 2022];20:v20a10. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47570>

MADRID BP, Kotekewis K, Glanzner CH. Trabalho da enfermagem no centro cirúrgico e os riscos psicossociais relacionados aos modos de gestão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190447. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190447>

NASCIMENTO, R. dos S., Martins, C. M. A., Brandão, T. M., & Ribeiro, M. C. (2021). Bem-estar mental de enfermeiros em um hospital de urgência e emergência. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 17(2), 34-43..

OLIVEIRA EB *et al.*, (2019): Transtornos mentais em profissionais enfermeiros. v. 18, n. 1 (2020): 18 Congresso de Iniciação Científica do UNIFASB. <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/cic/index>

OLIVEIRA JF *et al.*, (2019): Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. *Ciênc. saúde colet.* 24 (7) • Jul 2019 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20252017>.

OLIVEIRA, VV. Sousa. LAM. Soares; LMP. (2017). Qualidade de vida dos Profissionais atuantes no centro Cirúrgico. DOI: 10.22289/2446-922X.V3N2A12. *Rev. Psicol Saúde e Debate.* Dez., 2017:3(2):159-170.

RAMOS CS *et al.*, (2021). Estresse ocupacional presente nas atividades da equipe de enfermagem em centro cirúrgico: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, e13310413872, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13872>.

SILVA RM, Beck CLC, Prestes FC, Cigana FA, Trindade ML, Santos IG. Sonolência diurna excessiva e os danos à saúde em trabalhadores de enfermagem de clínica cirúrgica. *Texto Contexto Enferm [Internet]*.

2019 [acesso ANO MÊS DIA];28:e20170455. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0455>

**A assistência da enfermagem
na coleta do exame preventivo
Papanicolau**

**Nursing assistance in collecting the
Pap smear**

Ana Paula Marcos Miranda

Cleudilene Pereira Silva

Edineude de Jesus Aroucha

Jakeline Oliveira Araújo

Ranna Silva Abreu

Taliane de Jesus Mafra

Telma da Luz Gomes

Maria Rita Moraes Abreu

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.8

RESUMO

O câncer de colo do útero (CCU) é uma das neoplasias responsável pelo o obtido de muitas mulheres no mundo. Por isso é importante que a enfermagem preste uma assistência, no intuito de promover a prevenção através do exame Papanicolau. Este trabalho teve como principal objetivo; identificar em estudos existentes na literatura a importância da assistência do enfermeiro na coleta do exame Papanicolau. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, tendo como os principais descritores: Câncer de colo do útero, Exame Papanicolau, Enfermagem. Foi selecionado um total de (69) artigos identificados nas bases de dados. PubMed (n=08) SciELO (n=22) Google Scholar (n=28) (BVS). (n=11). Os critérios de inclusão estabelecidos consistiram em: artigos relacionados à temática em português e dentro do período de publicação de 2017 a 2022. E os principais resultados obtidos foram: que a assistência do enfermeiro durante a realização do exame e no monitoramento do câncer, apresenta-se como um fator muito relevante na prevenção do câncer de colo de útero.

Palavras-chave: câncer de colo do útero. exame papanicolau. enfermagem.

ABSTRACT

Cervical cancer (CCU) is one of the neoplasms responsible for the cancer obtained by many women in the world. That is why it is important that nursing provides assistance in order to promote prevention through the Pap smear. This work had as main objective; to identify, in existing studies in the literature, the importance of nurse assistance in collecting the Pap smear. This is an integrative literature review, with the main descriptors: Cervical cancer, Pap smear, Nursing. A total of (69) articles identified in the databases were selected. PubMed (n=08) SciELO (n=22) Google Scholar (n=28) (BVS). (n=11). The inclusion criteria established consisted of: articles related to the theme in Portuguese and within the publication period from 2017 to 2022. And the main results obtained were: that the assistance of nurses during the examination and monitoring of cancer, presented- as a very relevant factor in the prevention of cervical cancer.

Keywords: cervical cancer. pap smear. nursing.

INTRODUÇÃO

O Câncer de colo do útero (CCU) é uma das neoplasias com maiores incidências entre as mulheres, chegando a ser o quarto dentre os demais tipos de câncer. O grande número de casos incita em estudos que possam colaborar para o diagnóstico precoce da doença e o seu tratamento. O CCU é uma doença acometida nas mulheres, mesmo com campanhas promovidas e programas de prevenção ofertados pelo sistema de saúde, continua sendo um dos problemas de saúde pública no Brasil, apesar de já ter ocorrido grandes avanços na medicina, ele é o foco da atenção básica. (GOUVEIA *et al.*, 2021).

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), aproximadamente 265 mil óbitos de mulheres foram registrados nos últimos 03 anos. Avalia-se que anualmente ocorre cerca de 530 mil casos de (CCU) no mundo. Os maiores registros de câncer do colo útero são obtidos nos países em fase de desenvolvimento e, em mulheres com baixo nível de escolaridade. Sendo que as mulheres que não possuem conhecimento sobre a doença, se tornam mais vulneráveis em

contrair o CCU. (MOREIRA *et al.*, 2019).

Em decorrência dessa ação, as pacientes com baixo nível de escolaridade e poder baixo, poderes aquisitivos acabam tendo o diagnóstico da doença tardio, pôr na maioria das vezes não conseguir identificar os sintomas, e em outros casos a falta de acesso ao sistema de saúde, ou até mesmo condições financeiras. (SILVA *et al.*, 2021).

Ainda de acordo com (SILVA *et al.*, 2021) o diagnóstico ocorre através de um exame citopatológico do colo do útero, chamado de Papanicolau. Esse método científico é o agente responsável por mostrar se há presença de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas. O exame Papanicolau, ou preventivo como é conhecido popularmente é a forma mais eficaz de detectar o câncer em sua fase inicial.

O mesmo é visto como um método muito eficiente, além de ser de baixo custo para sua efetuação, fácil de fazer a sua coleta, com um diagnóstico rápido. Em 2017 Organização Mundial da Saúde (OMS), pontua que a forma mais precisa de se combater o câncer do colo uterino é através do diagnóstico, o rastreamento das lesões, e as alterações celulares identificadas através do exame, sendo possíveis maiores probabilidades de cura, e a redução em torno de 60% a 90% de novas incidências.

O câncer de colo de útero é conceituado por uma variação desorganizada de células centralizadas na parte inferior do útero, sendo aptas de alcançar tecidos próximos ou distantes. (TAQUARY *et al.*, 2018). Quando há presença do câncer as mulheres podem apresentar um quadro de sintomas como; sangramento vaginal durante a relação sexual, corrimento de cor fechada, odor não agradável, sendo que em fase avançada pode causar hemorragias assoreamento das vias intestinais e urinárias. Apesar disso, em grandes casos apresenta-se como uma enfermidade assintomática. (SILVA *et al.*, 2020).

Dessa forma, as etapas que compõem as fases pré-analítica, analítica e pós analítica do exame requer uma assistência precisa da enfermagem e demais profissionais envolvidos no processo, a fim de garantir a segurança e a qualidade dos serviços prestados. (STECKERT *et al.*, 2019).

O enfermeiro pode identificar as necessidades das pacientes, logo no primeiro contato devem ser identificados os sinais e sintomas, independentemente de suas dificuldades, a equipe de enfermagem deve sempre promover o bem-estar e a prevenção dessa doença entre as mulheres. O profissional enfermeiro atua como educador, desempenhando seu conhecimento através da comunicação, constituindo um elo com as pacientes, fazendo com que as mesmas possam expor seus problemas, seus costumes e modo de vida, onde o mesmo impetire qual tipo de atendimento que a paciente precisa. (SOUSA; COSTA 2021).

Ainda de acordo com Sousa; Costa (2021), o enfermeiro deve passar a paciente muita segurança antes e durante a realização do exame. Deve ser criado um vínculo de boas relações, comunicação com acolhimento, segurança e profissionalismo.

Cabe ao enfermeiro e da equipe de saúde gerar uma relação de boa consistência com as pacientes, com intuito de promover o conhecimento do corpo, e de sua sexualidade, familiarizando a mulher a ideia de realizar o exame preventivo, evitando os sentimentos negativos causados pelo mesmo. Por esse motivo, as estratégias de saúde só funcionarão se o enfermeiro estiver

a capacidade a fazer um acolhimento e uma boa abordagem. (SILVEIRA; MAIA; CARVALHO, 2018).

O enfermeiro surge com uma função muito importante na prevenção e detecção do câncer CCU, este profissional é responsável em promover realização do exame Papanicolau por meio de ações socioeducativas, identificando as mulheres em estado de risco no momento do acolhimento na consulta ginecológica.

Nesse sentido, o objetivo geral do presente trabalho versa identificar em estudos existentes na literatura; a importância da assistência do enfermeiro na coleta do exame Papanicolau. E como objetivos específicos são: Levantar fontes sobre o câncer de colo uterino e sua prevalência; discorrer na literatura a relevância da realização do exame Papanicolau. Salientar as políticas públicas de saúde voltadas ao câncer de colo uterino.

A principal contribuição deste estudo é prestar conhecimentos sobre as dificuldades existentes por parte das mulheres, ao que se diz respeito ao medo, nervosismo, timidez, e até mesmo os “tabus” por convicções sociais em realizar o exame, e principalmente fazer uma reflexão quanto à consciência em buscar os cuidados necessários após o resultado do exame em situação de alguma alteração ou irregularidade no colo uterino.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa, cujo processo de pesquisa consiste na análise de dados de modo amplo e sistemático, além de mostrar resultados científicos encontrados por outros autores. A revisão integrativa da literatura incide na realização das seguintes etapas: identificação da temática, seleção das questões do estudo, e os critérios de elegibilidade nas bases de dados científica.

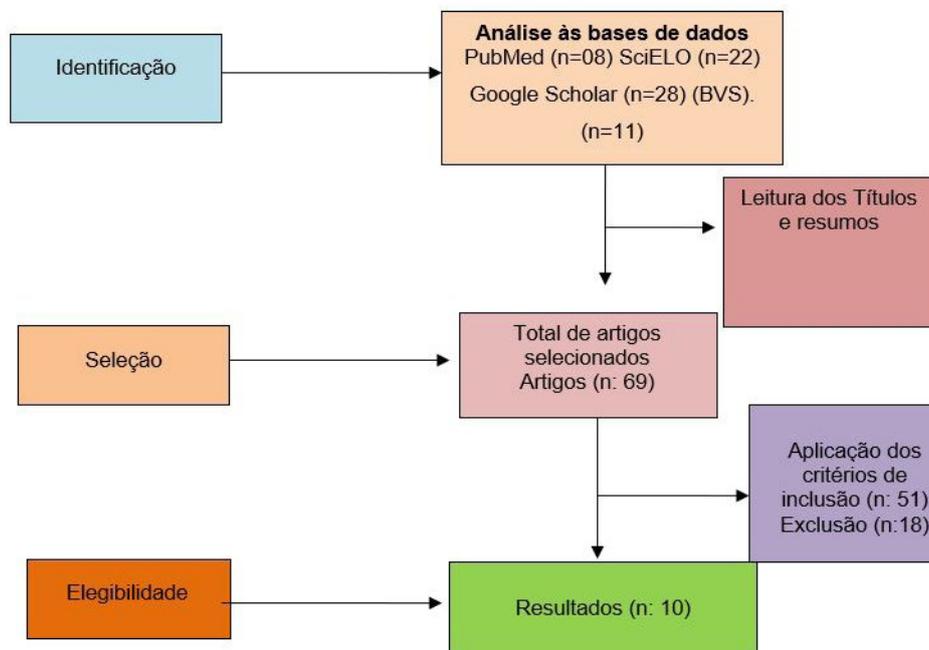
O estudo foi constituído nas bases de dados Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), associado ao Google Scholar, Biblioteca Virtual de Revistas Científica em Ciências da Saúde (BVS). Para a produção deste estudo foi selecionado um total de (69) artigos identificados nas bases de dados. PubMed (n=08) SciELO (n=22) Google Scholar (n=28) (BVS). (n=11). Do total de estudos elegidos, foram escolhidos (51), para aplicação dos critérios de inclusão e leitura dos títulos e resumos. Sendo aplicado os critérios de exclusão em (18) artigos, e para demonstração em quadro com o intuito de sistematizar os elementos encontrados durante a coleta de dados, tornando possível a análise, comparações e discussões dos resultados, foram elegidos (10) estudos.

Os descritores utilizados para o levantamento de dados foram: Câncer de colo do útero, Exame Papanicolau, Enfermagem. Os critérios de inclusão estabelecidos consistiram em: artigos relacionados à temática em português e dentro do período de publicação de 2017 a 2022, e estudos que retorquiram a seguinte questão norteadora: qual a importância da assistência do enfermeiro na coleta do exame Papanicolau? E os que não se encaixaram na inclusão, foram: estudos em inglês, e fora do período indicado, e que não abordavam a problemática abordada. O estudo foi desenvolvido no período de março a maio de 2022.

A análise dos dados foi feita através da leitura e síntese de todos os artigos selecionados. Os resultados finais do estudo foram expostos, no Microsoft Word (versão 2007), tendo

como ferramenta de apoio a plataforma CopySpider para avaliação de plágio. Com relação aos aspectos éticos da pesquisa, não foi submetido o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois a mesma não envolve seres humanos. Todas as a autoria e as referências dos artigos utilizados foram dadas credibilidades aos seus devidos autores.

Figura 1- fluxograma do processo para a seleção da amostra.



Fonte: elaborado pelos autores. 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversos estudos têm mostrado a importância da assistência do enfermeiro na coleta do exame Papanicolau, além da vivência de mulheres diagnosticadas pelo câncer de colo uterino (CCU). O acompanhamento do profissional de enfermagem, antes e durante a coleta, e o apoio desse profissional em caso de alterações, quando a paciente passa a enfrentar grandes dificuldades como angústia, tristeza e principalmente o impacto que o câncer causa em sua vida, é muito importante.

As mulheres acometidas pelo CCU passam a conviver com um novo referencial de vida, tendo que enfrentar um tratamento que muda totalmente seu cotidiano e suas relações, intra e extra sociais. Diante disso, a assistência do enfermeiro na realização do exame, na prevenção é de extrema relevância. Por que ao ser diagnosticada com câncer, as mulheres precisarão de diversas formas intromissão, que vão desde as psicológicas, entre outras necessárias para o convívio social e familiar.

Nesse contexto, o quadro apresentado a seguir é composto de 10 artigos demonstrando os resultados já existentes na literatura, contendo as seguintes informações: título autor/ano, objetivo, tipo de estudo, principais resultados.

Título	Autor/ano	Tipo de estudo/ população	Principais resultados
Evidências científicas da assistência de enfermagem na realização do exame Papanicolau	Rocha; Silva; Guimarães (2021)	Estudo de revisão integrativa de literatura.	Os resultados do estudo evidenciaram que a atuação do enfermeiro é muito importante na prevenção do câncer do colo do útero, visto que a atenção básica acolhe o paciente desde o acolhimento e até o possível diagnóstico, por meio da realização da coleta de material para exame de citologia, visto que o enfermeiro mantém um dos maiores vínculos com as pacientes, conhecer a realidade local da área onde atua é uma das principais estratégias para melhorar o planejamento de ações para reduzir as taxas de morbimortalidade.
Assistência do enfermeiro na educação em saúde, no câncer de colo do útero	Oliveira; Lima; Ramos (2021).	Estudo de revisão integrativa de literatura.	Atuação do enfermeiro nas equipes da Estratégia da Saúde da Família é de importância fundamental, suas atividades são desenvolvidas em múltiplas dimensões, como a realização das consultas de enfermagem, do exame de Papanicolau e ações educativas diversas junto à equipe de saúde e comunidade.
Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero	(COSTA et al., 2017).	Estudo de revisão integrativa de literatura.	O enfermeiro deve orientar adequadamente as mulheres acerca dos benefícios da prevenção, organizar a assistência preventiva, criar método eficaz na abordagem da população feminina e desenvolver estratégias que superem dificuldades existentes, no intuito de diminuir a prevalência desta neoplasia.
O Papel do Enfermeiro no conhecimento das Mulheres acerca do Exame de Papanicolau.	(LOPES et al., 2019).	Estudo de natureza qualitativa e descritiva por meio de uma Revisão Sistemática da Literatura.	A importância do exame de Papanicolau, a escassez de conhecimento sobre o câncer de colo de útero por grande parte das mulheres e importância do enfermeiro no reforço do exame preventivo.
O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher.	Tsuchiya et al. (2017)	Estudo de natureza qualitativa.	Apesar dos avanços na difusão de medidas preventivas e alcance de ampla cobertura do rastreamento, o câncer de colo do útero continua a ser um problema de saúde importante no país.

Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016)	Tallon et al. (2020)	Estudo de corte transversal descritivo.	O maior percentual de óbitos ocorreu na faixa etária de 50-54 anos. A região Norte apresentou os maiores índices de óbitos e taxas de mortalidade, e o Sul o maior índice de crescimento. A mortalidade por câncer do colo uterino no Brasil apresentou crescimento durante os anos observados, com mais óbitos entre 50-54 anos. A região Sul apresentou o maior crescimento nas taxas de mortalidade.
A Importância do exame de Papanicolau no rastreamento do câncer do colo do útero: uma revisão da literatura	Nonato et al. (2022).	Revisão de literatura	Condições financeiras, baixa escolaridade, localidade demográfica, precariedade no sistema de coleta, entre outros, foram algumas das causas para a não realização do exame, bem como a evidência da diminuição dos casos de câncer do colo do útero (CCU) quando há a periodicidade correta do preventivo.
Prevalência da mortalidade por câncer de colo do útero em mulheres, na Região Norte, entre 2010 e 2017.	Soares et al. (2018)	Descritivo quantitativo, com base nos dados recolhidos do Instituto Nacional do Câncer (INCA).	A pesquisa realizada mostrou um aumento da prevalência da mortalidade por CCU na região norte do país, sendo superior, inclusive, da média geral nacional ao longo dos anos estudados.
Fatores impeditivos da realização do exame Papanicolau em idosas: uma revisão integrativa	(SILVA et al., 2022).	Revisão integrativa da literatura	Enfermeiro é o profissional responsável pela coleta do material citológico vaginal durante a consulta de enfermagem e cabe a ele identificar fatores impeditivos, buscando trabalhar com ações educativas no rompimento de barreiras que impedem a adesão das idosas ao exame preventivo.
O enfermeiro na realização do exame de Papanicolau: obstáculos e a percepção da mulher	Araújo et al. (2021).	Revisão Integrativa	Por tanto que para que exista adesão das mulheres ao exame é importante estratégia e busca ativa, bem como fortalecimento de vínculo e adoção de medidas como educação em saúde para a construção dos saberes necessários a mulher.

Fonte: elaborado pelos autores. 2022.

O câncer de colo uterino e sua prevalência

De acordo com o quadro de demonstrações, podemos iniciar as discussões deste estudo, expondo os resultados de Oliveira; Lima; Ramos (2021), os quais demonstraram que o câncer é uma enfermidade que se distingue pela lesão do controle da divisão celular com competência de envolver outras estruturas orgânicas.

O câncer de colo do útero é um dentre os 100 tipos dessa doença, também conhecido como câncer cervical. Ele passa anos para se desenvolver, e está conexo a infecções por sub-

tipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus humano), em destaque os subtipos HPV-16 e o HPV-18. Por ser uma infecção muito banal, cerca de 80% das pacientes que mantém relações ativas sexualmente, irão contrair no percurso de sua vida alguns dos subtipos deste vírus.

O estudo de Oliveira; Lima; Ramos (2021), também pontua que atualmente cerca de 290 milhões de mulheres no mundo possuem o papilomavírus humano (HPV), e entre as quais, cerca de 30% delas irão desenvolver o câncer do colo do útero, o que é análogo um número de 500 mil casos de CCU por ano.

De acordo com Rocha; Silva; Guimarães (2021), as evidências sobre o câncer do colo de útero e a assistência de enfermagem frente à realização do exame Papanicolau, foi possível observar; que a atuação do profissional enfermeiro é muito importante na atenção e prevenção do câncer, visto que a atenção básica acolhe a paciente, e desde o momento da acolhida, até a realização do exame o enfermeiro desenvolve um papel indispensável para o diagnóstico e prevenção.

Para os autores já mencionados o enfermeiro nutre uma das maiores conexões com as pacientes, o mesmo conhecer a realidade local da área onde desenvolve suas ações, chegando a atuar com estratégias para melhorar o projeto de ações, com o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade.

Para o enfermeiro atuar mediante a assistência e a coleta do exame Papanicolau, a Resolução COFEN nº 385/2011 explicita que a coleta do exame requer prática e cuidado complexo, onde o mesmo precisa ser capacitado e ter conhecimento técnico, ele deve ter habilidades que assegurem exatidão ao procedimento. (ROCHA; SILVA; GUIMARÃES 2021).

Sobre a prevenção, Oliveira; Lima; Ramos (2021), pontuaram ainda na pesquisa que as estratégias mais eficientes na luta contra o câncer do colo do útero é a própria prevenção, diante do diagnóstico em fase inicial adquirido através do exame Papanicolau. Porém, o controle precoce entre as mulheres nem sempre é contínuo, visto que as dificuldades de ascensão da população dos países em fase de desenvolvimento aos serviços de saúde nem sempre são fáceis. Diante disso, para um bom resultado do trabalho do enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde, é relevante um sistema de controle das mulheres da sua área de contenção, através do monitoramento.

Relevância da realização do exame Papanicolau

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o exame Papanicolau deve ser repetido a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com espaço de tempo de um ano. E de acordo com o Ministério da Saúde, em 1997 a faixa de risco que era de 35 até 49 anos, com passar do tempo passou para 25 a 59, em razão de casos do HPV. (LOPES *et al.*, 2019).

Segundo os autores para que uma mulher realize um exame Papanicolau, existe diversas barreiras serem rompidas, bem como: a falta de conscientização sobre a neoplasia, o preconceito e a vergonha que a mulher sente, em mostrar seu corpo para ser examinada por um profissional, embora seja da saúde mais é um desconhecido para se, isso causa certo constrangimento. Outro ponto importante citado no estudo de Lopes *et al.* (2019), foram as questões culturais e históricas de mulheres serem submissas aos seus parceiros, isso pode haver grande

problema de diálogo.

Os autores Costa *et al.* (2017), destacaram que o exame Papanicolau é realizado no centro de saúde por um médico e/ ou um profissional enfermeiro apto a realizar o procedimento com presteza. Uma de suas dificuldades para ser realizá-lo, são as ações invasivas durante a realização do exame, que gera medo, timidez, angústia, aflição e desconforto na mulher. Sendo que isso acaba promovendo o retardamento pela busca do serviço nos centros de saúde.

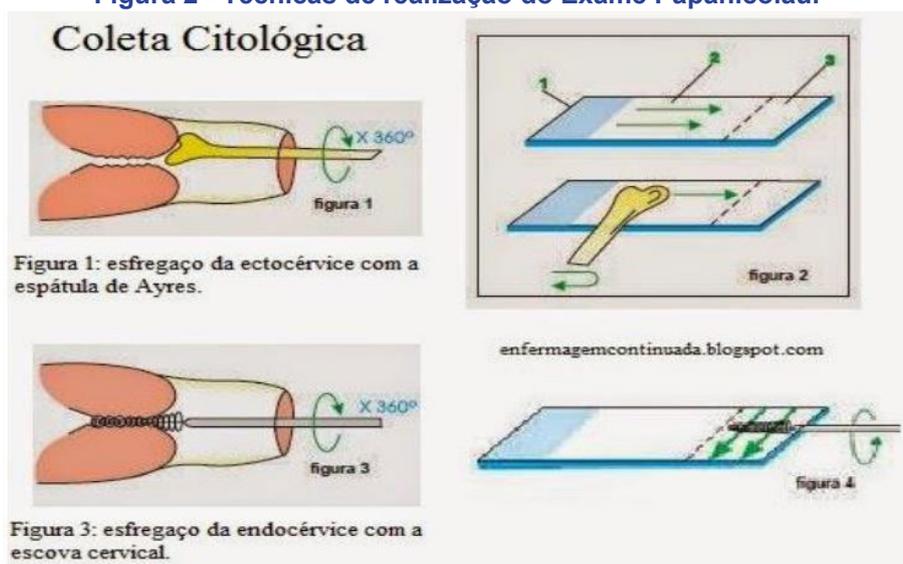
Diante eles relatam que é primordial que o médico, e ou/enfermeiro faça a execução desse exame, respeitando os anseios das pacientes, além do seu comportamento técnico e ético, com intuito de proteger e respeitar a intimidade da mulher. Por mais que seja invasivo, o Papanicolau é um exame considerado mais apropriado, adequado, de baixo custo para a prevenção do CCU.

O Papanicolau incide no raspado ou esfregação de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, com o objetivo de fazer a prevenção do CCU, e também diagnosticar outras doenças. Para a realização do exame, a paciente fica em posição ginecológica, é inserido o especular na porção posterior do introito e aos poucos vai sendo penetrado até o ápice da vagina. A extremidade do espéculo pode ser então elevada e ligeiramente girada para um posicionamento transversal, em sentido anti-horário, sendo o orifício vaginal mantido aberto. (COSTA *et al.*, 2017).

Esses são alguns elementos que dificultam a realização do exame, juntamente a essas dificuldades surgem também às grandes filas para agendamento do exame, às vezes falta de envolvimento dos profissionais, a falta de materiais para a coleta do exame, a falta de tempo do enfermeiro, em virtude da carga horária de trabalho em excesso comprometendo a qualidade do serviço ofertado, material coletado para o exame ineficaz. (COSTA *et al.*, 2017).

Após, o espéculo é vagarosamente aberto com a espátula de Ayres, a qual gira na ectocérvice, evoluindo para uma raspagem com escova cervical rodada no endocérvice, o tecido coletado é posto sobre uma lâmina de vidro e fixado, conforme é demonstrado na figura a seguir.

Figura 2 - Técnicas de realização do Exame Papanicolau.



Fonte: (COSTA *et al.*, 2017).

Políticas públicas de saúde voltadas ao câncer de colo uterino

Segundo o estudo de Tsuchiya *et al.* (2017) o Ministério da Saúde desenvolveu um Plano de Ações e Estratégias para o combate das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Dentre as ações estabelecidas, estão inclusas a ampliação da cobertura de mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos, e a ampliação da cobertura do exame Papanicolaou para mulheres de 25 a 64 anos, e a terapêutica para todas as mulheres diagnosticadas com lesões precursoras de câncer.

De acordo com Tsuchiya *et al.* (2017) as principais estratégias para a prevenção e combate do CCU e da mama fundamenta-se na melhoria do controle dessas doenças, com a universalização dos exames a todas as pacientes, e a oferta total ao tratamento de lesões precursoras de câncer. Contudo, Tallon *et al.* (2020) mencionam que o crescimento no número de óbitos por CCU nos índices de mortalidade, são resultados que poderiam ser esperados, já que o câncer do colo do útero ainda é uma enfermidade muito constante em países de baixo e médio poder aquisitivo.

Para Nonato *et al.* (2022), em seu estudo, evidenciou-se que há relevância em se detectar o CCU precocemente, tão quanto necessário à sua prevenção através do exame. Os danos precursoros do câncer do colo do útero, se diagnosticado logo no início, têm grandes chances de cura, tendo em vista que na maior parte dos casos o desenvolvimento do quadro neoplásico é lento e gradual, possibilitando que as fases pré-clínicas sejam contidas.

Para Soares *et al.* (2018), em uma pesquisa na região Norte do Brasil, observou-se que com o passar dos anos teve um crescimento quantitativo de óbitos por CCU em mulheres, mais especificamente, 53,40% de 2010 a 2017. Diante disso, é louvável o quão é primordial a cobertura do exame Papanicolau. O acesso aos programas de saúde deve acontecer em todas as esferas de assistência e regiões do país, independente de quaisquer conjunturas geográficas, financeiras ou educacionais.

Ainda que no Brasil a Atenção Básica (AB) seja um direito de todos, o uso o dos serviços de saúde ainda sofre influência das situações socioeconômica. Mesmo diante de diversas ampliações e avanços das políticas de saúde, muitas abordagens de doenças crônicas são abordadas de forma limitada. Diante de diversos fatores percebe-se a necessidade do profissional de enfermagem trabalhar ações socioeducativas de promoção do monitoramento do CCU. (SILVA *et al.*, 2022).

Silveira *et al.* (2022), menciona que o enfermeiro surge neste cenário de políticas públicas como um componente da equipe ESF, como direção, chefia, organização, idealização, coordenação e estimativas dos serviços ofertados em instituições de saúde, que sinalizam funções privativas do profissional enfermeiro.

Nessa mesma linha de pensamento, Araújo *et al.* (2021) corrobora e enaltece a ideia da necessidade de realização do exame Papanicolau para identificar de forma precoce o câncer de colo do útero nas mulheres. Os autores mencionam que o profissional de enfermagem promove o acolhimento da paciente, e durante a consulta de enfermagem é a ocasião mais apropriada para promover a educação em saúde com foco na erradicação dos tabus, bem como a aclaração das dúvidas. E o olhar voltado aos sinais e sintomas, para assim promover a prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível observar o grande problema que é o câncer do colo de útero, o qual deriva em muitos obtidos entres as mulheres. Com base nisso, concluímos que se faz necessário tomar medidas preventivas e monitoramento precoce, através do exame Papanicolau.

Portanto, destaca-se que o enfermeiro, abrace esta causa, fazendo um papel importante como agente promotor de saúde, e a realização do exame. Através dos artigos elegidos para os possíveis resultados, pode se compreender que o câncer provoca desestrutura das células, se, multiplicando além do que o organismo precisa se constituindo em tumores que, quando associado por metástase, se torna maligno.

O estudo em questão oportunizou uma ampla visão sobre a assistência da enfermagem na coleta do exame preventivo Papanicolau. A pesquisa permitiu chegar à conclusão que o câncer de colo do útero é uma neoplasia com grande incidência entre as mulheres em diversos países. A mulher, ao ver-se diante de um diagnóstico de câncer, inicia uma vivencia de diversos sentimentos que trazem à tona representações contraditórias de vulnerabilidade e determinação que interfere nas percepções da própria pessoa e de seu convívio na sociedade de modo geral.

Sendo assim, a assistência do enfermeiro durante a realização do exame e no monitoramento dessa doença, apresenta-se como um fator muito relevante na prevenção dessa doença.

REFERÊNCIAS

ARAUJO; Mateus Noletto *et al.*, O enfermeiro na realização do exame de Papanicolau: obstáculos e a percepção da mulher. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, e574101523685, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23685>

DA COSTA FKM, *et al.* Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero. *RGS*. 2017 nov; 17 (Supl 1): 55-62. *REVISTA GESTÃO & SAÚDE* (ISSN 1984 - 8153)

DE PAULA, Amanda Christina *et al.* Indicadores do monitoramento interno da qualidade dos exames citopatológicos do Laboratório Clínico da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). *RBAC*, v. 49, n. 2, p. 200-5, 2017.

GOUVEIA, Renata Bezerra de. BEZERRA, Sarah Santos. BARBOSA, Marluce Sampaio Nobre. A contribuição do enfermeiro na realização do exame Papanicolau como método de rastreamento do câncer do colo uterino: Uma revisão integrativa. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano. 06, Ed. 11, Vol. 08, pp. 55-65. Novembro 2021. ISSN: 2448-0959.

LOPES; Juliana Custódio., *et al*: o Papel do Enfermeiro no conhecimento das Mulheres acerca do Exame de Papanicolau.

Id on Line Rev. Mult. Psic. V.13, N. 47, p. 527-537, Outubro/2019 - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. DOI: 10.14295/idonline v 13i47.2044

MOREIRA, Elisângela Claudia de Medeiros. Et al. Estratégias psicoemocionais como mecanismos no enfrentamento do Câncer do Colo Uterino: revisão da literatura. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 04, Ed. 12, Vol. 06, pp. 05-20. Dezembro de 2019. ISSN: 2448-0959 Link

de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/estrategias-psycoemocionais>

NONATO; Thais Cristina de Brito *et al.*, A importância do exame de papanicolaou no rastreamento do câncer do colo do útero: uma revisão da literatura. CENTRO UNIVERSITÁRIO UMA. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/18764>

OLIVEIRA, Rafaela Lima de; LIMA, Lorena Albuquerque de Sousa; RAMOS, Luciano Godinho Almuinha: Assistência do enfermeiro na educação em saúde, no câncer de colo do útero. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, e1210413728, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13728>

ROCHA; Isa Eduarda de Sousa; SILVA; Viviane Fortes da; GUIMARÃES, Tatiana Maria Melo: Evidências científicas da assistência de enfermagem na realização do exame Papanicolaou. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 6, e6410615580, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15580>

STECKERT, Candice; DA SILVA, Andressa Pereira. Aplicabilidade de ferramentas da qualidade no controle de falhas do laboratório clínico. *Inova Saúde*, v. 9, n. 1, p. 115-128, 2019.

SILVA; Mikaela Luz *et al.*, Conhecimento de mulheres sobre câncer de colo do útero: Uma revisão integrativa. DOI:10.34119/bjhrv3n4-005 *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 7263-7275 jul./aug.. 2020.

SILVA: Valdízia Mendes e *et al.*, Fatores que influenciam a não adesão da mulher ao exame papanicolaou: revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, 8 (único): 326-340, 2021, ISSN: 2358-7490. DOI: 10.35621/23587490.v8.n1.p337-340.

SILVA; Gabrielly Freitas da., *et al.*, Fatores impeditivos da realização do exame Papanicolaou em idosas: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* | ISSN 2178-2091. REAS | Vol.15(2) | DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9679.2022>

SILVEIRA; Bruna Leticia *et al.*: Câncer do colo do útero: papel do enfermeiro na estratégia e saúde da família. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes: FAEMA*, v. 9, n. 1, jan./jun., 2018. ISSN: 2179-4200. <http://dx.doi.org/10.31072/rcf.v9i1.517>

SOARES; Savio Fernandes *et al.*, Prevalência da mortalidade por câncer de colo do útero em mulheres, na Região Norte, entre 2010 e 2017. *Saúde em Foco: Doenças Emergentes e Reemergentes - Volume 1*, 2018.

SOUZA; Daniele Andrade de, COSTA: Marli de Oliveira: O papel do enfermeiro na prevenção do câncer no colo de útero. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 13, e137101321040, 2021(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21040>

STECKERT, Candice; DA SILVA, Andressa Pereira. Aplicabilidade de ferramentas da qualidade no controle de falhas do laboratório clínico. *Inova Saúde*, v. 9, n. 1, p. 115-128, 2019.

TALLON; Blenda *et al.*, Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). *RIO DE JANEIRO*, V. 44, N. 125, P. 362-371, ABR-JUN 2020

TAQUARY, Laura Rohlf *et al.* Fatores de risco associados ao Papilomavírus Humano (HPV) e o desenvolvimento de lesões carcinogênicas no colo do útero: uma breve revisão. *CIPEEX*, v. 2, p. 855-859, 2018.

TSUCHIYA CT, Lawrence T, Klen MS, Fernandes RA, Alves MR; O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. J Bras Econ Saúde 2017;9(1): 137-47.

STECKERT, Candice; DA SILVA, Andressa Pereira. Aplicabilidade de ferramentas da qualidade no controle de falhas do laboratório clínico. Inova Saúde, v. 9, n. 1, p. 115-128, 2019.

A importância do atendimento humanizado na atenção primária no Brasil: análise de artigos

The importance of humanized care in primary care in Brazil: analysis of articles

Lucas Vinicius Gomes Silva

Graduando em Medicina na Universidade Federal Rural do Semi-árido UFERSA, Mossoró, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/74193339004972246> . <https://orcid.org/0000-0001-5008-9099>

Eduarda Tassiana dos Santos Andrade

Graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- Facene/RN, Especialista em Enfermagem Oncológica e Hematológica Cirúrgica e Molecular pela Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do Sertão do São Francisco, RN, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/9889304051500055>

Lucas Emanoell da Costa Porto

Graduando em Medicina na Faculdade Nova Esperança-FACENE, Rio Grande do Norte, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5409068812938579>.

Ramona Rossellini Pinheiro de Souza

Graduanda em Fisioterapia no Centro Universitário Maurício de Nassau-UNINASSAU,, Rio Grande do Norte, Brasil.

Rayanni Rossinni Florinda Pinheiro de Souza

Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário Maurício de Nassau-UNINASSAU, Rio Grande do Norte, Brasil.

Thiago Fernandes de Queiroz

Graduando em Enfermagem pela Universidade Potiguar-UnP, RN, Brasil

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.9

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar por meio de uma revisão de artigos, a importância da humanização do atendimento na atenção primária, com enfoque no entendimento dos mecanismos necessários para se ofertar um atendimento de qualidade, papel esse desempenhado pela equipe multidisciplinar, deliberando as complexidades e os desafios impostos neste tipo de atenção na saúde pública brasileira.

Palavras-chave: humanização. saúde. atenção. qualidade.

ABSTRACT

This study aims to analyze, through a review of articles, the importance of humanization of care in primary care, focusing on understanding the mechanisms necessary to offer quality care, a role played by the multidisciplinary team, deliberating the complexities and the challenges imposed by this type of care in Brazilian public health.

Keywords: humanization. health. heads up. quality.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar, a través de una revisión de artículos, la importancia de la humanización de la atención en la atención primaria, centrándose en comprender los mecanismos necesarios para ofrecer una atención de calidad, papel que desempeña el equipo multidisciplinario, deliberando sobre las complejidades y los desafíos que impone esta tipo de atención en la salud pública brasileña.

Palabras-clave: Humanización; Salud; Atención; Calidad;

INTRODUÇÃO

O Sistema único de saúde (SUS) como sistema dispõe da Política Nacional de Humanização (PNH) que estabelece uma política para a ativação de dispositivos que favorecem ações de humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde no Brasil. A atenção primária faz parte do sistema de saúde brasileira, como a “porta de entrada” do usuário ao SUS, desde a primeira vacina aplicada no recém nascido (RN), sendo exemplo a aplicação da BCG que protege contra a tuberculose, até cuidados gerais na saúde do idoso, com maior ocorrência no cuidado de hipertensão e diabetes mellitus, ambos um ciclo de cuidado fundamental a manutenção de saúde e bem-estar físico e mental, na prática do acompanhando e suporte à pacientes com diagnóstico de DST's (doenças sexualmente transmissíveis), assistência e orientação contínua a saúde da mulher, criança e adolescente (Conill EM,2010) [1]

Entender a complexidade que envolve a humanização e os questionamentos sobre os mecanismos envolvidos em seu significado expansivo é um desafio desde o estopim da criação SUS no Brasil em 19 de setembro de 1990 com a concretização da lei de nº 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e presentes no SUS. Urge assim a necessidade de uma

análise e revisão de artigos, que são relacionados à temática, que segundo José Maria Ribeiro, escritor e poeta, é papel do ser humano o ato de “Exercitar as virtudes para se chegar a ética e posteriormente à humanização”, frase emblemática a qual vislumbra a importância de praticar o ato humanizador no cotidiano, e na atenção primária, nas ditas unidades básicas de saúde a humanização torna-se como passo decisivo de infundir qualidade no atendimento, desde a recepção, triagem com enfermagem, acompanhamento psicológico e nutricional, fisioterapêutico e atendimento médico, um verdadeiro ciclo vicioso que se realizado com a dedicação necessária, transmite o melhor do sistema de saúde pública para o usuário, fazendo-se assim que haja a concretização na prática dos direitos fundamentais garantidos na constituinte de 1988.

MÉTODOS

Foram utilizados para a construção do artigo a análise de diversas publicações no âmbito da saúde primária com enfoque no atendimento humanizado, onde se destaca temáticas importantes tais como; Saúde do idoso, mulher, criança e adolescente, e a assistência a pacientes com DST,s, salientando que a discussão e os resultados compreende a visão crítica e produtiva dos autores, com uma revisão sistemática das práticas humanizadas atuais com contribuição de experiências e vivências na atenção primária dos mesmos, correlacionando-se com as publicações já vigentes.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Atendimento ao idoso na atenção primária

Segundo dados da revista da escola de enfermagem da USP, em publicação no SciELO, em 15 de março de 2013, mais de 50% do público alvo que frequenta os serviços da atenção primária compreende idosos de 60 á 80 anos de idade, sendo o maior público, realidade que tende ao aumento nos últimos anos, devido fator de longevidade da população brasileira, em semelhança a outros países.

Ademais, há uma justificativa plausível pela alta demanda desse grupo em específico,- destacando-se fatores como; dependência social, que compreende na necessidade de se sentir parte da sociedade, como indivíduo participante, dependência psicológica relacionada a fatores psicossociais, na compreensão que o idoso na terceira idade, sente-se como um “objeto de segunda opção”, em detrimento, de em sua maioria, ocorrer o abandono social por parte de sua família e membros da comunidade, fator também impactante na ausência de políticas públicas voltadas para os mesmos, gerando uma cascata de abandono e inferioridade social, contribuindo para o adoecimento dessa população, principalmente com impactos na área da saúde mental e física, diante que o idoso não é só acometido por “doenças da idade” como artrose, mialgias frequentes, problemas na micção, auditivo ou visual, a problemática vai além, com quadros graves de depressão e transtornos psicossociais (TRAVASSOS C, 2002) [2]

Entender a importância do idoso no Brasil, é compreender em essência o fator de humanização, e seu atendimento na UBS, deve-se focalizar em um acolhimento social, que vise a integração do mesmo ao sistema e aos complexos envolvidos, e todo o ciclo começa no ato de escutar, sim, o simples ato da escuta faz toda a diferença neste modelo integralizador, ouvir o

que o idoso tem a dizer, abre o caminho da relação assistência-paciente, quebrando-se assim conceitos e uma possível relação de superioridade, onde o modelo a ser seguido compreende em estabelecer metas na saúde daquele idoso, ao exemplo; Sr. João Pedro, sexo masculino, viúvo, 78 anos, aposentado, mora com filha solteira, diabético não diagnosticado, apresenta ao exame HGT em jejum de 380 mg/dl, requer do serviço primário o acesso contínuo de assistência, no que se inicia desde o diagnóstico até o tratamento e acompanhamento daquele indivíduo, onde o mesmo deve ser assistido pela equipe multidisciplinar, que vai focar em fatores como; alimentação, saúde psicológica, prática de exercícios físicos, dentre outros, com objetivo final do controle do quadro anteriormente apresentado pelo paciente, ofertando-lhe o acompanhamento adequado.

Acolhimento aos pacientes diagnosticados com DST's

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são sem dúvidas um problema de saúde pública no Brasil, os números de pacientes acometidos por DST's cresce consideravelmente, dentre eles, destaca-se a transmissão sexual do HIV. Somando-se a tão temida e negligenciada contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana, HIV, supracita-se outros tipos de transmissão, sendo elas; hepatite C (HCV), hepatite B (HBV), sífilis, clamídia, herpes genital, gonorreia, dentre outras, diante que em sua maioria o indivíduo acometido desconhece ser portador/ infectado por tal vírus (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006) [3]

Como o luto, o diagnóstico de uma DST, em destaque, o de HIV, condiciona o indivíduo a um processo doloroso e frágil de autoaceitação de sua condição, em detrimento, que em sua maioria, os portadores, foram infectados em situações alheias, onde não tinham conhecimento de que seu parceiro(a) detenha tal vírus, muitas vezes o transmissor não sabe de sua condição, criando-se assim um ciclo quase que vicioso de contaminação e risco no que envolve a saúde pública, supracitado que passar pelo processo que envolve a doença não é uma tarefa fácil, pois correlaciona-se com uma total mudança de vida, que apesar de não ter cura conhecida e comprovada, há tratamento eficaz nos serviços de saúde pública brasileira, onde o portador é inserido nos diversos protocolos que envolve desde o cuidado nos distintos setores da atenção primária, onde é trabalhado o auto-processo de entender, com palavras de ordem, como: aceitar, pensar, formar entendimento, prosseguir, e achar, palavras curtas de um significado esclarecedor, que se bem compreendidas demonstram a capacidade de desenvolvimento de uma cultura de auto-cuidado e valorização da realidade a ser combatida (Ferreira, 1992) [4]

Ademais, toda a base filosófica exemplificada, para denominar o fator mais importante no acolhimento dos portadores de DST's, o debatido e necessário atendimento humanizado, que compreende como o próprio sentido da palavra, humaniza-se nas diversas situações que envolve a assistência à saúde, quebrando paradigmas e tabus, e ofertando na atenção primária, em destaque, aos pacientes portadores de DST's, a introdução de um mecanismo de apoio e suporte durante todo o ciclo que envolve a doença, desde o diagnóstico até o estágio de estabilidade, devido bom prognóstico do tratamento se realizado corretamente com o apoio e supervisão da equipe multidisciplinar que compõem a atenção primária, trabalho que vai além da unidade física das UBS (unidade básica de saúde) e atravessa paradigmas com uma assistência focada no portador e sua família, pois o apoio psicossocial e familiar compreende como um dos mecanismos e formas de ajudar na melhor "aceitação" da doença e garantir uma satisfatória resposta terapêutica, alusão abordada no caderno de atenção básica do Ministério da Saúde, com dispo-

nibilização protocolos a serem empregados nos serviços de saúde básica.

Saúde da criança e do adolescente e sua importância

Instituído pela lei 8.069 de 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente em diversos setores. A lei ainda define que essa faixa etária tem direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito e dignidade, além da convivência familiar e comunitária. Além disso, tem direito ao atendimento prioritário em postos de saúde e hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) [5]

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, estabelecido pelo Ministério da saúde, tem por finalidade assistir cuidadosamente a criança através da atenção básica, aleitamento materno, imunização, teste do pezinho, entre outros programas ofertados. Além disso, tem um olhar biopsicossocial não só para crianças, mas também para o contexto de saúde e vida familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) [6]

Já os adolescentes e jovens constituem um grupo populacional com novos modos de se produzir saúde. Cada sujeito nas suas dimensões biológicas, psicológica e sociocultural constitui uma unidade indissociável. A atenção aos adolescentes e jovens deve ser pautada na integralidade. Isso significa que, o respeito à diversidade e a certeza de que, para a promoção de uma vida saudável, é preciso a inclusão de todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) [7]

Portanto, as ações de saúde na atenção básica devem, em especial, interferir nos modos e estilos de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades, contribuindo para a melhoria das condições gerais de saúde e cidadania e, dessa maneira, melhorando a vida de todos. Ficando claro que é de suma importância a participação das crianças e adolescentes nos programas oferecidos pelo governo dentro das unidades básicas de saúde.

Saúde da mulher e gestante na atenção primária

Por se tratar do ser responsável pela gestação e todas as nuances envolvidas, a mulher e sua saúde requerem uma atenção especial. Sendo assim, em 1984 foi elaborado um projeto denominado de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), benefício oferecido de forma gratuita e que conta com um leque de possibilidades quando o assunto é saúde preventiva. Entre essas benesses, podemos citar ações que envolvem a educação e prevenção, todo o trabalho voltado em diagnosticar doenças e até mesmo o tratamento, a assistência com ginecologistas, assistência do pré-natal ao parto, auxílio no planejamento familiar, informativos sobre DSTs, câncer de colo de útero e de mama. (MINISTÉRIO DA SAÚDE) [7]

A saúde da mulher deve ter como prioridade englobar todo o ciclo da vida, do nascimento à velhice. “Nesse sentido, os serviços de saúde precisam estar atentos aos contextos de vulnerabilidade de cada uma de suas usuárias para lhes ofertar um cuidado singular, afeito a composições e experimentações.” (VASCONCELOS *et al*, 2017) [8] Não deixando de ressaltar que a mulher é detentora, como qualquer outra pessoa, do direito sobre o seu corpo.

Devemos sempre lembrar que saúde vai bem além do físico, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS): Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades. Então deve-se levar em consideração um atendimento humanizado em todos os sentidos, desde que o primeiro fator a ser tra-

balhado seja pela base, nas escolas, mostrando através da educação a importância do cuidado preventivo em diversos âmbitos que são negligenciados, como por exemplo a vida sexual ativa precocemente. Gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, são questões que devem, de forma essencial, serem esclarecidas muito cedo. Esse esclarecimento tem como consequência, caso as mulheres sejam acometidas por situações como essas, estarem preparadas para saber o que fazer.

É imprescindível o tato dos profissionais da área da saúde no que se trata saúde da mulher, e ter como base o Protocolo da Atenção Básica, que diz: Saúde das Mulheres contempla desde temas como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Se para a mulher ter o conhecimento sobre seus direitos é essencial, para os profissionais envolvidos no seu cuidado saber desses direitos e deveres tem importância equivalente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, evidencia-se a importância da humanização na atenção primária, enfoque as discussões e modelos assistenciais ofertados, diante que a conscientização da população enquanto aos seus direitos e deveres, e a idealização que os mesmos são parte do sistema, demonstra-se como fundamentação principal do estudo, com a contribuição da equipe multidisciplinar conceitua-se um ciclo assistencial que visa, integralização, cuidado, atenção, saúde física e psicológica, e fortalecimento das relações interpessoais, fato debatido no decorrer do artigo com contribuições de experiências e formas de humanizar e acolher o usuário no contexto de saúde pública.

REFERÊNCIAS

CONILL EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Rev Bras Saúde Matern Infant 2010; 10 Suppl 1:S14-27.

TRAVASSOS C, VIACAVA F, PINHEIRO R, BRITO A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Publica. 2002;11(5-6):365-73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Manuais; n. 46) – no prelo. (disponível em www.aids.gov.br)

FERREIRA, J e GERBASE, A: AIDS/SIDA in Medicina Ambulatorial. - Condutas Clínicas em Atenção Primária. 3ª ed. pp.368-374. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Diretriz para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Brasília, 2005. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. N.33. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 2004.

M. VASCONCELOS, J. FELIX, G. GATTO. Saúde da mulher: o que é poderia ser diferente? Rev. psicol. polít. vol.17 no.39 São Paulo maio/ago. 2017

**Diagnóstico situacional em unidade
básica de saúde: contribuições para a
UBS Manoel Paulino dos Santos**

**Situational diagnosis in basic health
unit: contributions to UBS Manoel
Paulino dos Santos**

José Freire da Silva Neto

Candyce Mabelle Paiva Rafael

Ariele França de Melo

Adauto Vinicius Moraes Calado

Andressa Rejane da Silva

Andressa Sonja Pereira de Castro

Lídia Regina Tavares Silva

Jéssica Katariny Oliveira da Silva

Thalita Sonaly da Costa Moraes

Roberta Assis Fonseca

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.10

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) conta com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como principal via de atendimento primário. Estes postos buscam ofertar serviços de saúde de modo a evitar a necessidade do encaminhamento para outros serviços como emergências e hospitais, acolhendo até 80% da população. Objetivo: O objetivo da pesquisa foi compreender as condições do acolhimento da Unidade Básicas de Saúde Manoel Paulino dos Santos, localizado no município de Timbaúba dos Batista. Metodologia: Realizou-se uma análise dos relatórios de atendimento da UBS, objetivando compreender quais as demandas da unidade, seja em quantidade de usuários ou qualidade dos serviços ofertados. Com base na análise foi diagnosticado os principais problemas enfrentados pela UBS e indicado possíveis ações de mitigação. Resultados: Por ser um município pequeno e não industrializado, Timbaúba dos Batistas possui uma população predominantemente idosa e inativa. A UBS conta apenas com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo a única da cidade, a unidade atende a toda população cadastrada que é de aproximadamente 2245. As principais queixas citadas pela população local não são em razão dos serviços ofertados, mas devido a filas constantes, já para os profissionais da saúde o problema está na sobrecarga das atividades. Conclusões: Constatou-se um acolhimento ineficaz a demanda programada e espontânea na UBS, o que explica a existência continuada de filas, bem como a sobrecarga dos profissionais de saúde. Diante disso, indicou-se implementar o Acesso Avançado na unidade, buscando o aumento da demanda espontânea, a extinção do sistema de atendimento por “fichas”, uma reorganização nos fluxogramas de atendimento e a definição de cada atividade e seu respectivo responsável de forma a evitar sobrecarga de alguns profissionais e otimizar os atendimentos.

Palavras-chave: acolhimento. demanda espontânea e programada. acesso avançado.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) has the Basic Health Units (UBS) as the main route of primary care. These posts seek to offer health services in order to avoid the need for referral to other services such as emergencies and hospitals, hosting up to 80% of the population. Objective: The objective of the research was to understand the conditions of reception of the Basic Health Unit Manoel Paulino dos Santos, located in the municipality of Timbaúba dos Batista. Methodology: An analysis was carried out of the UBS service reports, aiming to understand the unit's demands, whether in terms of number of users or quality of services offered. Based on the analysis, the main problems faced by the UBS were diagnosed and possible mitigation actions were indicated. Results: Because it is a small and non-industrialized municipality, Timbaúba dos Batistas has a predominantly elderly and inactive population. The UBS has only one Family Health Strategy (ESF) team. Being the only one in the city, the unit serves the entire registered population, which is approximately 2245. The main complaints cited by the local population are not due to the services offered, but due to constant queues, for health professionals, the problem is in the activities overload. Conclusions: There was an ineffective reception of programmed and spontaneous demand at the UBS, which explains the continued existence of queues, as well as the overload of health professionals. In view of this, it was indicated to implement Advanced Access in the unit, seeking to increase spontaneous demand, the extinction of the service system by “tokens”, a reorganization in the service flowcharts and the definition of each activity and its respective responsible in order to avoid overloading some professionals and optimize care.

Keywords: reception. spontaneous and scheduled demand. advanced access.

INTRODUÇÃO

A rede de atenção da atenção básica tem por finalidade melhorar o desempenho da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir a oferta de procedimentos aos usuários com maior critério de necessidade. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos da rede básica à especialistas poderiam, com certeza, ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004)

A Atenção Primária à Saúde no Brasil, desde 1994, vem sendo reorientada por meio da Estratégia Saúde da Família, que tem por desafio o desenvolvimento de ações de cuidados integrais individuais e coletivos voltados para as famílias adscritas, respondendo aos preceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011). Para que o Sistema Único de Saúde (SUS) funcione de forma eficiente, sem desperdício de recursos, a estratégia saúde da família torna-se extremamente importante, uma vez que é o primeiro contato do usuário com a rede de serviços de saúde (HUBNER, 2017). O Programa Saúde da Família (PSF), numa perspectiva focada na atenção básica à saúde, a partir do qual, buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008)

A proposição do SUS é organizar em cada nível de governo, a rede de atenção à saúde que garanta o acesso universal e igualitário dentro de uma nova lógica organizacional de reestruturação do sistema de atenção. A primeira delas que se pode destacar é a transferência aos municípios da responsabilidade da oferta de serviços básicos de saúde, de forma planejada e organizada com vistas a uma melhor assistência à população adscrita. A reestruturação da oferta inicia pela atenção primária à saúde tendo como referência as equipes de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo ela considerada como a porta de entrada para o sistema (SANTOS; PENNA, 2013). E para que todos tenham acesso ao sistema de saúde, inclusive às especialidades, torna-se necessário que seja possível acolher com qualidade toda a população e cadastrá-la no sistema (HUBNER, 2017).

Para Duncan (2004), a ESF é uma forma de estruturar os serviços de atenção básica da saúde, a qual é constituído por equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem e de quatro a seis ACS – Agente Comunitário de Saúde – podendo ser complementado pela equipe de saúde bucal e prioriza a promoção de saúde tendo como foco a coletividade.

O acolhimento é avaliado como estratégia para mudar o processo de trabalho em saúde. O ato de escuta é um momento de construção, em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas as necessidades dos usuários, e pressupõe o envolvimento de toda a equipe que, por sua vez, deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos (TESSER, *et al*, 2010). Para Gomes e Pinheiro (2005), o acolhimento é pautado no cuidado ao usuário, envolvendo posturas éticas e respeitadas, devendo se tratar também de um momento para a definição de prioridades.

O estudo de Trad e Rocha (2014) identificou que o acolhimento é uma tecnologia leve

fundamental dentro da prática dos serviços de saúde, a qual tem contribuído para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito. Nesse sentido, as pesquisas descrevem dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde devido à grande demanda predominantemente espontânea, causando sofrimento aos profissionais e usuários (NORA; JUNGES, 2013)

No contexto de gestão do SUS, pode se inserir o Diagnóstico Situacional, considerado uma ferramenta para identificação das condições de saúde e risco de uma população, possibilitando o planejamento de ações em saúde (DE QUEIROZ, VALENTE, 2019).

Nesse sentido, o diagnóstico situacional aqui apresentado, justifica-se então pela necessidade do (re)conhecimento do contexto organizacional gerencial da Unidade Básica de Saúde (UBS) Manoel Paulino dos Santos, possibilitando a adequação das atividades, dos recursos e a implementação do planejamento das ações em saúde. Portanto, objetivou-se apresentar o diagnóstico situacional elaborado em uma unidade de saúde coletiva localizada no município Timbaúba dos Batistas, do interior do Rio Grande do Norte.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O ponto de partida do estudo se deu através da identificação das principais deficiências a serem abordadas. Buscou-se realizar um diagnóstico situacional da UBS Manoel Paulino dos Santos a fim de constatar a situação dos serviços prestados.

Para entender a real situação da Unidade foi realizado um estudo bibliográfico para levantamento de informações sobre o município, a população local e as características dos serviços de saúde da cidade.

Após essa etapa, foi feito um estudo local na UBS, com a finalidade do maior entendimento dos serviços prestados. Essa etapa aconteceu através da análise de documentos presentes na administração da UBS que registravam as opiniões dos colaboradores da UBS, bem como dos moradores locais usuários da UBS, como indica a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que institui a necessidade de se debater esses temas com a população tornando-a ativa na mudança e não meramente espectadora, possibilitando o melhor entendimento do grau de satisfação com os serviços prestados.

Após o levantamento das informações, os dados foram organizados de maneira a indicar as principais características da UBS Manoel Paulino dos Santos, sendo essa caracterização de suma importância para propostas de intervenção e melhoria da Unidade. O percurso metodológico pode ser resumido conforme o esquema abaixo.

Fluxograma 1- Percurso metodológico



Autores (2022).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização do Município e Sistema Municipal de Saúde

Constatou-se que o município de Timbaúba dos Batista situa-se a uma distância de 305 km da capital do Estado, Natal. Limita-se ao Norte com São Fernando, ao Sul com Serra Negra do Norte, ao Leste com Caicó e ao oeste com Jardim de Piranhas. Com uma extensão territorial de 135,41 km², Timbaúba dos Batistas é um dos menores municípios do Estado. No que concerne à população de Timbaúba dos Batistas em registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2010, contava com uma população de 2.295 (dois mil, duzentos e noventa e cinco) habitantes (PREFEITURA DE TIMBAÚBA DOS BATISTAS).

O município possui apenas uma Unidade Básica de Saúde – UBS –, a UBS Manoel Paulino dos Santos. A unidade conta apenas uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Por ser a única da cidade, a unidade atende a toda população cadastrada que é de aproximadamente 2245.

A comunidade não apresenta grande heterogeneidade por não possuir grupos como pessoas em situação de rua, indígenas, população ribeirinha e etc. O quadro de colaboradores da saúde da UBS Manoel Paulino dos Santos conta com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família – ESF –, composta por médico Clínico, Enfermeira, Cirurgião Dentista, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Dentistas e com os demais profissionais citados no Quadro 1.

Quadro 1- Quadro de colaboradores da UBS Manoel Paulino dos Santos

PROFISSIONAL	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO
Cirurgião Dentista (Extra)	01	Diário
Médico Ginecologista	01	Quinzenal
Médico Pediatra	01	Quinzenal
Médico Clínico (Pequenas Cirurgias)	01	Semanal

Autores (2022).

Tem-se também incluso a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – que atua na unidade e conta com Nutricionista, Psicóloga, Fonoaudióloga, Educador Físico, Fisioterapeuta e Assistente Social.

Caracterização do atendimento da UBS

Por ser um município pequeno e não industrializado, Timbaúba dos Batistas conta com uma população predominantemente idosa e inativa, o que direta e indiretamente leva a um maior índice de Câncer, distúrbios depressivos e uso crônico de psicotrópicos. A condição da existência de uma única UBS para atender toda a demanda do município gera um certo transtorno ao que diz respeito ao acolhimento e gerenciamento dos usuários, tornando essa uma das principais problemáticas no serviço.

Em consequência destas observações indicou-se atuar e intervir na área: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, de maneira a buscar o aumento da demanda espontânea a fim da promoção da saúde e a extinção do sistema de atendimento por “fichas”.

As queixas em razão da demanda programada e limitada são advindas dos usuários (comunidade local) e equipe de colaboradores (profissionais da saúde). Para mitigar este problema, sugeriu-se a adoção da estratégia de Acesso Avançado. O intuito é melhorar o serviço através de um instrumento que atua no atendimento das necessidades da população, para que o atendimento seja ágil, resolutivo, humanizado e acolhedor, buscando entender a raiz de cada problema e intervir, através do uso e/ou aplicação de instrumentos adequados, solucionando ou amenizando cada uma das necessidades.

Portanto o principal ponto observado no diagnóstico foi que o acolhimento necessita ser melhorado. Foi constatado déficits resultantes da escuta pouco qualificada, da dificuldade no primeiro acesso e o não cumprimento do fluxograma de atendimento, acarretando também em falhas no que diz respeito a demanda espontânea e programada.

Nesse sentido, indica-se que a atual forma de acolhimento seja ligeiramente otimizada, uma vez que junto a classificação de risco tornam-se extremamente importante no primeiro momento, pois será de onde todo o fluxo será direcionado de acordo com a gravidade de cada caso.

Notou-se ainda, uma grande procura para consultas de demanda espontânea isso se dá devido aos pacientes enxergarem a UBS apenas como um local para atender os problemas agudos, podendo lotar as recepções de enfermidades com resfriados.

Sobre a demanda programada, se espera que os pacientes crônicos tenham acompanhamento de seus processos patológicos para evitar o agravamento de suas enfermidades. No entanto, percebeu-se que a maioria desses pacientes só procuram a unidade quando estão sentindo sintomas ou dores, o que propicia a promoção de mais pacientes em estado agudo e as vezes graves, diminuindo a qualidade de vida desse grupo por não comparecerem na unidade para o devido acompanhamento de suas doenças.

Por consequência dessa avaliação situacional da UBS Manoel Paulino dos Santos, chegou-se à conclusão de que o sistema de atendimento da unidade necessita de uma nova metodologia de forma a diminuir superlotações, propiciar uma melhor qualidade de vida aos pacientes e melhores condições de trabalho aos colaboradores da Unidade

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos indicadores mostraram uma concentração em atendimentos de demanda espontânea, propiciando filas e aglomerações na recepção da Unidade. Para melhorar esse quadro indica-se a otimização das formas de atendimentos, baseado no Acesso Avançado, onde todos os pacientes sejam atendidos no mesmo dia ou agendados para serem atendidos em até 48h de acordo com a necessidade. Essa estratégia contribui para um melhor atendimento aos pacientes focando a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Propõe-se que casos não urgentes passem a ser agendados para o final do turno do dia ou para o dia seguinte, com o profissional adequado e de acordo com a demanda do dia. Com isso, é possível acabar com a necessidade do paciente em “madrugar” na porta da UBS para conseguir o atendimento, além de facilitar o primeiro acesso daqueles usuários que se sentem intimidados por essa necessidade.

Além disso, indica-se que parte dos usuários da unidade passem a ser atendidos ou tenham acompanhamentos através do atendimento virtual. A implementação dessa nova prática somada a novas metodologias de atendimentos presenciais e imediatas propiciam para uma maior quantidade de pacientes atendidos ao final do dia.

Por fim, acredita-se na aceitação das propostas por boa parte dos usuários e da grande maioria da equipe de profissionais, as quais relataram que percebem que irão resultar em uma maior organização nos processos e conseqüentemente na resolutividade e performance do serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PA CS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

DE QUEIROZ, Raquel Santos; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva: Contribuições para o campo da saúde coletiva. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 88, n. 26, 2019.

DUNCAN, Bruce B. (et al). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed 2004.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. A integralidade na assistência à saúde. In: _ MERHY *et al.* (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2 ed. São Paulo, 2004.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: _ GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, V.9, n.17,

p.287-301, 2005.

HUBNER, Bruno de Almeida. Fluxo de atendimento interno e externo na Unidade Básica de Saúde: organização do fluxo de atendimento para melhor atender a demanda. 2017.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública [Internet].v. 47, n. 6, p. 1186-2000, 2013.

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo dos; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 22, p. 149-156, 2013.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. CiencSaude Coletiva. [Internet].v. 16, n. 3, p.1969-80, 2011.

TESSER, C. D. Et al. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, Supl. 3; p.3615-3624,2010.

Lesão por pressão em adultos: contribuição da enfermagem no processo de cicatrização da ferida em pacientes hospitalizados

Pressure injury in adults: the contribution of nursing in the process of wound prevention in hospitalized patients

Arismar Vitória dos Anjos Mendes

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Daniel Louzeiro

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Dielber Diniz da Silva

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Elcilene Viegas Marinho

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Kaciane Leal Silva

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Patricia Silva Ferreira

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Roslane dos Anjos Cadete

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

Wenyo dos Inocentes Lopes

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da FACSUR

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.11

RESUMO

Objetivo: compreender as ações realizadas pelos enfermeiros junto à conjuntura da lesão por pressão em pacientes hospitalizados, de modo a apresentar os principais objetivos e protocolos para o processo de cicatrização; identificar os obstáculos enfrentados pelo enfermeiro no atendimento ao paciente com LPP, como também, descrever a contribuição que a enfermagem oferece na prevenção das lesões por pressão nos pacientes que se encontram hospitalizados. **Metodologia:** Revisão integrativa com buscas nas principais bases de dados científicos como Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cujos critérios de inclusão voltaram-se para artigos publicados em português nos últimos 07 (sete) anos. **Resultados:** Foram encontrados 46 artigos, destes apenas 20 abordavam o tema proposto e foram selecionados para compor a amostra final deste estudo. **Discussão:** verificou-se que o enfermeiro deve ter um amplo conhecimento relacionado ao tema para propiciar um melhor tratamento, visando um menor custo financeiro tanto para o paciente quanto para as instituições públicas e/ou privadas. Devem também proporcionar um tempo menor de tratamento com o máximo de conforto ao paciente, sensibilizando a equipe a trabalhar com o mesmo objetivo, ressaltando a prevenção e classificação de risco como parte do protocolo de avaliação e tratamento. **Considerações finais:** O enfermeiro tem papel fundamental na prevenção, avaliação e tratamento dos pacientes portadores de lesão por pressão, treinando a equipe com relação a novas técnicas resultando no melhor tratamento possível.

Palavras-chave: enfermeiro. lesão por pressão. paciente. prevenção.

ABSTRACT

Objective: to understand the actions performed by nurses along with the conjuncture of pressure injury in hospitalized patients, in order to present the main objective protocols for the healing process; identify the obstacles faced by nurses in the care of patients with PPL, as well as describe the contribution that nursing offers in the prevention of pressure injuries in patients who are hospitalized. **Methodology:** Integrative review with searches in the main scientific databases such as Lilacs (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and Virtual Health Library (VHL), whose inclusion criteria have turned to articles published in Portuguese in the last 07 (seven) years. **Results:** We found 46 articles, of which only 20 addressed the proposed theme and were selected to make up the final sample of this study. **Discussion:** it was found that nurses should have extensive knowledge related to the theme to provide better treatment, aiming at a lower financial cost for both the patient and public and/or private institutions. They should also provide a shorter treatment time with maximum comfort to the patient, sensitizing the team to work with the same objective, emphasizing prevention and risk classification as part of the evaluation and treatment protocol. **Final considerations:** Nurses play a fundamental role in the prevention, evaluation and treatment of patients with pressure injury, training the team in relation to new techniques resulting in the best possible treatment.

Keywords: nurse. pressure injury. patient. prevention.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a nível mundial, a discussão sobre a segurança do paciente e a busca por qualidade na oferta dos cuidados à saúde tem ganhado destaque. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) e definiu a segurança do paciente como a redução ao mínimo

aceitável do risco de danos desnecessários durante a atenção à saúde.

De acordo com Vasconcelos (2017), a lesão por pressão é definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea, ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Que pode surgir tanto em pele íntegra ou como úlcera aberta, podendo ser dolorosa, decorrente do resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento¹.

Sob essa perspectiva, é de fundamental importância os cuidados do profissional de enfermagem no desenvolvimento de métodos e protocolos preventivos utilizados em pacientes que apresentam esse quadro, haja visto que as LPP são consideradas indicadores da qualidade dos cuidados na saúde, e é a enfermagem que atua de forma direta nessa problemática, onde as LPP são classificadas como uma das cinco causas mais comuns de danos aos pacientes, sendo este um grande desafio para a enfermagem. (SANTOS, 2017).

Sendo assim a presente pesquisa tem por objetivo compreender as ações realizadas pelos enfermeiros junto à conjuntura da lesão por pressão em pacientes hospitalizados, de modo a apresentar os principais protocolos para o processo de cicatrização; identificar os obstáculos enfrentado pelo enfermeiro no atendimento ao paciente com LPP, como também, descrever a contribuição que a enfermagem oferece na prevenção das lesões por pressão nos pacientes que se encontram hospitalizados.

Através da metodologia de revisão bibliográfica integrativa com buscas nas principais bases de dados científicos como Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cujos critérios de inclusão voltaram-se para artigos publicados em português nos últimos 7 (sete) anos.

Portanto, a presente pesquisa justifica-se pela relevância que possui para os acadêmicos, profissionais da saúde como enfermeiros, técnicos de enfermagem, cuidadores, e população em geral, pois trata-se de cuidados com pacientes hospitalizados e cuidados com os fatores de risco para o desenvolvimento dessas lesões, como também na prevenção e avaliação, uma vez que, a avaliação adequada da pele proporciona sua prevenção e a implementação de medidas terapêuticas eficaz para cicatrização tecidual.

REFERENCIAL TEÓRICO

É de grande importância estudos direcionados às patologias desencadeadas no período de internação, essas referidas como “secundárias”. (SOUSA *et al.*, 2019). A lesão por pressão está associada como uma doença de pele, desenvolvida muitas vezes por causa do tempo que o paciente está internado, ou até mesmo pelas condições de cuidados que ele está recebendo.

Moro; Caliri (2016) destacam que é de conhecimento dos pesquisadores, que as lesões por pressão afetam principalmente, os pacientes hospitalizados, os quais permanecem acamados por períodos longos de internação com redução de mobilidade, sendo ainda aqueles que possuem alterações sensorial e na circulação periférica, alterações nos níveis de consciência, incontinência urinária e fecal, além das deficitárias taxas nutricionais e/ou são imunodeprimidos.

¹ Ocorre em função da combinação da gravidade e fricção. Exerce uma força paralela à pele exerce uma força paralela à pele resulta da gravidade, que empurra o corpo para baixo, e da fricção ou resistência entre o paciente e a superfície de suporte. Fonte: http://eerp.usp.br/feridascrônicas/recurso_educacional_lp_1_3.suporte.

Por ser um processo que lesiona a pele durante o tempo que o indivíduo está restrito ao leito bem como, considerando que a presença das LPP, possuem maior prevalência nos idosos devido a sensibilidade da pele, estado nutricional e diversos outros fatores. Não só em pessoas da terceira idade, mas qualquer paciente que fique por um determinado tempo acamado corre o risco de desenvolver lesões na pele, depende muitos dos fatores associados como idade, estado nutricional, condições da pele e outros fatores. (MAZZO *et al.*, 2018).

Os idosos são alvos de maior cuidado, devido a todo o processo fisiológico que os mesmos passam no envelhecimento. Existem ainda perfis de pacientes que tem grande possibilidade de apresentar lesões por pressão, como com pacientes que são paraplégicos ou tetraplégicos; pessoas debilitadas por doenças crônicas como: diabetes; problemas neurológicos e cardíacos, nestes, em especial, é fundamental acatar medidas de prevenção e que a equipe de saúde se atente a estes cuidados (SOARES, 2018, p. 6).

O surgimento de lesões de pele é uma das ocorrências mais comuns resultantes do longo período de internação hospitalar, aumentando o tempo de hospitalização do paciente, prejudicando seu quadro clínico e elevando os custos de seu tratamento (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, Brasil (2017) afirma que as LPP são consideradas um grave problema de saúde pública, pois se constituem como importantes causas de morbimortalidade e que resultam em prejuízos para a qualidade de vida do paciente e seus familiares, bem como para o próprio sistema de saúde, em virtude do prolongamento do período de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

As lesões por pressão são causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas como o diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares. Existem quatro fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento dessas lesões: a pressão do tecido, o cisalhamento, a fricção e a umidade (SOUSA *et al.*, 2019).

Portanto, por ser um problema de saúde que pode ocasionar complicações, é indispensável a realização de avaliações das lesões por pressão, de modo a estabelecer os parâmetros de seu estágio, bem como seu grau de intensidade, em conformidade a extensão da pele e dos tecidos afetado (MORAES *et al.*, 2016).

Desse modo, observa-se que as lesões por pressão causam diversas consequências, que perpassam desde o risco de infecções, econômicos, emocionais como também a limitação ao convívio social e familiar, tendo em vista que este possui dificuldades de locomoção e desenvolvimento de atividades de movimentações. Portanto, evidencia-se a importância e contribuição da enfermagem nesse processo, por meio da prestação de serviços de maneira eficiente e eficaz, de modo a garantir a qualidade da assistência realizada, exigindo assim do enfermeiro o aperfeiçoamento do conhecimento técnico-científico.

Nesse sentido, Manganelli *et al.* (2019) destacam-se os enfermeiros como detentores de uma função essencial no tratamento de lesões por pressão, como também pela utilização de protocolos assistenciais eficazes e que garantem maior segurança para pacientes e profissionais, tendo em vista as melhorias na capacidade de tomada de decisão assistencial e favorecem o uso adequado dos recursos materiais disponíveis.

Onde a enfermagem deve ser capaz de identificar a necessidade de cuidados de sua clientela. Assim, é necessário que conheça com mais profundidade a problemática das LPP,

incluindo a frequência de sua ocorrência, as características das lesões e os fatores associados (MOREIRA *et al.*, 2021). A enfermagem é uma ciência que tem como objeto o cuidado, trabalhando com o preventivo, assim como o de promoção da saúde, norteando a prática assistencial, na busca por um menor índice da lesão por pressão (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Tendo em vista que, de acordo com Manganelli *et al.* (2019) o enfermeiro é considerado como o líder da equipe de área e a partir dessa prerrogativa, tende a buscar desenvolver e aperfeiçoar habilidades de gerenciamento do serviço e supervisão na assistência, com vistas à aquisição, manutenção e/ou melhoria dos recursos físicos, tecnológicos, humanos e de informação, para a maior segurança do paciente, dos familiares e de todos os envolvidos no processo de cuidado (MANGANELLI *et al.*, 2019).

Não obstante, o enfermeiro é definido como um agente ativo na observação, notificação e tratamento de lesão por pressão. Desse modo, o planejamento do cuidado de enfermagem ao paciente é de sua competência legal a utilização e aplicação de escalas que permitam avaliar suas evidências. (INOUE; MATSUDA, 2016). Somando-se a isso, as instituições de saúde além de prover atendimento de qualidade, necessitam otimizar os custos assistenciais e o tempo de internação (INOUE; MATSUDA, 2016). Portanto, ressalta-se a importância da temática estudada, contribuindo para mais discussões do tema na comunidade científica, seja na prevenção ou no tratamento da LPP.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura cujo objetivo compreender as ações realizadas pelos enfermeiros junto à conjuntura da lesão por pressão em pacientes hospitalizados. A presente metodologia tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (ROMAN, 1998).

A construção desta revisão teve como percurso metodológico a identificação do tema, a seleção da questão norteadora que buscava compreender o processo de atuação do enfermeiro junto à prevenção e cicatrização de LPP's em pacientes hospitalizados, aplicando-se a definição dos critérios de inclusão e exclusão, das estratégias de busca nas bases de dados, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, avaliação dos artigos incluídos e interpretação dos resultados.

Para o levantamento bibliográfico foram utilizadas as bases de dados Medical Literature Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library (SCIELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a escolha das bases de dados se dá devido à importância dos conteúdos abordados nas revistas de circulação nacional e internacional,

Utilizando-se como descritores dispostos nos Descritores em Ciências de Saúde (DECS): “lesão por pressão” e “atuação do enfermeiro”. Como critérios de inclusão foram selecionados artigos que atendiam a temática proposta, publicados em português, indexados nas diferentes bases de dados, com recorte temporal dos últimos 7 anos. Além disso, utilizou-se autores com relevância e basilares para a fundamentação teórica da presente pesquisa.

Como critérios de exclusão destacou-se os artigos em formato de resumo, artigos que

não contemplavam a lesão por pressão em pacientes hospitalizados, associada e fora do recorte temporal, além disso, pesquisas publicadas em inglês, como também artigos repetidos ou que não contemplassem os critérios predefinidos.

DISCUSSÃO

Após a pesquisa nas bases de dados, foram identificados 46 trabalhos. Em seguida, fez-se uma análise por título e por resumos. Os artigos selecionados foram analisados para verificar se atendiam aos critérios de inclusão, aqueles que expuseram um estudo delineado, completo e com resultados eficazes foram inclusos.

Na primeira base de dados (LILACS) com os descritores: “lesão por pressão” e “atuação do enfermeiro”, foram encontrados 12 artigos. Destes, 7 artigos permaneceram após o filtro, no entanto 05 deles de fato se tratavam do tema e estava dentro dos critérios selecionados.

Em relação à base de dados (SCIELO), através dos descritores acima mencionados foram identificados 20 artigos, após o filtro alcançou-se 16 artigos e destes 09 foram utilizados na revisão integrativa. E por fim, conforme a base de dados da (BVS) foram identificados 14 artigos, que após o filtro obteve-se 10 artigos, que após os critérios de inclusão foram selecionados somente 06 artigos.

Desse modo, foi possível identificar que todos os estudos denotavam uma vasta contribuição do enfermeiro junto ao tratamento e prevenção de LPP's em pacientes hospitalizados. Além disso, fora identificado que dos 20 artigos utilizados na pesquisa, a maioria desses possuíam protocolos para detectar estudos que enfatizavam a temática em questão.

Com base na análise realizada nos 20 artigos utilizados na pesquisa, verifica-se que conforme Perry *et al.* (2016), é necessário um planejamento para a prevenção da Lesão por Pressão através do uso de análise de riscos para o seu desenvolvimento, onde são citadas também várias medidas de prevenção como: observação da pele diária; atentar pelas preferências de posições em leito ou cadeira pelo indivíduo; analisar ainda se o paciente e familiar que cuida, têm conhecimento a respeito das possibilidades do surgimento das lesões por pressão.

A LPP é caracterizada como indicador negativo de qualidade da assistência, analisadas internacionalmente como evento adverso e simboliza um desafio para assistência em saúde por cooperar com o crescimento da morbidade, da mortalidade, tempo, custos do tratamento de saúde e afetar elevado número de pessoas. (MAZZO *et al.*, 2018).

Podem ser definidas como lesões que ocorrem no tecido ou pele quando há diminuição da circulação sanguínea, provocada pela pressão exercida sobre uma área específica durante um período de tempo prolongado. As LPP são lesões dolorosas causadas pelo atrito em regiões de proeminências ósseas devido a cessação da irrigação tecidual nessas áreas (MANGANELLI *et al.*, 2019).

Conforme Borghardt *et al.*, (2016), o desenvolvimento dessas lesões por pressão na maioria das vezes, é rápido e agrega complicações ao indivíduo hospitalizado, além de prolongar o tratamento e a reabilitação diminuindo a qualidade de vida, causando dor e aumento da mortalidade. Ressalta-se que as lesões por pressão constituem problemas de saúde pública,

sobretudo considerando o impacto que tem para a pessoa doente.

As LPP's podem se desenvolver em 24 horas e suas características dependerão de seu estágio, e por esse motivo quanto mais rápido for realizado o diagnóstico, mais efetivo será o tratamento das feridas. Estas têm sido fonte de preocupação, por ser considerado um problema de saúde pública, podendo levar o paciente ao desenvolvimento de transtornos físicos, emocionais e conseqüentemente ter influência sobre a mortalidade e morbidade (MANGANELLI *et al.*, 2019).

Segundo Petz *et al.* (2017), a incidência no Brasil de lesão por pressão em indivíduos hospitalizados nos variados setores é de 16,9%. Com uma variação de 22,2% a 41,2%, nas Unidades de Terapia Intensiva.

A possibilidade de desenvolver as LPP's em pacientes hospitalizados, torna-se maior, devido aos pacientes apresentarem uma maior gravidade do seu quadro geral, como: pressão arterial instável; restrição ao leito; com mobilidade reduzida, perfusão e oxigenação e ainda o excesso de equipamentos ou tecnologia dura, que impede a prevenção (PETZ *et al.*, 2017).

Já os achados de Olkosk; Assis (2016), verificaram que aplicação de medidas simples como o ajuste da cabeça e dos tornozelos dos pacientes contribuem para a redução de casos de LPP. Os autores concluíram que a efetividade deste tipo de abordagem é dependente da participação ativa da equipe na discussão de medidas a serem aplicadas e de recursos disponíveis.

No tocante aos fatores que desencadeia as LPP's, estes podem ser extrínsecos e intrínsecos. Sendo os fatores extrínsecos aqueles relacionados a causas externas, como força de cisalhamento, fricção, umidade, uso de dispositivos médicos, equipamentos respiratórios, drogas vasoativas, diminuição da percepção sensorial devido ao uso de sedativos e outras medicações, internação de longa permanência, hipertermia relacionada ao controle microclimático da UTI.

Ocorre inicialmente, a privação camadas circulatórias superficiais da pele e à medida que a isquemia se aproxima de proeminências ósseas, focos maiores de tecido são acometidos. As principais causas são imobilidade, presença de incontinência urinária e/ou fecal, alterações na perfusão sanguínea da pele e presença de doenças neurológicas.

Os fatores intrínsecos estão relacionados ao paciente, como idade, imobilidade, peso corpóreo, déficit nutricional, patologias como diabetes mellitus, perfusão tecidual deficiente, hipertensão arterial, demais patologias cardiovasculares, incontinência fecal, tabagismo (PACHÁ *et al.*, 2018).

A existência de lesão por pressão repercute em circunstâncias estressantes para os profissionais da saúde, principalmente para a equipe de enfermagem, que lida com curativos e medidas preventivas para preservar a integridade da pele dos pacientes. Toda essa responsabilidade, junto com outras atividades, como administração de medicamentos e banho no leito, ocasiona um excesso de trabalho para a equipe e pode ser um fator para contribuir para a formação das lesões, visto que a qualidade da assistência fica comprometida (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Além disso, as LPP's afetam a saúde do paciente nos aspectos físicos, psíquicos e emocionais, além disso, preocupam os familiares quanto às conseqüências que essas lesões podem trazer ao indivíduo acometido, como também elevam o custo financeiro para a instituição, devido ao investimento em produtos para o tratamento (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Para Souza *et al.*, (2019) a equipe de enfermagem desenvolve ações determinantes na prevenção, promoção e tratamento das LPP, sendo necessária a atuação direta do enfermeiro para a efetividade do tratamento preventivo, moldando os cuidados conforme os fatores integrais e individuais. Os autores concluem que é muito importante que a equipe multidisciplinar reforce as intervenções, interagindo no planejamento e na elaboração de programa de prevenção e tratamento para a lesão por pressão.

As lesões de pele ainda são um problema que desafia os profissionais de saúde mais, especificamente os enfermeiros.

[...] “As lesões de pele trazem muitos desafios para os profissionais de saúde na prática clínica, destacando - se as lesões por pressão (LPP), visto que, acometem principalmente os pacientes com restrição de mobilidade, acarretam o aumento de custos no tratamento e no tempo de hospitalização, proporcionam desconforto e tem impacto negativo no serviço prestado e na qualidade de vida dos indivíduos” (FREIRE *et al.*, 2020).

A preocupação com o tratamento com as feridas sempre existiu desde os primórdios da existência do homem, quando preparavam misturas de ervas e folhas, com o objetivo de facilitar a cicatrização e estancar hemorragias. Com a evolução das civilizações e o passar dos tempos, foi se aperfeiçoando vários métodos, tais como cauterização de feridas, desinfecção com álcool (FALCÃO; BRASILEIRO, 2020).

A LPP é motivo de grande preocupação por parte da equipe da área de saúde, onde os profissionais de enfermagem são os maiores envolvidos no tratamento direto a este agravo, por passarem maior tempo com os pacientes hospitalizados.

A enfermagem se faz necessária juntamente com a equipe multidisciplinar e uma comissão de preventiva de lesão por pressão para a adoção de protocolos de avaliação de riscos e tratamento, no qual venha constituir um trabalho de qualidade e excelência para reduzir e controlar os danos de LPP, adotando assim as principais medidas de prevenção.

Segundo Mendonça (2018) o enfermeiro possui papel fundamental e relevante na equipe, em sua atuação está incluso o diagnóstico de enfermagem, a avaliação, a intervenção e as medidas para prevenção de LPP. A elaboração de um protocolo que define, oriente sobre o manejo e cuidados para prevenção destas LPP também é um grande aliado aos profissionais de enfermagem, como forma de sistematizar as ações destes e propiciar ao paciente atendimentos mais humanizados.

Portanto é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre todo o processo que envolve o tratamento do paciente, o desenvolvimento de um protocolo que siga uma ordem na avaliação, classificação, escolha do curativo adequado, acompanhamento e reavaliação da lesão, pois a avaliação da ferida é fator determinante para a terapêutica adequada, deve ser aplicada também a utilização de padrões de classificação de risco para auxiliar na prevenção.

Os artigos estudados também mostraram que no momento da avaliação o enfermeiro deve atentar para as etiologias multifatoriais, sejam elas intrínsecas (relacionados à condição clínica) e/ou extrínsecas (relacionados ao ambiente) como: alcoolismo e tabagismo, alta dependência para autocuidado, tempo prolongado de internação, idade, estado nutricional, iatrogenias, incontinências e história de lesão por pressão anterior (CALIRI, 2017).

Nesse sentido, a manutenção da integridade da pele deve ser uma das finalidades da

equipe de enfermagem e essa assistência deve ser norteada em evidências científicas. Embora se reconheça a multicausalidade da LPP's e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, a equipe de enfermagem é responsável pela assistência direta e contínua aos pacientes, o que lhe confere o principal destaque na prevenção desse problema (CALIRI, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, pôde-se ampliar a compreensão a respeito de lesão por pressão, seus conceitos e as intervenções que o enfermeiro pode contribuir tanto no tratamento como na sua prevenção. Fez-se entender que, mesmo se porventura, o problema não venha ser totalmente solucionado, ficou bem claro que é possível prevenir a LPP através de medidas.

A pesquisa demonstrou ainda, através da revisão integrativa da literatura, que a assistência e o cuidado da enfermagem fazem toda a diferença no tratamento e recuperação desses pacientes com lesão por pressão que se encontram hospitalizados. De modo que, o enfermeiro, como ator no processo de avaliação e execução de ações preventivas, deve, de acordo com sua realidade do contexto assistencial, elaborar estratégias para identificar, corrigir e/ou amenizar fatores de risco. E sempre que necessário acionar avaliação da equipe multiprofissional para atuar conjuntamente em prol de resultados desejados.

Assim, torna-se relevante a atuação da equipe multiprofissional, especialmente a equipe de enfermagem, a adoção de medidas voltadas para prevenção e condução deste agravo na instituição, sendo essencial associar teoria e prática baseadas em diretrizes com evidências que possam conduzir à prática clínica efetiva, com o intuito de se minimizar a incidência de LPP, através da realização de rotina e protocolos da instituição para manejo e prevenção de LPP, bem como se está sendo seguida, e verificando as necessidades e dificuldades apresentadas pela equipe de enfermagem no âmbito hospitalar.

Uma vez que, o enfermeiro é um profissional capacitado para tratar, avaliar e intervir de forma autônoma sobre os diversos tipos de lesões. Assim, se faz necessário que estas tenham os devidos conhecimentos técnicos científicos para que ofereça as principais medidas de prevenção, porém eficazes.

Não obstante a isso, a produção científica evidenciou que há lacunas existentes no conhecimento produzido sobre a temática abordada. E que se faz necessário futuros estudos nesse tema, a fim de aprofundar o conhecimento científico. Sendo assim, espera-se que os achados possam ser aplicados na assistência aos pacientes, subsidiando o enfermeiro na implantação de medidas preventivas para evitar a ocorrência de lesão por pressão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde no 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-15-relacionados-a-assistencia-a-saude-2016?category_id=28. Acesso em: 24 mar. 2022.

BORGHARDT, Prado. *et al.* Úlcera por Pressão em pacientes críticos: Incidência e fatores associados. *Revista Brasileira Enf.*, Maio – Jun., n. 3, p. 69, 2016 Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por pressão em cuidados institucionalizados. *Anais CIEH*, 2015, v. 2, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi d=S0034-71672016000300460&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 ago. 2022.

CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. *Revista da Escola Anna Nery*. Jul-Set, 2016, Vol.20 n.3 Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160058.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L.M. Custos de coberturas para a prevenção de úlcera por pressão sacral. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Maringá, v. 69, n. 4, p. 641-645, fev. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VG5R5PKv4pQ7gqtPzyv64xK/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2022.

FALCÃO, N.; BRASILEIRO, M.; E. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em pacientes de unidades de terapia intensiva. *Rev. Saúde Integral*, v.2, n.4, p. 1- 10, 2020.

FREIRE, D. A. *et al.* Variáveis associadas à prevenção das lesões por pressão: conhecimento para o cuidado de enfermagem. *R. pesq.: cuid. fundam.* Online, v. 12, p. 1172-1178, 2020.

MANGANELLI, R. *et al.* Intervenções dos enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, RS, v. 9, e41, p. 1-22, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33881>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MAZZO, A. *et al.* Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação. *Escola Anna Nery*, 2018. Disponível em:<http://10.1590/2177-9465-EAN-2017-0182>. Acesso em: 26 fev. 2022.

MEDEIROS, Luan Nogueira *et al.* Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem*, Recife, v.7, n. 11, p. 2703, jul. 2017.

MENDONÇA *et al.* Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. *Texto contexto - enferm.* 2018;27(4):e4610017. <http://doi.org/10.1590/0104-07072018004610017>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MORAES JT, *et al.* Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Conceito%20.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MOREIRA, R. *et al.* Enfermagem e a prevenção de lesão por pressão na atenção primária: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Atual*, In *Derme* v. 95, n. 33, 2021 e-021021. Disponível em:<https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.784>. Acesso em 02 abr. 2022.

OLKOSKI E, ASSIS GM. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2016 Abr/Jun;20(2):363-369. DOI 10.5935/1414-8145.20160050. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0363.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

PACHÁ HHP *et al.* Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018; 71(06):3203-3210. [Cited 2020 May 25]. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-3027.pdf

PERRY, Potter. *Procedimentos e competências de enfermagem*. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PETZ, Francislene de Fátima *et al.* Úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva: estudo epidemiológico. *Revista de Enfermagem UFPE, Recife*, v.1, n.11, p.287, jan. 2017.

ROMAN A. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358>>. Acesso em: 29 jun. 2022.

SANTOS, A. C. Perfil epidemiológico de pacientes com lesão por pressão estágios III e IV. TCC (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, 2017. Disponível em:<https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2053/1/AnaCarolinaSantos.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2022.

SOARES, CF, Heidemann ITSB. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*, volume 2 ed. 27, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200301>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SOARES, L. Lesão por pressão: o papel do enfermeiro da prevenção ao tratamento. Projeto Científico. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário Santa Rita, São Paulo, 2018. Disponível em:<https://conic-semesp.org.br/anais/files/2019/trabalho-1000003684.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SOUSA, P. *et al.* 2019. Gestão do risco de quedas, úlceras por pressão e de incidentes relacionados com transfusão de sangue e hemoderivados. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em:<https://doi.org/10.7476/9788575416419.0015>. Acesso em: 02 abr. 2022.

SOUSA RC, FAUSTINO AM. Conhecimento de enfermeiros sobre prevenção e cuidados de lesão por pressão. *Rev. Fun. Care Online [Internet]*. 2019;11(4):992-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005821>

VASCONCELOS, J. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, [s.l], v.21, n.1, p.1-9, 2017. Disponível em:< <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

Planejamento na enfermagem: a gerência dos cuidados no centro cirúrgico

Planning in nursing: the management of care in the operating room

Alex Silma da Silva Ferraz

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR Pinheiro- MA).

Camila Ribeiro Vale

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR Pinheiro- MA)

Dielber Diniz da Silva

Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR Pinheiro- MA).

Edineude de Jesus Torres Aroucha

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR Pinheiro- MA).

Gerlane Cardoso Lopes

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR Pinheiro- MA).

Girlane Cardoso Lopes

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR Pinheiro- MA).

Patrícia Silva Ferreira

Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR Pinheiro- MA).

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.12

RESUMO

A valorização das funções administrativas do enfermeiro, além do cuidado direto com o usuário, é considerada de importância para a construção de conhecimento específico da Enfermagem. Hoje o enfermeiro passou a coordenar e assistir ao cliente, permitindo a este se concentrar no corpo de conhecimento específico da Enfermagem. Evidenciar a importância do enfermeiro no gerenciamento e na coordenação do centro cirúrgico. A presente pesquisa pode ser considerada descritiva, de abordagem qualitativa, realizada por meio de dois questionários estruturados abertos.

Palavras-chave: centro cirúrgico. gerencia em enfermagem. liderança.

ABSTRACT

The valorization of the nurse's administrative functions, in addition to direct care for the user, is considered important for the construction of specific nursing knowledge. Today the nurse began to coordinate and assist the client, allowing him to focus on the specific body of knowledge of Nursing. To highlight the importance of nurses in the management and coordination of the operating room. This research can be considered descriptive, qualitative approach, performed through two open structured questionnaires.

Keywords: surgical center. nursing management. leadership.

INTRODUÇÃO.

A valorização das funções administrativas do enfermeiro, além do cuidado direto com o usuário, é considerada de importância para a construção de conhecimento específico da Enfermagem, bem como para o enfrentamento dos desafios propostos pelo sistema de saúde, buscando a autonomia dos sujeitos que operam o trabalho em saúde, com vistas ao gerenciamento do cuidado (FRACOLLI; EGRY, 2001). Spagnol (2005) acrescenta que, nos diversos serviços de saúde, a gerência de Enfermagem, além de organizar o processo de trabalho da Enfermagem, tem adquirido importância, até de forma essencial, na articulação entre os vários profissionais da equipe, buscando consolidar as ações a serem realizadas junto aos usuários do sistema de saúde.

O processo administrativo, por sua vez, envolve, na sua forma clássica, a execução sequencial das funções administrativas, como planejar, organizar, dirigir e controlar. A função planejar é considerado a primeira e uma das mais importantes funções administrativas, em função de servir de base para as demais funções administrativas (CIAMPONE, 1991).

O ato de planejar está incorporado em todas as funções do enfermeiro, servindo tanto para sistematizar o trabalho, como para prever mudanças e adequar os recursos visando propiciar o alcance dos objetivos propostos. Para o planejamento do cuidado, foram propostos vários métodos, geralmente denominados de Processo de Enfermagem (CASTILHO; GAIDZINSKI, 1991).

Na saúde, são amplamente utilizadas as vertentes de planejamento estratégico propos-

tas pela Escola de Medellín (Enfoque Estratégico da Programação em Saúde), por Mario Testa (Pensamento Estratégico) e, principalmente, por Carlos Matus (Planejamento Estratégico Situacional). Essas vertentes se contrapõem ao modelo de planejamento do CENDES-OPS (Centro Nacional de Desenvolvimento - Organização Pan-americana de Saúde, localizada na Universidade Central da Venezuela), combatido e considerado normativo. Embora se perceba uma forte influência da técnica CENDES/OPS, como forma de racionalizar os recursos e o processo de trabalho, este é caracterizado pela valorização excessiva da produtividade e pela inércia em buscar novos modelos de trabalho.

O planejamento como função administrativa.

Dentre os saberes de várias ciências que foram incorporados aos da Enfermagem, encontram-se os da ciência da administração, a qual, segundo Arndt e Huckabay (1983), é formada por uma parte principal derivada da teoria primária ou clássica, proporcionando uma estrutura e terminologia conceituais, que foi evoluindo até o período moderno, quando procura dar maior enfoque às abordagens sistêmica e contingencial. Nestas abordagens, considera-se organização social e técnica como um todo do universo e como um sistema complexo de elementos em interação mútua.

A evolução da ciência da administração vem contribuindo para o entendimento da prática da Enfermagem através da reflexão sobre essa prática à luz das teorias administrativas, uma vez que estas coexistem em diferentes graus na administração em Enfermagem (KURCGANT, 1991). A evolução das teorias administrativas vem contribuindo para o avanço tecnológico na área gerencial nas últimas décadas.

Arndt & Huckabay (1983) afirmam que a administração do serviço de Enfermagem é abrangente e multidimensional, e que este administrador deve compreender a necessidade de aproveitar e utilizar os princípios das várias teorias da administração. Segundo Chiavenato (2000), as organizações, por seu tamanho e pela sua complexidade, precisam ser administradas, e essa administração requer pessoas estratificadas em diversos níveis hierárquicos e diferentes funções. A administração envolve as funções de planejamento, organização, direção e controle de todas as atividades diferenciadas pela divisão de trabalho que ocorrem dentro de uma organização.

O planejamento como prática histórica.

O pensamento cartesiano, ancorado na racionalização exagerada, e consolidando os princípios de separação e de redução, influenciou muito a forma de gerir organizações, e o Estado, principalmente a partir da revolução industrial, instaura a exploração humana e ecológica até as últimas conseqüências (DE MASI, 2000). Esse autor afirma que, até hoje, estamos impregnados desta concepção racionalista que foi absorvida totalmente pelo poder dominante e assimilados principalmente pelas fábricas (motores da expansão capitalista), que expulsam tudo aquilo que não é racional: a dimensão emotiva, estética e, em parte, também, a ética.

Segundo o mesmo autor, o planejamento, como instrumento/atividade do processo de gestão das organizações, tem sido tema do conjunto da Teoria Geral da Administração, em suas diversas correntes e/ou configurações metodológicas. Somando-se aos saberes e práticas articulados dentro de uma perspectiva. O planejamento como prática histórica sistêmico-funcional,

de modo instrumental e em termos de eficácia operacional, tem interferido positivamente na produção de riquezas e alterado os seus mecanismos de usufruto.

JUSTIFICATIVA

O papel do enfermeiro no passado caracterizava-se como provedor de cuidados de saúde, onde este profissional assumia o papel de várias outras áreas de conhecimento (fisioterapia, farmácia, nutrição e serviço social). Hoje o enfermeiro passou a coordenar e assistir ao cliente, permitindo a este se concentrar no corpo de conhecimento específico da Enfermagem (WILKINSON, 1992).

Desta forma, exigindo dos profissionais de Enfermagem uma valorização das funções administrativas. É muito comum dentro dos Serviços de Enfermagem a existência de administradores com o hábito de usar técnicas de gerenciamento baseadas na administração somente por objetivos, em que a preocupação é estabelecer objetivos a serem cumpridos no futuro, mas sem formulação estratégica. Ela tem levado a graves problemas gerenciais por limitar a ação administrativa no enfrentamento de objetivos que, na essência, são de natureza operacional (GERDES; ERDMANN, 1995).

No que se refere à questão de planejamento, Ciampone (1991, p. 41) afirma que “para os estudiosos da administração, o planejamento costuma figurar como a primeira das funções administrativas e uma das mais importantes, pois serve de base para as demais”. Para a administração dos Serviços de Enfermagem essa afirmação é pertinente, pois se observa constantemente o uso de planejamento tanto para sistematizar o trabalho, como para prever mudanças e adequar os recursos, a fim de se atingirem os objetivos propostos.

O processo de Planejamento em Enfermagem

A intenção não é fazer uma descrição do Processo de Enfermagem, já que existe uma vasta literatura a esse respeito, e sim tecer algumas considerações que subsidiarão a adaptação do Processo de Enfermagem à função administrativa exercida pelo enfermeiro, principalmente no que diz respeito às ações de planejamento realizadas pela Enfermagem. Sendo assim, e considerando o objetivo e pressuposto desse texto, é pertinente a discussão de três pontos básicos: O primeiro ponto diz respeito à sigla SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem).

O Processo de Enfermagem, historicamente, tem sido utilizado para organizar e direcionar a assistência de Enfermagem, surgindo, desde então, na literatura corrente, o termo “Sistematização da Assistência de Enfermagem”, amplamente utilizado na divulgação dos avanços científicos a respeito do processo de cuidar na prática assistencial do enfermeiro. Entende-se ser o Processo de Enfermagem uma parte essencial dessa profissão, ser uma maneira especial de pensar e agir dos enfermeiros, ser uma maneira de coordenar e resolver problemas, que oferece direção para o planejamento, implementação e algumas considerações quanto ao Processo de Enfermagem 62 avaliação da assistência, e envolve uma interação entre o cliente e o enfermeiro, considerando o cliente como foco principal onde, juntos utilizam o processo para tomar decisões (WILKINSON, 1992).

Dessa forma, o Processo de Enfermagem, como qualquer sistema, é representado como

um conjunto de elementos ou componentes que se organizam em três partes: entradas, constituídas por: indivíduo, comunidade, unidade e/ou serviço de saúde etc. com problemas de saúde; processos, representado pela execução das ações sistematizadas de Enfermagem; e saídas, formadas pelo indivíduo, comunidade, unidade e/ou serviço de saúde etc. modificado (sadio ou melhorado).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a importância do enfermeiro como sujeito no gerenciamento do centro cirúrgico. Considerando o centro cirúrgico antes e após a gerência de enfermagem.

Objetivos Específicos

- Evidenciar a importância do enfermeiro no gerenciamento e na coordenação do centro cirúrgico.
- Descrever os principais problemas que o enfermeiro enfrenta e delineando, assim, possíveis soluções.

METODOLOGIA

O interesse pela investigação acerca da importância do enfermeiro na gestão do centro cirúrgico deu-se por meio da experiência enquanto estagiário do centro cirúrgico. A presente pesquisa pode ser considerada descritiva, de abordagem qualitativa, realizada por meio de dois questionários estruturados abertos.

Minayo (2004) ressalva que a pesquisa de natureza qualitativa operacionaliza as aspirações, valores e atitudes, uma vez que os fenômenos não podem ser quantificados. Por isso, essa abordagem é essencial nesta pesquisa, para que assim possa descrever com clareza as atividades gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro do centro cirúrgico, e, ainda, investigar a realidade antes e após sua gerência.

Destarte, Silva e Menezes (2001) enfatizam que a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população, fenômenos ou o estabelecimento de relações entre variáveis, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coletas de dados como o questionário e a observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa, pode-se perceber que o enfermeiro, enquanto gestor no gerenciamento do centro cirúrgico, atua com profissionais de formações diferenciadas, que se torna um desafio para sua prática. Por isso, é fundamental que este tenha subsídios teóricos e vivências práticas para gerenciar a assistência junto a sua equipe, sendo esse um profissional muito importante na coordenação do CC.

Evidenciou-se nessa pesquisa, também, que a equipe de enfermagem tem uma percepção positiva do papel exercido pelo enfermeiro no âmbito da gerência do CC, enfatizando o quanto é importante que haja um profissional liderando não apenas a equipe, mas organizando, também, o fluxograma dos procedimentos cirúrgicos realizados no setor. A enfermagem tem um papel importante no contexto hospitalar e, cada vez mais, vem ocupando cargos de destaque. Entretanto, as competências administrativas vão sendo aprimoradas ao longo dos anos de exercício da profissão e com os cursos de especialização, devido à deficiência de disciplinas na graduação direcionadas ao processo gerencial, uma vez que muitas abordam apenas a prática assistencial.

Para que haja melhoria em sua gerência, o enfermeiro gestor do CC deve trabalhar a relação interpessoal com sua equipe, desenvolver suas competências, aprimorar suas habilidades, buscar ativamente programas e ou cursos de especialização/aperfeiçoamento, desempenhar uma gestão inovadora, usufruir da comunicação com todos os profissionais atuantes no CC e implementar as mudanças requeridas dentro de suas competências, de acordo com a instituição.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Karleny dos Santos; DINIZ, Rita de Cássia Moura; LIMA, Flavia Regina Furtado. Administração do tempo nas atividades de enfermagem de uma UTI. *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília (DF), v.57, n.4, p. 417-420, 2004. Disponível em: Acesso em: 20 jun. 2022.
- ARNDT, C.; HUCKABAY, L. M. D. *Administração em Enfermagem*. Trad. de Maria Stella Teixeira de Oliveira e Clenir Bastos Marra Pereira. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
- BARTOLOMEI, Silvia Ricci Tonelli; LACERDA, Rúbia Aparecida. Trabalho do enfermeiro no Centro de Material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem. *Revista da escola de enfermagem*. USP. São Paulo (SP), p.412-417, 2006. Disponível em: Acesso em: 20 jun. 2022.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevista em Ciências Sociais. *Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC*. Santa Catarina, v.2, n.1, p.68-80, 2005. Disponível em: Acesso em: 20 jun. 2022.
- BRITO, Maria José Menezes *et al.* Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v.17, n.2, p.45-57, 2008. Disponível em: Acesso em: 20 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. 1996. Disponível em: Acesso em: 20 jun. 2022.
- CHIAVENATO, I. *Administração: teoria, processo e prática*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1985.
- CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R. R. Planejamento da assistência de Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. p. 207-214.
- CIAMPONE, M. H. T. Metodologia do planejamento na Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. p. 41-58.
- DE MASI, D. *O ócio criativo*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

FRACOLLI, L.A.; EGRY, E.Y. Processo de trabalho em gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? Ver. Latino- -am. Enfermagem, Ribeirão Preto, Ano 9, n. 5, p. 13-18, acesso: 19 de set. 2022.

GERGES. M. C.; ERDMANN, A. L. Planejamento estratégico como um instrumento da gestão estratégica para a Enfermagem. Texto e Contexto Enf., Florianópolis: v. 4, n. 1, p. 180-190, 1995.

KURCGANT, P. As teorias de administração e os serviços de Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991. Cap. 1, p. 3-13.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2004.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. Metodologia da pesquisa e dissertação. 3.ed. revisada e atualizada. Laboratório de ensino a distância da UFSC. Florianópolis (SC), 2001. Disponível em: Acesso em: 19 set. 2022.

WILKINSON, J. M. Nursing Process in Action: a critical thinking approach. Califórnia: Addison-Wesley Nursing, 1992.

Capítulo 13

Acolhimento puerperal na atribuição às primíparas

Puerperal reception in the attribution to first parents

Alex Silma da Silva Ferraz

*Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR
Pinheiro- MA).*

Camila Ribeiro Vale

*Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR
Pinheiro- MA)*

Edineude de Jesus Torres Aroucha

*Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR
Pinheiro- MA).*

Dielber Diniz da Silva

*Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR
Pinheiro- MA).*

Gerlane Cardoso Lopes

*Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR
Pinheiro- MA).*

Girlane Cardoso Lopes

*Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR
Pinheiro- MA).*

Patrícia Silva Ferreira

*Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem 9º período (FACSUR
Pinheiro- MA).*

Giseldo Pinheiro Lopes

*Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Supremo
Redentor. Mestre em Saúde e Meio Ambiente e Especialista em Enfermagem
Obstétrica e Neonatal (UNICEUMA).*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.12

RESUMO

O puerpério é o período que se inicia após o parto quando se encerra em torno de seis semanas após este, podendo haver variabilidade na duração desta fase de acordo com cada mulher. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, pautado no conceito de Acolhimento/humanização realizado com puérperas primíparas que participaram da entrevista para gestantes. Diante a análise desta pesquisa, os dados foram interpretados e agrupados com base a teoria. Foram entrevistadas 10 (dez) puérperas primíparas que tiveram o parto em 2016 e 2017. O presente estudo revelou que a gravidez é um período de muitas mudanças que vão muito além das fisiológicas e emocionais, é uma transformação em toda sua vida, relacionamentos e o descobrimento de uma nova pessoa.

Palavras-chave: maternidade. gestantes. puérperas.

ABSTRACT

The puerperium is the period that begins after childbirth when it ends around six weeks after it, and there may be variability in the duration of this phase according to each woman. Qualitative, exploratory and descriptive study, based on the concept of Reception/humanization carried out with primiparous puerperal women who participated in the interview with pregnant women. In view of the analysis of this research, the data were interpreted and grouped based on the theory. Ten (10) primiparous puerperal women who gave birth in 2016 and 2017 were interviewed. The present study revealed that pregnancy is a period of many changes that go far beyond the physiological and emotional, it is a transformation in your entire life, relationships and the Discovery of a new person.

Keywords: maternity. pregnant women puerperal women.

INTRODUÇÃO

O puerpério é o período que se inicia após o parto quando se encerra em torno de seis semanas após este, podendo haver variabilidade na duração desta fase de acordo com cada mulher. (BRASIL, 2016). Ele permite alterações fisiológicas e psicológicas na puérpera (GOMES e SANTOS, 2017)

O estágio puerperal abrange o momento do ciclo gravídico puerperal, haverá muitas mudanças físicas acarretadas pela gestação e parto, regride até o estado anterior a gravidez. Esse período é caracterizado por insegurança, medo e inexperiência em relação aos cuidados da mulher e do recém-nascido. Além disso, as mudanças ocorridas na vida da mulher durante o período gravídico puerperal vão além de aspectos físicos e emocionais, afetando também ao seu cotidiano familiar e social (COSTA e BRITTO, 2016).

A assistência à puérpera, não deve limitar-se ao recém-nascido, mas deve estender-se a ela e a sua família também, assim deve ser pautada no reconhecimento dos aspectos físicos, psicológicos, econômicos, sociais e culturais envolvidos, sendo estes entendidos como fatores determinantes no processo saúde-doença dessa mulher (CUNHA *et al.*, 2017). Ademais, o cuidado dos integrantes da família com a puérpera se faz necessários para minimizar possíveis

dificuldades. A vivência do ser-mulher com complicações puerperais é marcada pelos desconfortos causados pela sintomatologia e consequente impossibilidade de cuidar de si mesmo, do recém-nascido e dos filhos que ficaram em casa (LIMA *et al.*, 2018).

Segundo Dodou *et al.* (2017) é comprovada a carência de ações educativas voltadas sobre o autocuidado da puérpera no pós-parto imediato e tardio, ficando focalizada toda a atenção para orientações e cuidados à saúde do recém-nascido. Há uma necessidade de reflexões e mudanças, principalmente, por parte dos profissionais de saúde já que a educação em saúde é a principal forma de promoção à saúde.

Dessa forma, a atividade desenvolvida visa mostrar o importante papel da enfermagem nas novas adaptações e enfrentamentos dos novos desafios e auxílio nos cuidados ao RN e puérpera primigesta.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) relevar a importância dos cuidados antes, durante e após o parto, os quais podem salvar a vida de mulheres e recém-nascidos.

Por meio das principais causas de mortes maternas, estão hipertensão, Hemorragias, infecções, complicações no parto e abortos inseguros, principalmente em países em desenvolvimento. Logo, a avaliação adequada da mulher, também no pós-parto puerpério, pode evitar morte por eventos ligados nesse período. Para isso, as mulheres precisam de acesso a serviços e cuidados capacitados nas semanas após o parto. Até então, barreiras que limitam esse acesso precisam ser identificadas e sanadas, em todos os níveis de atenção à saúde materna.

No Brasil, com os progressos na atenção à saúde materna são representados por políticas e programas, como o Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, e a Rede Cegonha, em 2011.

Essa última, por sua vez, inclui o puerpério como período que merece uma atenção especial nos serviços de saúde, com assistência de qualidade, humanizada e resolutiva, no quadro da Atenção Primária de Saúde (APS). O puerpério é o período em que a mulher volta às condições pré-gravídicas, sendo classificado como imediato (1° ao 10° dia) precoce (11° ao 42° dia) e remoto (do 43° dia até 1 ano após o parto). Nesse intervalo, a puérpera vivencia as alterações físicas bruscas do seu corpo ao mesmo tempo que precisa atender às necessidades de um novo ser que precisa principalmente dos seus cuidados. A maternidade é um episódio de transformação, que transpassa as expectativas da gestação e se torna um dos momentos mais especiais na existência do ser humano. As alterações físicas, emocionais e sociais desse período levam a uma fase de mudança, biologicamente determinada, que culmina no nascimento.

Nesse contexto de adequações da puérpera e da família, os profissionais de saúde podem oferecer a avaliação clínica e o cuidado qualificado, que vai além dos procedimentos técnicos, por meio de escuta qualificada e do atendimento das necessidades biopsicossociais da puérpera e demandas da família. O suporte adequado pode permitir adequada continuidade da assistência dessa mulher, que se depara com novos papéis assumidos na vivência da maternidade, que envolve o que é vivido a partir das relações intersubjetivas com outros indivíduos no mundo social e nos cenários de assistência e de atenção à mulher que vive o puerpério.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, cujo a finalidade é analisar artigos científicos já publicados, visando contribuir para o progresso da prática clínica ao cooperar com a disseminação de informações relacionada à temática apresentada e identificando possíveis ausências sobre o assunto.

A pesquisa foi realizada através das bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico encontrados um total de 15 artigos. Foram analisados de forma preliminar pela leitura do título e resumo, com posterior leitura completa do texto.

Dessa forma, foram definidos os seguintes critérios de inclusão para a puérpera. Gestantes que tiveram o parto no ano de 2016 e 2017 e que participaram da entrevista para gestantes e que no presente momento encontram-se no puerpério tardio, independente da faixa etária; da raça; da classe social ou do ESF de origem.

Assim, participaram da entrevista 10 puérperas primíparas, seguindo as regras da saturação teórica para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada gravada, realizado individualmente com cada puérpera no seu domicílio. Com o propósito de descrever e comparar práticas e costumes, tendências, dificuldades, anseios, preconceitos, diferenças e outras características e principalmente seus sentimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante a análise desta pesquisa, os dados foram interpretados e agrupados com base a teoria. Foram entrevistadas 10 (dez) puérperas primíparas que tiveram o parto em 2016 e 2017.

Caracterização das participantes da pesquisa:

Tabela 1 - Identificação

PUÉRPERA	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/OCUPAÇÃO
P1	15	SOLTEIRA	4	ESTUDANTE
P2	18	UNIÃO ESTÁVEL	2	ESTUDANTE
P3	31	CASADA	1	DOMÉSTICA
P4	18	SOLTEIRA	2	ESTUDANTE
P5	29	CASADA	4	COMERCIANTE
P6	27	SOLTEIRA	2	DONA DE CASA
P7	16	UNIÃO ESTÁVEL	2	ESTUDANTE
P8	22	UNIÃO ESTÁVEL	7	PROFESSORA
P9	19	UNIÃO ESTÁVEL	6	ESTUDANTE
P10	18	CASADA	2	DOMÉSTICA

Legenda: Escolaridade: 1 Ensino Médio Completo; 2 Ensino Médio Incompleto; 3 Ensino Fundamental Completo; 4 Ensino Fundamental Incompleto; 5 Graduação Completa; 6 Graduação Incompleta; 7 Graduando

Tabela 2 - Dados do puerpério

PUERPERA	VIA DE PARTO	ESCOLHA DA VIA DE PARTO	ALEITAMENTO MATERNO	AJUDA NO PUERPÉRIO/ QUEM	GRAVIDEZ PLANEJADA	DESEJA TER MAIS FILHOS
P1	NORMAL	GESTANTE	NÃO	SIM/MÃE	NÃO	NÃO
P2	NORMAL	MÉDICO	NÃO	SIM/MÃE	SIM	SIM
P3	CESÁREA	GESTANTE	ATÉ 2 MESES	SIM/MARIDO	SIM	SIM
P4	NORMAL	GESTANTE	ATÉ 3 MESES	SIM/AVÓ	NÃO	SIM
P5	NORMAL	GESTANTE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
P6	NORMAL	GESTANTE	ATÉ 1 MÊS	SIM/SOGRA	SIM	SIM
P7	CESÁREA	MÉDICO	NÃO	SIM/MÃE E AVÓ	NÃO	NÃO
P8	CESÁREA	MÉDICO	SIM	SIM/MÃE E SOGRA	SIM	SIM
P9	CESÁREA	MÉDICO	SIM	SIM/MÃE	NÃO	SIM
P10	NORMAL	GESTANTE	SIM	SIM/MARIDO	SIM	NÃO

As entrevistas de certa forma permitiram, identificar muitas dúvidas e questionamentos entre as puérperas primíparas. Percebendo vários questionamento sobre as diversas mudanças, físicas, mentais e culturais. Compreendendo assim o quanto foi importante à participação gestantes na entrevista. A partir dos relatos as categorias que compõem o tema: Os sentimentos atribuídos as puérperas primíparas são:

Significado de ser mãe;

Dificuldades relacionadas ao cuidado do recém-nascido;

Autocuidado no puerpério;

Relacionamento e mudanças pessoal e familiar .

Significado de ser mãe

A gravidez é um processo difícil, único e obscuro a ser vivenciado. É um período que implica em varias etapas, além de mudanças fisiológicas, transformações emocionais e físicas que diferenciam de intensidade durante toda a gestação, de acordo com cada momento que é vivido (COELHO *et al.*, 2017).

De acordo com Finotti (2015) a gravidez não planejada é aquela à qual a gestação não foi programada ou que surgiu durante uma contracepção não desejada. O desenvolvimento dessa evento é considerado atualmente um problema para a saúde publica, principalmente quando se fala em um público de mulheres mais jovens ou/e em família em situação de vulnerabilidade social.

A responsabilidade de ser mãe demanda o aprendizado de um conjunto de habilidades e competências que variam de acordo com cada contexto social, apesar do ser mãe ser entendido como uma condição inerente à mulher (ANDRADE; BACELLI; BENINCASA, 2017). O simples fato de gerar uma vida tão perfeita e saudável e dar à luz estabelece um vínculo extremamente forte, e ao mesmo tempo íntimo, entre mãe e filho.

Dificuldades relacionada ao cuidado do recém-nascido

Os cuidados com o recém-nascido são diversos e representa um mundo novo e uma rotina totalmente diferente do que estavam acostumadas no dia a dia.

O desmame precoce é consequência de diversos fatores, como emocionais, familiares e sociais, os quais são envolvidos por medos e anseios. O aleitamento demanda tempo, confiança e apoio por parte da mãe dos familiares e profissionais da área da saúde. Amamentar gera um vínculo mãe/bebê que se fortalece no contato pele a pele e no qual várias patologias são prevenidas (CAPUCHO *et al*, 2017).

Xavier *et al*, (2015) declara que as gestantes possuem muitos questionamentos em relação aos cuidados com o RN, dos quais, grande parte, surgem devido aos mitos criados no ambiente social dessas gestantes. Além disso, as dúvidas comprovam a importância do papel do enfermeiro de transmitir conhecimento aos cuidados com o recém-nascido.

Autocuidado no puerpério

As puérperas relatam com dificuldade a rotina, o cansaço físico e emocional, mudança de horários, diminuição do tempo de sono, entre outros. Com tanta mudança torna-se difícil o autocuidado, faltando tempo para realizar as necessidades mais básicas, como por exemplo lavar o cabelo e arrumar a unha.

No estudo de Silveira *et al*. (2016) os resultados ratificam que os cuidados com a própria saúde por puérperas ocorreram apenas quando foram acompanhados da presença de sofrimento ou sintoma físico. Além disso, a relação com o corpo foi negativa, evidenciou-se a não aceitação das formas do corpo grávido em afirmações como nada ficava bom, ou que não estaria atraente.

Relacionamento e mudanças pessoal e familiar

Analisando os dados das entrevistadas podemos perceber o quanto as mudanças foram significativas tanto pessoais quanto familiares. A gravidez, planejada ou não, gera mudanças nas relações entre os casais, podendo estreitá-la ou constituir um fator de rompimento (PARCERO *et al*., 2017).

A gestação é um dos eventos que modificam a dimensão psicoemocional do âmbito familiar (SANTOS *et al* , 2017) A ausência de pessoas importantes da família ou até mesmo o pai, como citado por algumas entrevistadas dificulta ainda mais essas adaptações para o novo mundo que está surgindo.

Carvalho (2018) afirma que quando existe uma carência no suporte social recebido pela mulher, ela tende a ficar exposta a sintomas depressivos e de ansiedade, os quais estão diretamente relacionados. Garantir uma assistência adequada no pré-natal significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem-estar da gestante e de seu conceito, além de orientar sobre possíveis problemas específicos do parto e sobre determinados cuidados ao recém-nascido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que a gravidez é um período de muitas mudanças que vão muito além das fisiológicas e emocionais, é uma transformação em toda sua vida, relacionamentos e o descobrimento de uma nova pessoa. Modificações que envolve as mulheres até o puerpério, o qual muitas vezes é deixado de lado. Diante dos resultados encontrados, observa-se que a relação de acolhimento profissional/paciente na entrevista com gestante, foi de grande valia para todas as entrevistadas, as mesmas em nenhum momento se sentiram diferentes, independentes de raça, condição financeira, idade.

Os primeiros cuidados aos recém-nascidos pelas puérperas, trazem sentimentos felicidade e medo, a ligação entre mãe e filho gera alegria de estar cuidando do seu bebê, bem como traz receio de ter em mãos um ser ainda pequenino e frágil dotado de cuidados especiais, sendo assim, o preparo durante a gestação é de suma importância para que a mãe sinta-se apta a cuidar do seu filho logo no primeiro dia de vida. Diante de tais sentimentos vale ressaltar que a importância da assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal, seja no pré-natal, pois representa uma fase que requer discussão e ações efetivas para alcançar a humanização dos cuidados como um passo para a integralidade no atendimento à mulher.

O puerpério é um momento de extrema importância na vida da mulher, é um ritual de passagem que deve ser vivido de forma positiva e a enfermagem está em uma posição privilegiada, no que se refere ao atendimento à mulher que vivencia esse período, pois envolve a arte do cuidar de forma humanizada respeitando os direitos das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. de J.; BACELLI, M.S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. Revista do NESME, v.14,n.1, p.1-13, maio 2017. Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139452147004>. Acesso em: 20 de mai 2022.
- BRASIL, MAE ME QUER. Pós-parto: o que é o puerpério. 2016. Disponível em: . Acesso em: 20 de mai 2022.
- CAPUCHO, L.B.; FORECHI, L.; LIMA, R. de C.D.; MASSARONI,L.; PRIMO, C.C. Fatores que interferem na amamentação exclusiva. Rev. Bras. Pes. Saúde, v. 19, n.1,p.108113. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/17725/12151> > . Acesso em: 20 de mai 2022.
- CARVALHO, L.L. Fatores psicossociais e gestação de alto risco: um estudo exploratório no município de Juiz de Fora/ MG, 2018. Disponível em: < <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/6609/1/laislagedecarvalho.pdf> >. Acesso em: 19 de set 2022.
- COSTA, P.F.da; BRITO,R.S. de. Orientações ofertadas às puérperas no alojamento conjunto: revisão integrativa da literatura. Rev. de Saúde Pública do Paraná, v.17, n.2, p. 237-245, 2016. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/312355717_Orientacoes_ofertadas_as_puerperas_no_alojamento_conjunto_revisao_integrativa_da_literatura>. Acesso em: 19 de set 2022.
- COELHO, D.D.R.; SOUZA, J.L.A.de. TORRES, M.M.S.M.; DREZETT, J. Gravidez e maternidade tardia: sentimentos e vivências de mulheres em uma unidade de pré-natal de alto risco em barreiras, Bahia.

Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - Higia, v. 2, n.1, p. 1-19, 2017. Disponível em:< <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/145/202>>. Acesso em: 19 de set 2022.

CUNHA, A.M.S. da; GOMES, N.M.C.; SANTOS, G.C.O.; RODRIGUES, S.T.C.; SILVA, J.M. de O. Apicção da teoria humanística de enfermagem na assistência de enfermagem a uma puérpera. GEP NEWS, v.1, n.4, p. 26-32, 2017. Disponível em:< <http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4325>>. Acesso em: 19 de set 2022.

DODOU, H. D.; OLIVEIRA, T. D. A. de; ORIÁ, M. O. B.; RODRIGUES, D. P.; PINHEIRO, P. N. da C.; LUNA, I. T. A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas. Revista Brasileira de Enfermagem, v.70, n.6, p. 1250- 1258, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601250&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 de set 2022.

FINOTTI, M. As implicações da gravidez não planejada de adolescentes no Brasil, Febrasgo, 2015. Disponível em:< <https://www.febrasgo.org.br/pt/site?p=11633> > . Acesso em: 19 de set 2022.

GOMES, G.F.; SANTOS, A.P.V.dos; Assistência de enfermagem no puerpério. Rev. Enfermagem Contemporânea, v.6, n.2, p. 211-220, 2017. Disponível em:< <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407/1081>>. Acesso em: 19 de set 2022.

PARCERO, S.M. de J.; COELHO, E. de A. C.; ALMEIDA, M. S. de; ALMEIDA, M.S.; NASCIMENTO, E.R. do N. Característica do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. Rev. Baiana de Enfermagem, v.31, n.2, p. 1-11, 2017. Disponível em:< <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17332/14621>>. Acesso em: 19 de set 2022.

SILVEIRA, E.A.A. da; ANDRADE, S.Q. de; Relacionamento Interpessoa Enfermeiropuérpera: a influencia das práticas discursivas. Rev. Digita FAPAM, v.6, n.6, p. 333-340, 2015. Disponível em:< <http://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/download/122/119> >. Acesso em: 19 de set 2022.

SANTOS, S.M. dos R.S.; UBALDINO, A.C.C.; SANTOS, L.M. dos ; JESUS, P.B.R. de; JESUS, M.C.P. de. Avaliação da família de gestande com vulnerabilidade social fundamentada no Modelo Calgary. Rev. Guara, v.5, n.8p.19-31, 2017. Disponível em:< <http://www.periodicos.ufes.br/guara/article/view/15694/13061>>. Acesso em: 19 de set 2022.

XAVIER, A.C.A.; JESUS, M.da G. R.de; PEREIRA, A.S.; SANTOS, K.A.; FERREIRA, D.A.S.; SALES, S.N.V. Cuidados com o recém-nascido. Revista de Inovação, Tecnologia e Ciências (RITEC), v. 1, n. 1, p. 168-172, 2015. Disponível em:<<http://periodicos.ftc.br/index.php/ritec/article/view/76/114>>. Acesso em: 20 de mai 2022.

A importância do treinamento funcional para a manutenção das capacidades físicas motoras em idosos

The importance of functional training for the maintenance of motor physical capacities in the elderly

Helenilzo Barreto da Silva Filho

Graduando em Educação Física pela Universidade Paulista - UNIP

José Vitor Alves de Lima

Graduando em Educação Física pela Universidade Paulista - UNIP (EUMA).

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.14

RESUMO

A atividade física regular é uma das coisas mais importantes que se pode fazer pela saúde de um idoso. Pode prevenir ou retardar muitos dos problemas de saúde que parecem vir com a idade. Também ajuda os músculos a ficarem mais fortes para que se possa continuar fazendo as atividades do dia-a-dia sem se tornar dependente dos outros. Nesse contexto, a pesquisa tem como objetivo geral, analisar a importância do treinamento funcional para manutenção das capacidades físicas motoras em idosos. Os objetivos específicos são detalhar o conceito de idade e suas consequências; discorrer sobre treinamento funcional e seus benefícios, e por fim, tratar de aptidão funcional em idosos e sua relação positiva com o treinamento funcional. Trata-se de pesquisa bibliográfica de cunho hipotético dedutivo sem necessidade de esgotar o tema. Constatou-se que o treinamento funcional pode ser uma opção bastante pertinente se o objetivo for reduzir a incapacidade de atividades da vida diária em idosos.

Palavras-chave: idosos. treinamento funcional. importância.

INTRODUÇÃO

Como um adulto mais velho, a atividade física regular é uma das coisas mais importantes que se pode fazer pela saúde. Pode prevenir ou retardar muitos dos problemas de saúde que parecem vir com a idade. Também ajuda os músculos a ficarem mais fortes para que se possa continuar fazendo as atividades do dia-a-dia sem se tornar dependente dos outros.

À medida que as populações continuam a aumentar a expectativa de vida, uma preocupação central é se o tempo adicionado compreende anos de vida saudável e promove uma alta qualidade de vida relacionada à saúde na velhice.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético. Ela engloba exercícios, esportes e atividades físicas realizadas como parte da vida diária, ocupação, lazer ou transporte ativo.

O exercício ou treinamento funcional é uma subcategoria de educação física planejada, estruturada e repetitiva e que tem como objetivo final ou intermediário a melhora ou manutenção da aptidão física.

Função física é a capacidade de um indivíduo realizar as atividades físicas da vida diária. A função física reflete a função motora e controle, aptidão física e AF habitual.

Deve-se ter em mente que alguma atividade física é melhor do que nenhuma. Os benefícios para a saúde também aumentarão com mais atividade física que se fizer.

Nesse contexto, a pesquisa tem como objetivo geral, analisar a importância do treinamento funcional para manutenção das capacidades físicas motoras em idosos.

Os objetivos específicos são detalhar o conceito de idade e suas consequências; discorrer sobre treinamento funcional e seus benefícios, e por fim, tratar de aptidão funcional em idosos e sua relação positiva com o treinamento funcional.

Trata-se de pesquisa bibliográfica de cunho hipotético dedutivo sem necessidade de esgotar o tema.

IDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Globalmente, a população está envelhecendo e a Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, até 2050, a população com 60 anos ou mais dobrará, enquanto a de 80 anos ou mais chegará a 400 milhões de pessoas. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

Esse prolongamento da vida é visto como um triunfo dos avanços médicos, farmacológicos, e de atividades físicas, decorrentes do acesso a melhores tratamentos e do foco em terapias preventivas.

O envelhecimento, um processo inevitável, é comumente medido pela idade cronológica e, por convenção, uma pessoa com 65 anos ou mais é muitas vezes chamada de 'idoso'. No entanto, o processo de envelhecimento não é uniforme em toda a população devido a diferenças na genética, estilo de vida e saúde geral. (PEREIRA *et al.*, 2021, p. 12)

Assim, a idade cronológica não atende à heterogeneidade observada entre os 'idosos', principalmente no que diz respeito às suas necessidades que muitas das vezes exigem individualização dos esquemas. (SANTOS, 2021).

Uma série de mudanças físicas e problemas de saúde são mais comuns à medida que as pessoas envelhecem. No entanto, assim como todos os idosos não são iguais, seu estado de saúde também varia. Muitos são ativos e saudáveis, enquanto outros são frágeis, com múltiplas condições de saúde. (MARTINS; FLORIANO; DOMINGUES, 2019).

Aproximadamente 92% dos idosos têm pelo menos uma condição crônica e 77% têm duas ou mais. Quatro condições crônicas – doenças cardíacas, câncer, derrame e diabetes – causam quase dois terços de todas as mortes entre indivíduos com 65 anos ou mais a cada ano. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2019).

Pessoas com 55 anos ou mais representam mais de um quarto de todos os americanos diagnosticados com HIV, e esse número está aumentando. (DA SILVA *et al.*, 2019).

A deficiência auditiva entre os idosos geralmente é leve ou moderada, mas é generalizada; quase 25% dos adultos com idades entre 65 e 74 anos e 50% com 75 anos ou mais têm deficiência auditiva que geralmente é isolante. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2019).

As alterações visuais entre os adultos idosos resultam em problemas como velocidade de leitura mais lenta e dificuldade em ler letras pequenas e com pouca luz, bem como dificuldade em dirigir à noite. (DE SOUZA; RAMOS, GOMES, 2018)

A proporção de idosos que necessitam de assistência nas atividades cotidianas aumenta com a idade. Menos de um quinto dos idosos entre 65 e 74 anos precisam de assistência nas atividades da vida diária, como tomar banho ou comer. Isso aumenta para 40% dos homens e 53% das mulheres com mais de 85 anos que precisam dessa assistência. (DA SILVA *et al.*, 2019).

As minorias étnicas e raciais mais velhas têm maior prevalência de obesidade, diabetes e hipertensão, bem como um início mais precoce de doenças crônicas, do que os idosos brancos. (RAMOS; SANDOVAL, 2018).

Alguns dos fatores que contribuem para essa disparidade são a pobreza, comunidades segregadas com menos recursos de promoção da saúde, educação precária, desemprego, discriminação e menor acesso a cuidados de saúde de qualidade. (NASCIMENTO, 2020).

Apesar desses problemas de saúde mental e física, dois terços dos idosos que não vivem em ambientes de cuidados de longa duração relatam que sua saúde é boa, muito boa ou excelente em comparação com outros de sua idade. (TEIXEIRA; DO AMARAL, 2022)

Para a maioria dos idosos, as alterações associadas à idade na cognição (pensamento) são leves e não interferem significativamente no funcionamento diário. Os adultos mais velhos são capazes de aprender novas habilidades mesmo tarde na vida, embora o aprendizado possa levar mais tempo do que para os adultos mais jovens. (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

A memória de curto prazo mostra mudanças perceptíveis com a idade, mas a memória de longo prazo diminui menos com a idade. Algumas mudanças na cognição são normais com a idade, como tempos de reação mais lentos e habilidades reduzidas de resolução de problemas. (GUIOTI *et al.*, 2021)

A velocidade com que as informações são codificadas, armazenadas e recuperadas também diminui à medida que envelhecemos. No entanto, muitos adultos mais velhos superam seus colegas mais jovens em testes de inteligência que se baseiam no conhecimento e na experiência acumulados. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

Sabedoria e criatividade muitas vezes continuam até o fim da vida. Os traços de personalidade permanecem relativamente estáveis ao longo do tempo. Por exemplo, as pessoas que eram extrovertidas durante a idade adulta jovem provavelmente serão extrovertidas mais tarde na vida. (PEREIRA *et al.*, 2021)

A maioria dos idosos relata boa saúde mental e tem menos problemas de saúde mental do que outras faixas etárias. No entanto, um em cada quatro idosos experimenta um problema de saúde mental, como depressão, ansiedade, esquizofrenia ou demência. (PEREIRA *et al.*, 2021)

A taxa de suicídio para homens com mais de 85 anos é maior do que a de qualquer outra faixa etária. Espera-se que o número de idosos com problemas de abuso de substâncias dobre para cinco milhões até 2024. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

A demência (incluindo a doença de Alzheimer, o tipo mais comum de demência) não é uma parte normal do envelhecimento. Aproximadamente 5 por cento dos indivíduos entre 71 e 79 e 37 por cento da população acima de 90 anos, são afetados. À medida que envelhecem, as pessoas, no entanto, geralmente ficam mais satisfeitas com suas vidas e mais otimistas sobre o envelhecimento. (SANTOS, 2021).

TREINAMENTO FUNCIONAL

O treinamento funcional é um tipo de treinamento que se concentra em movimentos que ajudam a funcionar melhor na vida cotidiana. Por exemplo, um levantamento terra pode ajudar a treinar para pegar uma caixa de entrega pesada sem puxar um músculo nas costas. (MARTINS; FLORIANO; DOMINGUES, 2019).

Embora este seja apenas um exemplo, os corpos foram projetados para se mover de diferentes maneiras categorizadas em padrões de movimento humano. Os humanos são feitos para empurrar e puxar com a parte superior do corpo, dobrar os quadris, dobrar em um agachamento, estocar ou subir e girar.

O objetivo do treinamento em cada um desses movimentos é manter os músculos funcionando como foram projetados. O treinamento funcional normalmente usa movimentos compostos, o que significa que se dobra em várias articulações e recruta vários grupos musculares para alcançar o movimento. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

Os movimentos funcionais usam grandes grupos de músculos trabalhando juntos em todo o corpo. Esses exercícios geralmente são semelhantes aos movimentos que você faria em sua vida diária. Pegar um objeto pesado, balançar um taco de beisebol ou carregar mantimentos são situações do mundo real que o treinamento funcional pode ajudá-lo a melhorar. (MARTINS; FLORIANO; DOMINGUES, 2019).

Enquanto muitos exercícios se encaixam na definição de “treinamento funcional”, outros não. O treinamento de força menos funcional pode ter características e objetivos diferentes. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2019).

Os exercícios não funcionais trabalham apenas um músculo ou um grupo muscular em uma parte do corpo. Pense no “dia da perna” ou “dia do braço” na academia. Exercícios tradicionais de treinamento de força, como rosca bíceps, levantamento de panturrilha e leg press sentado são todos menos funcionais. Ademais, muitos exercícios não funcionais visam aumentar o tamanho de um músculo específico. O treinamento funcional prioriza o movimento muscular sobre a aparência. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2019).

A capacidade de realizar atividades da vida diária é vital para viver de forma independente. A perda de força muscular relacionada à idade pode comprometer essa capacidade e levar à incapacidade.

Por exemplo, a progressão da fraqueza muscular limita a capacidade de agarrar um objeto que impede ainda mais a capacidade de abrir um frasco. Experimentar dificuldade e depender de outras pessoas não está apenas relacionado à diminuição da qualidade de vida, mas também ao aumento da probabilidade de colocação em casa de repouso a longo prazo. (DA SILVA *et al.*, 2019).

Um grande número de estudos mostrou que o treinamento de força de resistência progressiva melhora a força muscular em idosos, incluindo os mais velhos. O treinamento de força de resistência progressiva aumenta a carga gradualmente ao longo do curso de treinamento para fortalecer os principais grupos musculares usados para levantamento de peso ou levantamento. O treinamento tem sido recomendado para prevenir ou reduzir a incapacidade tardia para idosos. (DE SOUZA; RAMOS, GOMES, 2018)

No entanto, melhorar a força muscular produz apenas uma pequena mudança, às vezes até uma mudança não significativa, na redução da incapacidade no final da vida. A transferência dos benefícios físicos do treinamento de força resistido para o desempenho parece ser limitada. Tem sido sugerido que a relação entre força muscular e desempenho físico não é linear. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

Quando a força muscular atinge um certo limiar, um aumento adicional na força muscular não contribui para um melhor desempenho, inclusive em idosos com deficiência. Além disso, os adultos mais velhos podem não aprender explicitamente como transferir o aumento da força muscular para melhorar o desempenho quando o treinamento se concentra principalmente no

aumento da força muscular. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

Alternativamente, o treinamento funcional pode ser mais benéfico para melhorar o desempenho em idosos. Ele tenta treinar os músculos em padrões de movimento coordenados e multiplanares e incorpora múltiplas articulações, tarefas dinâmicas e alterações consistentes na base de suporte com o objetivo de melhorar a função. (PEREIRA *et al.*, 2021)

Com uma definição tão ampla, a literatura sobre treinamento funcional incorporou uma vasta gama de programas de exercícios com desenhos e focos variados. (SANTOS, 2021).

O princípio do treinamento funcional é a especificidade do treinamento, o que significa que o treinamento em uma atividade específica é a melhor forma de maximizar o desempenho naquela atividade específica. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2019).

Em outras palavras, quanto mais próximo o treinamento estiver do resultado desejado (ou seja, uma tarefa específica ou critério de desempenho), melhor será o resultado. Dessa forma, para melhorar o desempenho, o treinamento físico deve ser realizado em padrões de movimento semelhantes aos que as pessoas realizam tarefas diárias. O treinamento funcional pode ser um melhor programa de exercícios para idosos se o objetivo for melhorar a independência.

Há um crescente corpo de literatura sobre treinamento funcional em que os idosos são treinados em tarefas específicas, como levantar da cadeira ou movimentos necessários para realizar tarefas diárias. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

BENEFÍCIOS DO TREINAMENTO FUNCIONAL

Os exercícios funcionais ensinam o corpo a trabalhar como um todo, em vez de treinar partes específicas. Fortalecer todo o corpo dessa maneira traz muitos benefícios para sua saúde. (GUIOTI *et al.*, 2021)

O treinamento funcional treina os mesmos movimentos musculares que se usa no dia a dia. Por exemplo, um idoso pode praticar agachamentos com peso corporal para melhorar sua capacidade de se levantar de uma cadeira. Essas atividades cotidianas podem ficar mais fáceis quando você treina para elas. (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Exercícios funcionais podem ajudar a manter e preservar o senso de equilíbrio. Ele faz com que diferentes partes do corpo se movam suavemente. Isso é útil para adultos mais velhos para evitar quedas e lesões relacionadas. Pessoas em recuperação de lesões também podem recuperar o equilíbrio com o treinamento funcional. (TEIXEIRA; DO AMARAL, 2022)

Aperfeiçoar os movimentos envolvidos na vida diária pode ajudar a prevenir lesões. O treinamento funcional protege sua coluna dos movimentos que causam dores nas costas. Se uma pessoa levantar objetos pesados do chão corretamente durante o exercício, pode evitar acidentes ao pegar objetos pesados no trabalho. (PEREIRA *et al.*, 2021)

Atletas melhoram com exercícios funcionais baseados nos movimentos de seu esporte. Um jogador de basquete pode praticar saltos de um lado para o outro para melhorar sua agilidade e velocidade na quadra. Os remadores podem praticar agachamentos para treinar os mesmos músculos das pernas que usam no barco. (SANTOS, 2021).

Exercícios funcionais podem ser mais eficientes em termos de tempo para condicionamento físico e perda de peso do que focar em um músculo de cada vez. Adicionar algumas sessões de exercícios de corpo inteiro mais curtas e mais intensas à rotina aumenta as calorias que se queima. (NASCIMENTO, 2020).

APTIDÃO FUNCIONAL PARA IDOSOS E O TREINAMENTO FUNCIONAL

A aptidão funcional é uma maneira de ajudar as pessoas a realizar tarefas diárias com facilidade. Inclui exercícios que imitam os movimentos das atividades diárias. Andar, agachar, dobrar, empurrar e puxar são exemplos. Três elementos-chave da aptidão funcional para idosos são equilíbrio, mobilidade e força. Melhorar esses três aspectos da aptidão física ajuda os idosos: Manter um peso corporal saudável; reduz o risco de queda; facilita as atividades da vida diária, aumenta a saúde emocional. (TEIXEIRA; DO AMARAL, 2022)

As pessoas costumavam acreditar que envelhecer significava desacelerar, que o declínio físico e mental era natural. Mas a ciência provou repetidamente que não é o caso. A desaceleração é o que causa o declínio físico e cognitivo. (NASCIMENTO, 2020).

Idosos que “desaceleram” após a aposentadoria podem ter alguns problemas persistentes - uma lesão antiga, articulações rígidas, músculos tensos ou fraqueza geral. Os exercícios ajudam a melhorar a aptidão funcional e preparar o terreno para um estilo de vida mais saudável, mais gratificante e ativo. (DE SOUZA; RAMOS, GOMES, 2018)

O objetivo da aptidão funcional para idosos é melhorar o equilíbrio, a mobilidade e a força para as atividades diárias. Equilíbrio é a capacidade de permanecer ereto em uma posição estável. O equilíbrio é um elemento essencial da aptidão funcional. À medida que as pessoas envelhecem – e se não permanecem ativas – a fraqueza muscular reduz a força e a flexibilidade das articulações, aumentando o risco de queda. (RAMOS; SANDOVAL, 2018).

Algumas pesquisas sugerem que deficiências cognitivas tipicamente associadas ao envelhecimento também aumentam o risco de queda. Mas o exercício não só aumenta a estabilidade articular para prevenir quedas, mas também melhora o funcionamento cognitivo. (DE SOUZA; RAMOS, GOMES, 2018)

A caminhada do calcanhar aos pés é um excelente exercício para melhorar o equilíbrio. Outro exercício é o karaokê ou caminhada na videira.

Mobilidade é a capacidade de se mover livremente e facilmente. Um idoso com mobilidade limitada não pode realizar atividades da vida diária. Por exemplo, se um idoso não puder mover os ombros livremente, isso pode limitar sua capacidade de fazer compras, cozinhar ou lavar roupas. (NASCIMENTO, 2020).

Se as articulações do joelho estiverem rígidas ou inchadas, elas podem evitar se mover completamente. Claro, isso teria o efeito oposto que eles querem – em vez de diminuir a dor, “desacelerar” aumentaria os problemas de saúde e o risco de lesões. Incentive os clientes seniores a “simplesmente se mexer”. Deixe que eles comecem em um ritmo e frequência confortáveis e aumentem. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

A força é o elemento da aptidão que torna possível o equilíbrio e a mobilidade. Sem força

adequada, a qualidade de vida de um idoso diminuirá rapidamente. Sem músculos fortes, a saúde dos ossos e das articulações sofre. Inclua treinamento de resistência em cada programa de condicionamento físico sênior para manter a aptidão física, independência e qualidade de vida. (DA SILVA *et al.*, 2019).

Os benefícios da aptidão funcional são muitos: Melhora da saúde física, Composição corporal saudável, Forte sistema imunológico para combater doenças, Mobilidade aprimorada, Redução do risco de quedas e lesões, Melhor qualidade de vida, etc. (PEREIRA *et al.*, 2021)

Os benefícios para a saúde mental do treinamento funcional incluem o seguinte: estresse reduzido, menores taxas de depressão, maior felicidade, foco aprimorado, memória aprimorada, cognição melhorada etc. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

O exercício funcional produz todos os mesmos benefícios físicos do exercício regular. Um aumento na atividade física aumenta o metabolismo. Com um metabolismo mais rápido, os clientes podem comer alimentos mais saudáveis. A atividade física também queima calorias, ajudando os idosos a perder peso ou manter um peso saudável. (MARTINS; FLORIANO; DOMINGUES, 2019).

O exercício cardiovascular melhora a saúde do coração e evita que os vasos sanguíneos fiquem rígidos, mantendo uma faixa saudável para a pressão arterial. Não só isso, caminhar é um treino funcional em que todos devem caminhar. Caminhar melhora a força ao redor das articulações do tornozelo, joelho e quadril. (TEIXEIRA; DO AMARAL, 2022)

Os benefícios para a saúde mental do treinamento funcional incluem redução da depressão, aumento da felicidade, foco mental e memória aprimorados e função cognitiva aprimorada. Muitos idosos afirmam que perder sua independência é uma grande preocupação. O exercício constrói e mantém a força e a resistência muscular. Ao adicionar exercícios à sua rotina diária, os idosos podem realizar suas atividades diárias e permanecer independentes. (GALVÃO; DE OLIVEIRA; BRANDÃO, 2019).

Um bom treino aumenta as substâncias químicas do bem-estar no cérebro, levando a sentimentos de felicidade. Quanto mais exercícios – aulas de ginástica, cardio, treinamento em circuito, tênis de prata, etc. – mais sentimentos de felicidade. Finalmente, a pesquisa mostra que o exercício aumenta o foco mental e mantém a mente afiada. Chega de “momentos de terceira idade” ou de esquecer onde o carro está estacionado. (MARTINS; FLORIANO; DOMINGUES, 2019).

A aptidão funcional deve melhorar o equilíbrio, a mobilidade e a força. Um bom programa de treinamento deve incluir treinamento funcional sem negligenciar outros aspectos do condicionamento físico, como força muscular, resistência muscular e resistência cardiovascular. Em outras palavras, não se concentre em consertar apenas uma coisa de cada vez. Por exemplo, um cliente com um joelho inchado deve estar fazendo algum treinamento de equilíbrio e mobilidade. Eles também devem fazer treinamento de força na parte superior do corpo e treinamento cardiovascular para manter uma boa saúde do coração. Jogue alguns exercícios de flexibilidade e você terá um programa de treinamento bem equilibrado. (PEREIRA *et al.*, 2021)

A melhor maneira de melhorar a aptidão cardiovascular – e ajudar os idosos nas atividades diárias – é fazê-los se movimentar mais. Adultos com mais de 60 anos são a faixa etária

menos ativa e acumulam mais tempo inativo do que qualquer outro grupo – independentemente de estarem trabalhando ou aposentados. (GUIOTI *et al.*, 2021)

O treinamento de resistência fortalece os músculos, articulações e ossos. É especialmente importante que as mulheres incluam treinamento de força para reduzir o risco de osteoporose. O treinamento físico em grupo é um cenário ideal para os idosos fazerem treinamento de resistência. Uma boa rotina de treino em circuito feito com os amigos proporciona suporte social com orientação estruturada do personal trainer. (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

A flexibilidade diminui naturalmente com a idade, mas ainda mais quando as pessoas não estão ativas. Os músculos ficam tensos, criam desequilíbrios musculares e puxam as articulações para fora do alinhamento. Isso prepara o terreno para lesões, mas é evitável com alguns minutos por dia de alongamento. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2019).

A idade cronológica é apenas um número. A idade fisiológica é o que realmente limita uma pessoa. Quão bem o corpo envelhece depende de quão bem ele é cuidado ao longo da vida. Nutrição adequada, hidratação, movimento e descanso são fundamentais para envelhecer bem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os exercícios funcionais se mostram de suma importância para pessoas idosas, pelo que ele deve ser maximizado em todas as searas das práticas físicas que englobem pessoas idosas, em especial.

Portanto, o treinamento funcional pode ser uma opção bastante pertinente se o objetivo for reduzir a incapacidade de atividades da vida diária em idosos.

Ademais, restou consignado que os adultos idosos podem se exercitar com segurança, mesmo aqueles com condições crônicas e desafios de mobilidade e isso, por si só, pode causar melhora nesses problemas e desafios vivenciados.

Contudo, a sugestão é que antes de iniciar qualquer regime de exercícios, é importante que o idoso tenha algum acompanhamento médico e de educador físico para saber quais opções são adequadas para sua saúde e nível de atividade.

Então, logo estará pronto para experimentar os benefícios comprovados e imensos do exercício/treinamento funcional.

REFERÊNCIAS

DA SILVA, Nádia Souza Lima *et al.* EFEITOS DE UMA SESSÃO EXTRA DE TREINAMENTO FUNCIONAL NAS CONDIÇÕES FUNCIONAIS DE IDOSOS. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v. 24, 2019.

DE SOUZA, Adailton Alberto; RAMOS, Joranaide Alves; DE OLIVEIRA GOMES, Maria Daiane. Treinamento funcional e o idoso: estudo sobre os efeitos da prática na flexibilidade e capacidade funcional. Revista Rios, v. 12, n. 19, p. 187-197, 2018.

GALVÃO, Daiana Gonçalves; DE OLIVEIRA, Luis Vicente Franco; BRANDÃO, Glauber Sá. Efeitos de um programa de treinamento funcional nas atividades da vida diária e capacidade funcional de idosos da UATI: um ensaio clínico. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 9, n. 2, p. 227-236, 2019.

GUIMARÃES, Willian Blyth *et al.* Efeitos do treinamento funcional sobre a autonomia funcional de idosas. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, v. 9, n. 1, p. 71-79, 2020.

GUIOTI, Renan Vinícius *et al.* A RELEVÂNCIA DO TREINAMENTO FUNCIONAL PARA AS CAPACIDADES FÍSICAS, FUNCIONAIS E ASPECTOS DA SAÚDE DE IDOSOS. In: *Colloquium Vitae*. ISSN: 1984-6436. 2021. p. 74-89.

MARTINS, Robinilson Costa; FLORIANO, Sara Emanuele; DOMINGUES, Thiago. TREINAMENTO FUNCIONAL PARA IDOSOS: UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO. *Anais do EVINCI-UniBrasil*, v. 5, n. 1, p. 258-258, 2019.

NASCIMENTO, Débora. A IMPORTÂNCIA DO TREINAMENTO FUNCIONAL PARA OS IDOSOS NA MELHORA DO EQUILÍBRIO. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, v. 8, n. 1, p. 21-26, 2020.

PEREIRA, Bruno Henrique De Carvalho *et al.* Os efeitos do treinamento funcional sobre a aptidão física de idosos: Uma revisão narrativa. *Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS-FESGO*, v. 4, n. 02, p. 88-92, 2021.

PEREIRA, Bruno Alves; NASCIMENTO, Bryan Kevin Barros. Centro de treinamento funcional para idosos: OldFit. Orientador: Daniel Tavares de Andrade. 2019. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Educação Física) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

SANTOS, Renan Carlo Rechetelo dos. Efeito do treinamento muscular respiratório associado ao treinamento funcional em idosos: um ensaio clínico randomizado e controlado. 2021. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica e Informática Industrial) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

RAMOS, Eduardo de Almeida; SANDOVAL, Renato Alves. Análise da força muscular, flexibilidade e equilíbrio de idosos praticantes de treinamento funcional. *REVISTA CIENTÍFICA DA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE GOIÁS" CÂNDIDO SANTIAGO"*, v. 4, n. 1, p. 046-053, 2018.

TEIXEIRA, Lara Cristina De Souza; DO AMARAL, José Márcio Vilela. O Treinamento Funcional e seus Benefícios na Terceira Idade. *Revista Saúde e Educação*, v. 7, n. 1, p. 85-101, 2022.

**Impactos físicos e psicossociais do
coronavírus em trabalhadores da
saúde da linha de frente durante a
pandemia**

**Physical and psychosocial impacts
of coronavirus in frontline health
workers during pandemic**

Nelcivan de Maria Neto Coelho

Graduação em Enfermagem 9º período

Instituição: Faculdade Supremo Redentor FACSUR- Pinheiro- MA

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.15

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os impactos físicos e psicossociais do Coronavírus nos trabalhadores da saúde da linha de frente durante a pandemia. **METODOLOGIA:** Tratou-se de uma revisão bibliográfica feita por meio de busca de dados do Google acadêmico, onde foram pesquisados os artigos relevante sobre o tema, publicados na íntegra em 2020. O tipo do estudo foi feito através de 10 artigos disponíveis, foram excluídos 02 artigos que não enfocavam na saúde mental dos trabalhadores da saúde durante a pandemia do Coronavírus. A pesquisa foi de abordagem de natureza qualitativa, com resultados sobre os impactos do Coronavírus em trabalhadores da saúde da linha de frente. Assim foram examinados 08 artigos com publicação em periódicos nacionais e internacionais sobre o tema. **RESULTADOS:** Os impactos mais presentes e evidenciados encontrados no estudo foram: cefaleia, lesões na pele, distúrbio do sono, ansiedade, estresse, medo do contágio, distanciamento social e familiar, sobrecarga de trabalho, acidente de trabalho, exaustão físico e mental, falta de kits para testagem, EPI's adequados, infraestrutura precária, leitos adequados, falta de treinamento entre outros. **CONCLUSÃO:** Os Trabalhadores da saúde da linha de frente foram intensamente afetados tanto no sentido psicossocial como físico, podendo existir a longo prazo devido serem mais vulneráveis a exposição ao vírus e os fatores que influenciaram esse quadro relacionaram com a malignidade da pandemia. As condições e as estruturas de trabalho disponibilizadas pelas instituições eram precárias e deficientes principalmente pela falta dos EPIs adequados, kits para testagem, treinamento adequado, conhecimento científico sobre a doença, falta de políticas públicas entre outros.

Palavras-chave: trabalhadores da saúde. coronavírus. saúde mental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the physical and psychosocial impacts of Coronavirus on frontline health workers during the pandemic. **METHODOLOGY:** This was a bibliographic review made through the search of data from Google scholar, where the relevant articles on the subject were searched, published in full in 2020. The type of study was done through 10 available articles, 02 articles that did not focus on the mental health of health workers during the Coronavirus pandemic were excluded. The research was qualitative in nature, with results on the impacts of Coronavirus on frontline health workers. Thus, 08 articles with publication in national and international journals on the subject were examined. **FINDINGS:** The most present and evidenced impacts found in the study were: headache, skin lesions, sleep disorder, anxiety, stress, fear of contagion, social and family distancing, work overload, work accident, physical and mental exhaustion, lack of test kits, adequate PPE, poor infrastructure, adequate beds, lack of training, among others. **CONCLUSION:** Frontline health workers were severely affected in both the psychosocial and physical sense, and may exist in the long term because they are more vulnerable to exposure to the virus and the factors that influenced this condition related to the malignancy of the pandemic. The working conditions and structures provided by the institutions were precarious and deficient mainly due to the lack of adequate PEs, testing kits, adequate training, scientific knowledge about the disease, lack of public policies, among others.

Keywords: health workers. coronavirus. mental health.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na Cidade Chinesa de Wuhan, na China aconteceu um surto de um novo tipo de coronavírus com o primeiro caso registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 e depois de uma semana, exatamente no dia 04 de março foi decretado como estado emergencial no país recebendo o nome de SARS-COV 2 e logo espalhou-se rapidamente em diferentes países, atingindo fortemente os sistemas de saúde e a capacidade dos governos implantar medidas emergenciais de contenção do contágio. Segundo a (OMS), essa situação foi declarada como pandemia no dia 11 de março de 2020, alcançando o estágio de transmissão comunitária no Brasil em 20 de março. Essa situação provocou diversas mudanças no modo de viver da população, além de impor uma série de medidas sanitárias com inevitáveis restrições sociais e que inegavelmente influenciaram direta ou indiretamente na qualidade de vida das pessoas, levando-as experimentar sentimentos e emoções que, a depender da forma de enfrentamento, se desdobraram para sintomas de sofrimento psíquico (CRUZ *et al*, 2020; MESQUITA *et al*, 2020).

No que se refere aos serviços de saúde, os profissionais de saúde da linha de frente apresentam-se como os mais vulneráveis ao risco de infecção uma vez que estão realizando de maneira direta o cuidado das pessoas infectadas pelo SARS-COV-2. Diante dessa realidade, muitos apresentaram sintomas de ordem física e psíquica em proporções variadas e dificuldade para executar o trabalho tais como: falta de recursos, infraestrutura precária, falta de kits para testagem, cefaleia, desidratação, distúrbio do sono, lesões na pele, fadiga, depressão, desconforto respiratórios devido ao uso prolongado dos EPI's, ansiedade, medo do contágio, distanciamento social e familiar, solidão, sobrecarga de trabalho, baixo índice de conhecimento científico sobre a doença, limitada a quantidade de EPI's, dificuldade na tomada de decisão entre outros. (ESPERIDIÃO; SADIEL,2020; M.S (2020 COVID-19).

Perante este panorama, os trabalhadores da saúde comprometidos no enfrentamento da pandemia do Coronavírus constituem um grupo mais viável à contaminação pelo vírus, pois estão expostos direto aos pacientes contaminados (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Conforme o vírus avança, o número de casos confirmados e suspeitos cresce, assim como o medo e sobre carga de trabalho, o estresse pelas faltas dos insumos apropriados para o enfrentamento da pandemia, isso leva os trabalhadores a desencadear sofrimento psíquico (ZAQUETA *et al.*, 2020).

OBJETIVO: Identificar os impactos físicos e psicossociais do Coronavírus nos trabalhadores da saúde da linha de frente durante a pandemia.

METODOLOGIA: Tratou-se de uma revisão bibliográfica feita por meio de busca de dados do Google acadêmico, onde foram pesquisados os artigos relevante sobre o tema, publicados na íntegra em 2020. O tipo de estudo foi feito através de 10 artigos disponíveis, foram excluídos 02 artigos que não enfocavam na saúde mental dos trabalhadores da saúde durante a pandemia do Coronavírus. A pesquisa foi de abordagem de natureza qualitativa, com resultados sobre os impactos do Coronavírus em trabalhadores da saúde. Assim foram examinados 08 artigos com publicação em periódicos nacionais e internacionais sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1- Impactos físicos desencadeados nos trabalhadores da saúde da linha de frente durante a pandemia.

Cefaleia	Lesões na pele
Desidratação(vestimentas)	Fadiga
Distúrbio do sono	Desconforto respiratórios(uso dos EPI's)

Fonte: Esperidião, E; Sadiel, B.G. Maria, 2020; Cruz, Roberto Moraes et al, 2020.

Quadro 2 - Problemas comportamentais e psíquicos enfrentados pelos trabalhadores da saúde da linha de frente durante a pandemia.

Ansiedade	Solidão
Medo do contágio	Angústia
Estresse	Irritabilidade
Distanciamento social, isolamento familiar	Medo de morrer(aumento no tabagismo)
Sintomas depressivos	Pressão psicológica.

Fonte: Fiocruz, 2020; Cruz, Roberto Moraes et al, 2020.

Quadro 3 - Fatores laborais enfrentados pelos trabalhadores da saúde da linha de frente durante a pandemia.

Dificuldade na tomada de decisão	Infraestrutura precária e falta de leitos
Acidente de trabalho	Exaustão física e mental
Sobrecarga de trabalho	Desempenho reduzido
Falta de treinamento	Limitada quantidade de EPI's
Falta de conhecimento sobre a doença	Poucos kits para testagem

Fonte; Kantorski, Luciane Prado et al., 2020; Cruz, Roberto Moraes et al., 2020.

Algumas estratégias foram realizadas pelas autoridades e instituições de saúde com o objetivo de apoiar e ajudar os profissionais de saúde da seguinte forma: Garantir assistência médica, apoio psicológico com os profissionais de saúde mental, a instituição ABEN/COFEM apoiando a enfermagem na formação, qualificação sobre o COVID-19, as representações dos conselhos dos profissionais apoiando através de chat ou presencialmente, além de comunicação terapêutica. Entretanto é importante destacar que nem todos os problemas psicológicos e sociais apresentados poderão ser qualificados como doenças (FIOCRUZ, 2020; CRUZ *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto apresentado, o estudo possibilitou mostrar que os trabalhadores da saúde da linha de frente foram sobrecarregados e intensamente afetados no sentido psicossocial como físico, podendo existir a longo prazo visto que são profissionais mais vulneráveis a exposição ao vírus e o medo do que pode ocorrer pós pandemia venha ser um gatilho para problemas psíquicos já existente. Os fatores que influenciaram esse quadro relacionam-se com a magnitude da pandemia.

Dessa forma surgiram diversos problemas tanto profissional quanto pessoal devido as condições e estrutura de trabalho oferecidas pelas instituições aos profissionais de saúde se mostraram precárias e deficientes principalmente pela falta de EPI's adequado, kits para testa-

gem, treinamento adequado, falta de conhecimento científico sobre a doença, apoio psicológico e tanto as políticas de saúde mental como as medidas sanitárias presente nos países do mundo mostraram-se fragilizadas diante da pandemia tornando assim um grande colapso na saúde. Todos esses fatores contribuíram para uma queda na eficiência dos atendimentos em saúde, o que revelou incertezas no atendimento.

REFERÊNCIAS

CRUZ, Roberto Moraes *et al.* Impactos da COVID-19 no trabalho e na saúde mental dos trabalhadores da saúde. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, e 639997783. Santa Catarina setembro 2020.

ESPERIDIÃO, E; SAIDEL, Maria G. B (Org.). *Enfermagem em saúde mental e COVID-19. Série Enfermagem e Pandemias. Vol. IV, 78p. Brasília DF: ABEN, 2020.*

FIOCRUZ; M. S. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: recomendações gerais. Brasília- DF, 2020.*

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Conhecendo os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. *Research Society na Development*, v. 9, n 19, e 6029109004. Pelotas (RS). 2020.

MESQUITA, Franciele Bianca Moreira. *et al.* Impactos da COVID-19 sobre os profissionais de saúde no contexto pandêmico: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, vol. 12910 e 4398. Juiz de Fora MG. 2020.

Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus, UNA-SUS. Disponível em < <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-desau-declara-pandemia-de-coronavirus/11marca-2020> > .

TEIXEIRA, Carmem Fontes de Souza *et al.* A Saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento a pandemia de Covid- 19. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v.25, n.9, p 3465-3474, set. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020.

ZANQUETA, Daiane *et al.* Produção de materiais psicoeducativos a gestores da saúde para intervenção na pandemia da Covid-19. *Revista de Saúde Pública do Paraná. [S.I.]*, v.3, p 168-188, dez. 2020. DOI.32811/25954482-2020v3sup1p168.

Capítulo

16

Suicídio no contexto da pandemia: impacto na saúde mental e comportamental dos indivíduos

Marcelo Gonçalves da Silva

<https://orcid.org/0000-0002-7155-6925>

Ubirajara Medeiros Costa

<https://orcid.org/0000-0003-3144-9663>

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.16

RESUMO

O presente estudo teve como principal objetivo reunir achados relevantes que a literatura traz acerca do suicídio e do seu impacto na saúde mental e comportamental dos indivíduos durante a pandemia da COVID-19. Utilizou-se da busca no Pubmed e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) a partir dos descritores “COVID-19”, “tentativa de suicídio”, “suicídio” e “pandemia”. Através dele, pôde-se observar que é de cunho mundial a preocupação com o aumento das taxas de suicídio na população, tanto que há diretrizes de prevenção ao suicídio, Portaria nº 1.876/06, e data específica, 10 de setembro, segundo a OMS, sendo O Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. Apesar dos esforços, com o advento da pandemia da COVID-19, o distanciamento social, o medo, o estresse, solidão, ansiedade e depressão, além do medo da transmissão e contaminação do vírus, recessão econômica e desemprego têm colaborado para o aumento das taxas de tentativa de suicídio entre a população. Dessa forma, nota-se vulnerabilidade no isolamento social para o risco de suicídio. Portanto, é válido ressaltar que são necessárias medidas efetivas de assistência biopsicossocial a toda à população de forma estruturada com o objetivo de minimizar tal problemática.

Palavras-chave: COVID-19. riscos psicossociais. tentativa de suicídio. suicídio.

ABSTRACT

The present study had as its main objective to gather relevant findings from the literature about suicide and its impact on the mental and behavioral health of individuals during the COVID-19 pandemic. It used the search in Pubmed and in the Virtual Health Library (VHL) from the descriptors “COVID-19”, “suicide attempt”, “suicide” and “pandemic”. Through it, it could be observed that there is a worldwide concern with the increase in suicide rates in the population, so much so that there are guidelines for suicide prevention, Ordinance No. 1876/06, and a specific date, September 10, according to WHO, being the World Suicide Prevention Day. Despite the efforts, with the advent of the COVID-19 pandemic, social distancing, fear, stress, loneliness, anxiety, and depression, besides the fear of transmission and contamination of the virus, economic recession, and unemployment have collaborated to the increase of attempted suicide rates among the population. Thus, vulnerability in social isolation is noted for the risk of suicide. Therefore, it is worth pointing out that effective measures of biopsychosocial assistance to the entire population are necessary in a structured way in order to minimize this problem.

Keywords: COVID-19. psychosocial risks. suicide attempt. suicide.

INTRODUÇÃO

O suicídio é uma prática muito antiga, com mitos e suposições a partir da criação do mundo. Ele é um ato consciente de auto aniquilamento, vivenciado por aqueles em situações de vulnerabilidade, que o percebe como a melhor solução para sair de uma dor psicológica insuportável. Tem como resultado dar fim à própria vida voluntariamente (RIBEIRO *et al.*, 2018). Se for observar a evolução do homem, pode-se perceber que a prática do suicídio é muito mais recorrente do que se mostra ser. Principalmente pelo fato em que, na idade média, o suicídio era um ato apoiado. Mas essa realidade foge quando se volta o olhar para os dias atuais, onde essa prática é completamente discriminada (BERTOLOT, 2012).

Além disso, é uma ação de um evento catastrófico relacionado a integridade individual, íntima e pessoal do agente, pois é de uma magnitude complexa e um grande problema à saúde pública. Isso é relatado no aumento exacerbado e desproporcional de autocídio na última década, que aumentou cerca de 45%. Porém, o suicídio é caracterizado como uma das enfermidades que mais gera morte, sendo a mais frequente entre os jovens e adolescentes (BATISTA *et al.*, 2018).

O Brasil foi o país que primeiro construiu um plano de diretrizes de prevenção ao suicídio, através da edição da Portaria nº 1.876/06, com a finalidade de manifestar a sua preocupação a atenção social junto ao problema do suicídio, que ao longo da última década não tinha uma atenção eminente por parte dos três poderes. Essas diretrizes significaram, indubitavelmente, a propagação de uma longa jornada no sentido de trabalhar sobre este complexo e trabalhoso problema social, para fins de evitá-lo, tendo em vista suas implicações negativas para a saúde pública (BVSMS, 2006).

O dia 10 de setembro é uma data reservada pela Organização Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OMS) como o Dia Mundial de Prevenção ao suicídio, esta data mostrou a relevância e o quão alarmante grave problema de saúde pública responsável, que a cada 40 segundos uma pessoa morre, por suicídio no mundo. Segundo a organização, cerca de 800 mil pessoas anualmente em todo o mundo cometem suicídio, porém durante o ano de 2020, é provável que esse número seja maior nas estatísticas.

Apesar dos esforços para evitar suicídios, eventos de força maior, como a pandemia da COVID-19, podem sobrecarregar psicologicamente a população e estimular ondas suicidas tanto pelos fatores estressores psicossociais, como também secundário a uma possível crise econômica gerada pela quarentena. Pessoas mais vulneráveis, como idosos e portadores de transtornos mentais devem ter uma maior atenção a fim de evitar o suicídio (SOARES RJ, 2021).

Portanto, diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo analisar através da literatura científica acerca do suicídio e do seu impacto na saúde mental e comportamental dos indivíduos durante a pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

A presente pesquisa fez uma análise bibliográfica e documental, com a finalidade de organizar ideias, pensamentos e tudo que cerca esse assunto. Para melhor compreender e coletar os artigos que tratam sobre o assunto do presente artigo, foram usados os descritores pandemia, comportamentos suicidas, suicídio e sociedade.

A pesquisa bibliográfica, relacionou um total de 39 artigos, divididos nas seguintes plataformas, SCIELO, PUBMED e Biblioteca Virtual de Saúde. Com isso podemos observar que temos um bom material bibliográfico para expressar o conhecimento e estudo em relação a este tema. Entendemos que podem ser inúmeros os fatos que conduzem aos jovens a ideação e comportamento suicida, como foi refletido nesse artigo.

Foi selecionado o maior número de materiais publicados, somente obtidos por meio de jornais, revistas, documentos eletrônicos e livros diversos no qual diziam respeito ao tema suicídio em tempos de pandemia da COVID-19. Também se realizou uma análise dos dados epide-

miológicos fornecidos pela organização mundial da saúde.

Analisou-se dados de autores dos últimos 5 anos no que se refere ao tema suicídio, de trabalhos brasileiros e outros países, traduzidos em português. Foram descartados dados que antecedem o ano de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na revisão de literatura que foi a base para a presente investigação, apontou-se histórias sobre os motivos que levavam as pessoas a cometerem o suicídio. Na idade média, acreditava-se que o que levava as pessoas a cometerem suicídio era o fruto de instigação demoníaca, acreditava-se que as pessoas eram possuídas por demônios ou por espíritos. O suicídio na antiguidade só era tolerado com a permissão da sociedade. Acreditava-se que a pessoa era propriedade de Deus e não cabia a pessoa tirar a própria vida. Em alguns casos o suicídio era até mesmo incentivado.

A maioria dos autores que estudam sobre o fenômeno do suicídio ressalta em como as taxas de suicídios consumados são bem maiores em homens do que em mulheres. As mulheres podem até tentar mais vezes cometer o ato, mas são os homens que têm mais eficácia ao pôr fim a própria vida (ARAÚJO, 2010).

Alguns dos comportamentos suicidas são mascarados no que diz respeito a intoxicação exógena, pois ao chegarem no serviço de emergência, muitas vezes não são avaliados com o grau de intencionalidade para o suicídio, fazendo com que esses casos sejam subnotificados em relação aos dados epidemiológicos (KRUGER; WERLANG, 2007).

Segundo a (OMS, 2014) 97% dos casos de suicídio podem ser evitados com estratégias de prevenção. Foram lançadas cartilhas de prevenção para profissionais de saúde, para profissionais da imprensa e para a população em geral. Fazem parte dessas estratégias a ampliação dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), o fortalecimento com os centros de valorização da vida (CVV), e capacitar os profissionais que estão na linha de frente para a notificação de tentativa de suicídio, e restringir o acesso a meios letais para o suicídio.

Batista *et al.* (2018) A procura da prevenção do comportamento suicida caracteriza, além de impedir mortes, leva em consideração todos os resultados e consequência que o suicídio pode causar no seio social, isso deve-se, sem dúvidas, a ocorrência de um suicídio, ou de sua tentativa. São porquês que ficam dentro da realidade de compreensão, o surgimento do desafio de entender quais os fatores levaram a essa atitude. Situações como essa muitas vezes é de difícil compreensão social.

Uma dessas situações atualmente problematizada é o distanciamento social que vem acontecendo desde o início da pandemia da COVID-19. O medo, estresse, ansiedade, raiva, solidão e depressão impactou a saúde mental e comportamental dos indivíduos, aumentando as tentativas de suicídio (SOARES, 2021).

Fatores de risco, como o medo de contrair a doença, de transmitir, de ter contaminado a família, falta de leitos em hospitais, perdas familiares e até mesmo a recessão econômica junto ao desemprego têm colaborado para desencadear esses agravos na saúde mental da população

(SOARES, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise bibliográfica deste estudo, pode-se concluir que o suicídio tornou-se um problema de saúde pública o qual aumentou devido à pandemia. Nesse contexto, é preciso um olhar mais cuidadoso e empático com as pessoas que sofrem com problemas de saúde mental durante o período da pandemia. Em suma, de acordo com os dados utilizados neste artigo, nota-se que a vulnerabilidade e o isolamento social potencializam, em muitos casos, o risco de suicídio. Portanto, é válido ressaltar que, medidas efetivas de assistência à toda a população de forma estruturada e com segurança devem ser tomadas, por meios de políticas públicas com o objetivo de que tal problemática seja minimizada.

REFERÊNCIAS

- RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n.9. p. 2821- 2834, 2018.
- BERTOLETE, J. M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo. Editora UNESP, 2012.
- BATISTA MIRIAM; MARANHÃO THÉRCIA; OLIVEIRA GISLENE. Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 40. 2018.
- BVSMS. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS): suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. Genebra, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006.
- DE OLIVEIRA SOARES, R. J. COVID-19 e Riscos Psicossociais: um alerta sobre o Suicídio. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 1859-1870, 2021.

Capítulo

17

A eficácia da terapia física complexa em pacientes mastectomizados: uma revisão da literatura

Adrieli Mileni da Conceição

Gabriela Schneider

Larissa Cristina Heis

Vitor Augusto Fronza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.17

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é causado pela multiplicação desordenada de células da mama. Esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor. Alguns tipos têm desenvolvimento rápido, enquanto outros crescem mais lentamente. O linfedema do membro superior é uma complicação importante e bastante comum do tratamento para o câncer de mama. O tratamento que atualmente é considerado padrão ouro para o linfedema é a Terapia Física Complexa (TFC), sendo ela composta pela drenagem linfática manual, exercícios específicos, bandagens de compressão e cuidados com a pele. **Objetivo:** verificar a eficácia da Terapia Física Complexa em pacientes pós-mastectomia. **Métodos:** foi realizada uma busca dos artigos nas bases de dados: PEDro, PubMed e Bireme. Foram selecionados ensaios clínicos randomizados, dos últimos dez anos, disponíveis em inglês e em português. **Resultados:** Cinco estudos foram selecionados e os cinco relataram a eficácia da Terapia Física Complexa (drenagem linfática manual, cuidados com a pele, bandagens de compressão e exercícios específicos). **Conclusão:** A TFC mostra-se eficaz para melhora da qualidade de vida do paciente pós-mastectomia e principalmente para o linfedema.

Palavras-chave: terapia física complexa. mastectomia. câncer de mama. qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Breast Cancer is caused by the disorderly multiplication of the breast cells. This process creates abnormal cells that multiply, forming a tumor. Some types have a fast development, while others grow more slowly. The upper limb lymphedema is an important and very common complication of the breast cancer treatment. Nowadays the treatment considered Golden pattern for lymphedema is the Complex Physical Therapy (CPT), being composed by manual lymphatic drainage, specific exercises, compression bandages and skin care. **Objective:** to verify the effectiveness of Complex Physical Therapy in post-mastectomy patients. **Methods:** it was made a search for articles in the databases: PEDro, PubMed e Bireme. There were selected randomized clinical trials, from the last ten years, available in english and portuguese. **Results:** Five studies were selected and all of them reported the effectiveness of the Complex Physical Therapy (manual lymphatic drainage, skin care, compression bandages and specific exercises). **Conclusion:** The CPT proves to be more effective to improve the quality of life of the patient post-mastectomy and mostly for lymphedema.

Keywords: complex physical therapy. mastectomy. breast cancer. quality of life.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é causado pela multiplicação desordenada de células da mama. Esse processo causa células anormais que se multiplicam, formando um tumor. Enquanto alguns se desenvolvem rapidamente, outros crescem mais lentamente. Esses comportamentos se devem a característica próprias de cada tumor (BRASIL, 2021).

Segundo uma pesquisa realizada pela OMS o câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, representando 24,2% do total de casos em 2018, com cerca de 2,1 milhão de casos novos. É a quinta causa de morte por câncer em geral (626.679 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. Anualmente, cerca de 60.000 novos casos são

diagnosticados no país (SARMENTO, 2021).

Os fatores de risco para o câncer estão relacionados aos poluentes ambientais, tabagismo, obesidade, carcinógenos ocupacionais, infecções e hábitos reprodutivos. Ao contrário do que muitos pensam, apenas 5-10% dos tumores tem origem hereditária. Os fatores de risco para o câncer de mama estão relacionados aos níveis de estrogênio no organismo, e podem ocorrer com a menarca precoce ou tardia, pois nessas fases na vida da mulher, aumenta a duração de exposição da mama ao hormônio estrogênio. O uso de contraceptivos orais e a terapia de reposição hormonal aumentam os riscos de câncer de mama (SARMENTO, 2021).

Meios para detectar precocemente o câncer de mama incluem o diagnóstico precoce que consiste em identificar lesões em fases iniciais em mulheres com algum sinal de câncer de mama (nódulo, retração do mamilo etc.), podendo ser realizado pelas próprias mulheres em suas casas e o rastreamento que é a aplicação sistemática de um exame, em populações assintomáticas, para detectar mulheres com anormalidades sugestivas de câncer (WHO, 2007; INCA, 2021).

O manejo cirúrgico do câncer de mama continua a evoluir e permanecer um componente chave do tratamento e cura (MATSEN; NEUMAYER, 2013). Os tratamentos comumente são a radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, cirurgia conservadora e mastectomias radical e radical/modificada (SARMENTO, 2021).

A cirurgia conservadora faz a remoção do tumor sem remover o excesso de tecido mamário saudável, tendo também como resultado uma mama mais esteticamente aceitável para a paciente do que o resultado da mastectomia radical. A radioterapia após a cirurgia conservadora diminui a recorrência local e melhora as taxas de sobrevida específica do câncer. A cirurgia conservadora tem maior índices de sucesso em mulheres com câncer de mama em estágio inicial, porém não é recomendada para mulheres com alto risco de recorrência local (MAUGHAN; LUTTERBIE; HAM, 2010).

Na mastectomia radical é removida toda a mama, os linfonodos axilares e os músculos peitorais que se encontram atrás da glândula mamária. Atualmente ela é menos utilizada. Já a mastectomia radical/modificada, como o próprio nome diz, foi modificada por a mastectomia radical ser muito invasiva. Consta na remoção de toda a mama, incluindo mamilo, aréola, pele e linfonodos axilares, não tendo necessidade de remover os músculos peitorais (SARMENTO, 2021).

O linfedema é uma das complicações que podem acometer, principalmente, nas pacientes submetidas ao esvaziamento axilar, que faz parte do tratamento cirúrgico desde a descrição da mastectomia radical por William Halsted em 1894. Essa cirurgia que também é conhecida por Linfadenectomia consta na retirada dos linfonodos presentes na região axilar. Em geral, são retirados entre 10 a 20 gânglios, podendo variar. Contudo, o American Society of Clinical Oncology e National Comprehensive Cancer Network estabeleceram a biópsia do linfonodo sentinela como a técnica recomendada em pacientes com a axila clinicamente negativa, e o esvaziamento axilar é então apenas indicado em casos onde seria identificado metástase no linfonodo sentinela (SANVIDO; NAZÁRIO, 2011).

O linfedema é definido como um acúmulo de líquido intersticial ocorrendo primariamente como uma consequência da má formação ou rompimento adquirido da circulação linfática. Tipicamente, 80% da circulação linfática do membro superior drena-se para a axila, onde há aproximadamente 20-30 linfonodos. Remover esses nodos axilares pode levar ao linfedema do braço

do mesmo lado. Dessa maneira, pacientes com câncer de mama frequentemente desenvolvem linfedema devido a natureza do câncer ou ao tratamento (UZKESER *et al.*, 2015).

A fisioterapia em oncologia é uma especialidade recente e tem como objetivos preservar e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico (FARIA, 2010). Em relação aos pacientes que passaram pela mastectomia, a fisioterapia oncológica atua no pré e no pós-operatório, apresentando vários aspectos, desde a preparação do paciente para a cirurgia até a reabilitação funcional no pós-cirúrgico. O paciente que se submete a um programa preventivo no pré-operatório pode diminuir o tempo de internação e retornar mais rapidamente às atividades diárias e ocupacionais. Sendo assim, uma conduta fisioterapêutica preventiva auxilia evitando complicações comuns na paciente mastectomizada (BERGMANN, 2008).

Atualmente, a Terapia Física Complexa (TFC) é aceita internacionalmente como tratamento padrão para o linfedema. Esse método é uma tétrede que é composta de cuidados com a pele, drenagem linfática manual (DLM), bandagens de compressão e exercício físico (UZKESER, *et al.*, 2015).

A DLM é um tipo de terapia manual especializada baseada na anatomia do sistema linfático. Atua aumentando o movimento do fluido linfático, diminuindo o fluido intersticial e abrando a fibrose (MOSELEY AL; CARATI CJ; PILLER NB, 2007). Assim, DLM reduz o edema, estimulando bombeamento da linfa, reduzindo a resistência hidrostática ao fluxo da linfa e redirecionando a linfa para longe das áreas de estase e para um caminho viável de vasos linfáticos (LEDUC, 1998).

A terapia de compressão ajuda na redução o acúmulo do fluido intersticial, e na prevenção do refluxo da linfa para o espaço intersticial. A compressão também auxilia no bombeamento de ação dos músculos, criando uma resistência contra a qual os músculos trabalham. Isso é chamado de efeito de “bomba muscular” (MOSELEY AL; CARATI CJ; PILLER NB, 2007). Na fase 1 geralmente é realizada com bandagem compressiva em várias camadas, que consiste em gaze para envolver os dedos e a mão, manga meia que protege a pele, algodão macio envoltório ou espuma de alta densidade e duas a três camadas de bandagem de alongamento curto. A Fase 2 é projetada para manter as reduções de volume da primeira fase, e pode ser alcançado pelo uso de uma manga de compressão ou peça de roupa ajustada à medida, com ou sem luva ou manopla na mão usada durante o dia. Em alguns casos, ataduras de compressão são usadas à noite (EZZO *et al.*, 2015).

Os exercícios de redução da linfa objetivam especificamente promover o fluxo linfático e reduzir o inchaço. Esses exercícios envolvem movimentos ativos, repetitivos e não resistidos da parte do corpo envolvida e são semelhantes a alguns movimentos de baixo impacto de Tai Chi e Qigong e sempre feitos com compressão na extremidade envolvida. A compressão permite que os músculos se contraíam contra a resistência, criando uma “bomba muscular” mais eficaz que melhora o retorno linfático e venoso (NLN, 2011).

Pessoas com linfedema relacionado ao câncer de mama apresentam risco aumentado de infecção de pele porque o inchaço estica a pele colocando-a em risco de lesões. Além disso, o alto teor de proteína de fluido linfático serve como um meio onde as bactérias podem prosperar causando uma infecção de pele conhecida como celulite. A celulite pode se espalhar para tecidos

mais profundos ou sistemicamente através do corpo. Assim, em educação sobre cuidados com a pele, as pacientes aprendem como manter a pele flexível e protegida e como e por que usar cremes ou loções de pH neutro e sabonetes de baixo pH para desencorajar colonização bacteriana (EZZO *et al.*, 2015).

METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma revisão bibliográfica, relacionada à eficácia da Terapia Física Complexa em pacientes mastectomizadas. O primeiro passo para a construção desta revisão foi a identificação de estudos pertinentes em busca on-line em base de dados científicos. A busca foi realizada em periódicos indexados nas bases *Physiotherapy Evidence Database (PEDro)*, *National Center for Biotechnology Information (PubMed)* e *Biblioteca Regional de Medicina (Bireme)* selecionando-se artigos pertinentes ao assunto.

Os descritores utilizados na busca foram: “Complex Physical Therapy”; “Mastectomy”; “Breast Cancer”; e “Quality of life”.

Os critérios para seleção dos artigos foram: estudos publicados nos últimos 10 anos redigidos na língua portuguesa e inglesa e ensaios clínicos randomizados. Foram excluídos artigos em outros idiomas, artigos de revisão sistemática, repetições na base de dados e que não abordavam o tema proposto.

Todas as buscas foram realizadas no período de maio a junho de 2021.

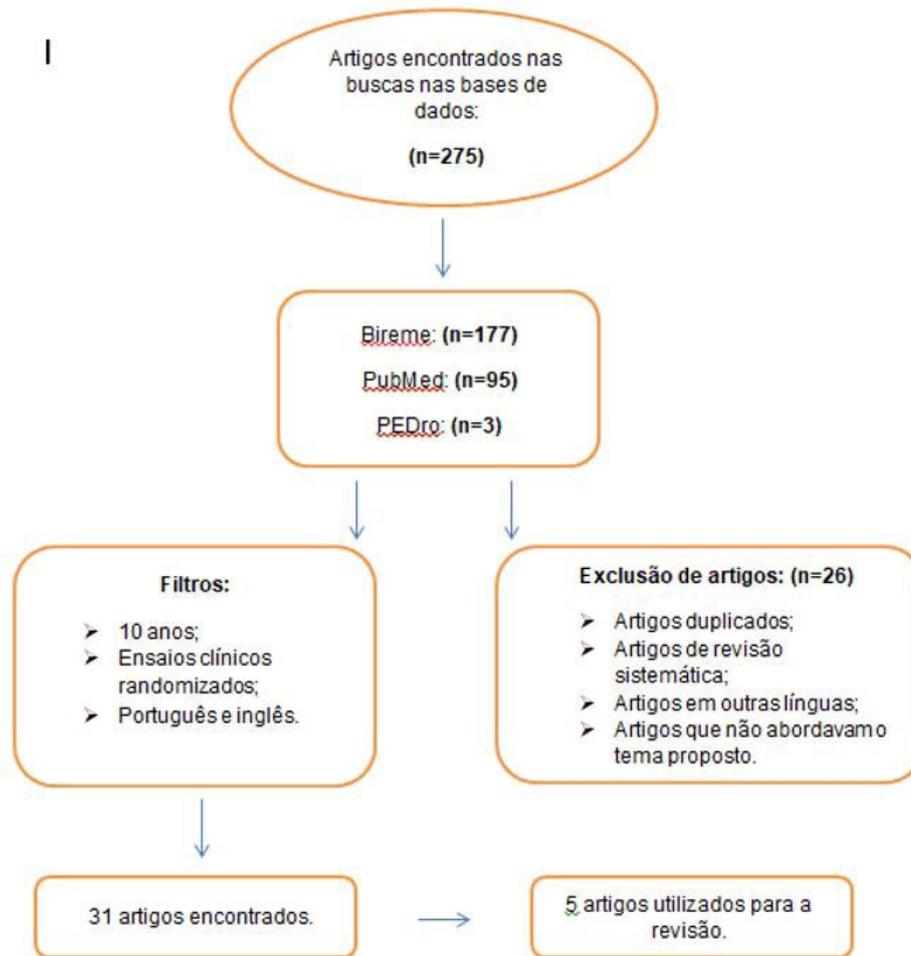
Posteriormente a estas etapas, foi criada uma tabela contendo relevantes tópicos abordados de cada artigo para análise dos protocolos utilizados e os resultados finais, realizando a comparação entre eles conforme os resultados de cada artigo selecionado.

RESULTADOS

Através da busca realizada na base de dados, utilizando os termos descritores, foram encontrados 275 estudos, posteriormente foram colocados os filtros para exclusão de artigos que não estivessem dentro dos critérios de inclusão, restando 31 artigos pré-selecionados. Realizou-se a primeira seleção de artigos, que foi feita a partir da leitura do título e resumo do estudo, sendo excluídos 26 estudos e 5 estudos selecionados para essa revisão.

A descrição da seleção dos artigos selecionados é apresentada no fluxograma a seguir.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos



Uma síntese de informações de cada estudo é apresentada na tabela 1, contendo os seguintes tópicos: autor do estudo e ano de publicação, título do artigo, amostra (idade, sexo e número de participantes), desfecho (efetividade), intervenção (métodos utilizados e duração do tratamento) e resultados.

SEQUÊNCIA DA EXTRAÇÃO DE DADOS

Tabela 1 - Tabela de resultados das buscas.

AUTOR/ANO	TÍTULO	AMOSTRA	PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Uzkeser et al., (2013).	Eficácia da drenagem linfática manual e uso de compressão pneumática intermitente no tratamento de linfedema após a mastectomia: um ensaio clínico randomizado.	G1: 15 participantes recebeu TFC + cuidados diários. G2: 16 participantes recebeu TFC + CPI.	G1 TFC recebeu tratamento alocado, incluindo cuidados com a pele, drenagem linfática manual, bandagens de compressão, roupas de compressão e exercícios. G2 tinha TFC em combinação com CPI.	G1: A diferença de volume médio da avaliação basal foi de 630, e após a terapia era 480. G2: A diferença de volume médio inicial foi de 840, e após a terapia era de 500.	Concluído que a compressão pneumática intermitente não contribuiu para a redução da linfedema.

Karafa; Karafová; Szuba (2018).	O Efeito de diferentes pressões de compressão pneumática intermitente em linfedema de extremidade superior secundária em mulheres pós cirurgia de câncer de mama.	Composto por 96 participantes G1 (controle) – 32 participantes. G2 A - 32 participantes. G2 B - 32 participantes.	Todos os pacientes foram tratados com TFC e CPI antes da compressão. Pontos fixos de braços bilaterais foram medidos após 24h, 7 dias e 14 dias de terapia. G1 controle: 21-30mmHg. G2A: 31-40 mmHg. G2B: 41-60 mmHg.	Valor do coeficiente métrico relativo de linfedema de braço inicial: G1: 18,60% G2A 18,51% G2B 19,05%. Após 24h: G1: 14,49% G2A 12,13% G2B 12,64%. Após 7 dias: G1: 10,77% G2A 6,98% G2B 8,48%. Após 14 dias de terapia, apenas diminuição no coeficiente métrico de linfedema foi observado.	Bandagens de multicamadas inelásticas aplicadas em G2A e G2B levaram a mesma redução do inchaço circunferencial do braço. Foi confirmado que a maior diminuição de circunferência do braço foi obtida na primeira semana.
Luz et al., (2018).	Terapia física complexa isolada ou associada a exercícios de fortalecimento em pacientes com linfedema após tratamento do câncer de mama: um ensaio clínico controlado.	42 pacientes: 22 no grupo TFC e 20 no grupo TFC + Fortalecimento.	Grupo TFC: DLM, terapia de compressão com bandagens multicamadas, cuidados com a pele e exercícios. Grupo TFC + Fortalecimento realizaram 2 séries de exercícios de 10 repetições a 40% da contração voluntária máxima (1RM) na primeira semana.	Ambos grupos demonstraram aumento da ADM. Melhora da força foi semelhante entre os grupos.	Não houve diferença do volume do membro muscular entre as duas intervenções. O que significa que exercícios de fortalecimento podem ser realizados por pacientes com linfedema com segurança.
Bok; Jeon; Hwang, (2016).	Avaliação ultrassonográfica dos efeitos do exercício progressivo resistido no linfedema relacionado ao Câncer de Mama.	32 pacientes em dois grupos: o grupo PRE e o grupo não-PRE.	Grupo PRE: terapia convencional (DLM, bandagem não elástica, terapia de compressão e cuidados com a pele) junto com PRE. Grupo não PRE: terapia convencional sem PRE. Realizou exercícios: série de exercícios com halteres de 0,5 kg.	A espessura do tecido subcutâneo e circunferências do braço foram mais diminuídas no Grupo PRE do que o grupo não PRE. A espessura do músculo do braço aumentou de forma mais significativa no grupo PRE do que no grupo não PRE.	Grupo PRE com TFC não causou inchaço adicional e reduziu a circunferência do braço pela diminuição da espessura do tecido subcutâneo e aumento da espessura muscular.
Gradalski; Ochalek; Kurpiewska (2015).	Terapia física complexa com ou sem método Vodder II de drenagem em Linfedema Superior Severo Crônico em pós-mastectomia: Um Estudo prospectivo randomizado de não inferioridade.	Sessenta mulheres: 26 dentro do Grupo BC e o restante TFC.	Grupo BC: bandagens de compressão multicamadas juntamente com um programa que consiste em exercícios físicos ativos assistidos. Grupo TFC: como grupo BC e adicionalmente (antes de BC) recebeu 30 minutos de DLM com base no método Vodder II.	Houve redução do volume do membro semelhante em ambos os grupos. Qualidade relacionada à saúde de vida mostrou melhora de forma semelhante em ambos grupos, com alto nível de satisfação com o tratamento.	Esses resultados indicam que resultados paralelos (imediatos e tardios) podem ser obtido por TFC sem o uso do método Vodder e bandagens de compressão podem ser uma parte essencial do manejo do linfedema.

Legendas: TFC: Terapia Física Complexa; CPI: Compressão Pneumática Intermitente; BC: Bandagens de compressão; DLM: Drenagem linfática Manual; LRCM: Linfedema relacionado ao Câncer de Mama; ADM: Amplitude de movimento; PRE (Progressive Resistance Exercise): Exercício Progressivo Resistido.

DISCUSSÃO

Gradalski *et al.* (2015), realizaram um estudo com 60 pacientes pós-mastectomia que foram aleatoriamente designadas ao grupo bandagens de compressão (BC=30) e ao grupo Terapia Física Complexa (TFC=30). O BC-G fez como uso no tratamento bandagens de compressão multicamadas e exercícios físicos assistidos. Já o TFC-G utilizou bandagens de compressão, exercícios físicos assistidos e adicionou a drenagem linfática manual (DLM) método Vodder II (modificado especialmente para tratamento de linfedemas graves). Foram duas semanas de tratamento intensivo em ambos os grupos e os pacientes foram aconselhados a manter cuidados diários com a pele. Enquanto Gradalski *et al.* (2015) apenas comparou G1= BC e G2= TFC, Uzkeser *et al.* (2015) adicionou a bomba de compressão pneumática em um dos seus grupos no tratamento. Com base nos estudos analisados, Gradalski *et al.* (2015) notaram uma redução paralela significativa em ambos os grupos, do membro inchado, linfedema secundário e mudança do volume relativo do membro após cada dia da primeira semana de tratamento. Houve uma diminuição de volume do membro (15,6% no grupo BC e 13,8% no grupo TFC), diminuição do volume do edema (47,2% e 47,2 respectivamente). Essa melhora permaneceu constante após seis meses de terapia de manutenção. Quanto à qualidade de vida em ambos os grupos houve melhora significativa, pela escala de classificação numérica o grupo BC-G foi de 3,24 a 1,8 pontos, enquanto o TFC-G foi de 3,1 a 1,4.

O estudo realizado por Uzkeser *et al.* (2015) teve como objetivo investigar a eficácia da bomba de pressão pneumática no tratamento do linfedema. Foram 31 pacientes, sendo 15 deles designados ao TFC-G e 16 para o TFC + BCP. O grupo TFC recebeu tratamento alocado incluindo cuidados com a pele, DLM, bandagem de compressão e exercícios. O outro grupo TFC combinou a bomba de compressão pneumática após DLM. Todos os grupos foram tratados em 15 sessões divididas em 3 semanas.

Tanto o estudo de Gradalski *et al.* (2015) quanto o de Uzkeser *et al.* (2015) tiraram as medidas dos membros da mesma maneira, com fita e foi realizada a comparação dos membros inchados e normais. No estudo de Gradalski *et al.* (2015) as medidas foram tiradas antes da primeira, segunda, terceira, quarta, quinta e décima fase de tratamento intenso e mais uma vez após um, três e seis meses de fase de manutenção. Foi medida a circunferência com o braço abduzido a 30°. Uzkeser *et al.* (2015) não mediu apenas a circunferência dos membros como também mediu a espessura dérmica com ultrassonografia e a dor. Em seu estudo, as medidas foram tiradas no início do tratamento, após a terceira semana de tratamento e um mês após concluir o tratamento. Os lugares que foram medidas as circunferências foram: articulação metacarpofalangeana, pulsos e 10cm abaixo e acima do epicôndilo lateral.

Uzkeser *et al.* (2015) observou uma redução de volume do grupo TFC + BCP-G (340ml) foi maior que do grupo TFC-G (150ml) após tratamento. A espessura dérmica do antebraço direito e espessura dérmica do braço direito com USG diminuiu significativamente no grupo 1 (TFC) quando comparado ao antes e depois da terapia. No grupo 2 (TFC + BCP) a espessura dérmica do antebraço também diminuiu significativamente. Os resultados mostraram que as bombas de compressão pneumática não têm o efeito adicional de reduzir o linfedema. Além disso, as bombas de compressão pneumáticas podem aumentar o período de tempo e custo total do tratamento. Em ambos os trabalhos não houve nenhuma mudança estatisticamente significativa.

Outro estudo que utilizou a ultrassonografia foi realizado por Bok *et al.* (2016), que por meio da ultrassonografia avaliou a espessura do tecido subcutâneo e músculo. Bok *et al.* (2016) realizaram um estudo com 32 pacientes diagnosticados com linfedema relacionado ao Câncer de Mama. Os pacientes foram aleatoriamente divididos em 2 grupos, o PRÉ=16 e o não-PRÉ=16. O grupo PRÉ recebeu a terapia convencional sendo essa terapia: DLM, bandagens de compressão torácicas não elásticas e cuidados com a pele. O grupo não-PRÉ recebeu o mesmo protocolo, porém sem exercícios de resistência progressiva. Bok *et al.* (2016) adicionou exercícios de resistência progressiva ao Grupo PRÉ, que logo após a TFC começou a realizar com halter de 0,5kg. As circunferências do membro superior foram medidas com fita métrica, e os dois pontos foram definidos da seguinte forma: 1) parte proximal, 10 cm proximal ao ponto do cotovelo ao longo da linha do úmero e do sulco bicipital entre o ponto médio dos epicôndilos medial e lateral; e 2) parte distal, 10 cm distal ao ponto do cotovelo ao longo da linha do processo estilóide radial e ulnar entre o ponto médio dos epicôndilos medial e lateral.

Os exercícios realizados foram: (1) elevação lateral com halter, (2) extensão de tríceps, (3) remada com um braço, (4) rosca bíceps, (5) levantamento lateral com halter, (6) levantamento dos braços para frente. Os pacientes continuaram usando a meia de compressão ou bandagens multicamadas durante os exercícios de resistência progressiva. O procedimento foi repetido cinco vezes, duas vezes ao dia. Toda semana, o número de repetições aumentou, adicionando 5 novas repetições. Esses exercícios foram realizados ao longo de 8 semanas e tiveram como objetivo observar se houve uma diminuição do linfedema e foi avaliado pela ultrassonografia a sua eficácia. Os resultados para Bok *et al.* (2016) foram bastante satisfatórios. A espessura dos músculos foram medidas pela ultrassonografia e o grupo PRÉ teve como resultado o aumento da espessura do músculo da parte distal após quarta e oitava semana, já a parte proximal aumentou na oitava semana. O objetivo era avaliar se a junção de exercícios de resistência progressiva teria eficácia e o estudo demonstrou que a espessura do tecido subcutâneo na parte superior afetada do membro demonstrou uma diminuição significativa após 8 semanas no grupo PRÉ. Porém, não houve diferença significativa com o grupo não-PRÉ. O estudo explanou necessidade de uma maior duração no grupo PRÉ para maior eficácia no tratamento do linfedema. Em comparação a Luz *et al.* (2018), que realizou exercícios de fortalecimento, os resultados demonstraram que os dois grupos tiveram ganhos semelhantes, tendo aumento de ADM em vários eixos de movimento. O volume do membro também foi similar, nos dois grupos houve diminuição do mesmo após intervenção.

Luz *et al.* (2018) realizaram um estudo com 42 pacientes que foram escolhidos para realizar o mesmo, o grupo 1 TFC=22 e grupo 2 TFC + exercícios de fortalecimento. Apenas 36 terminaram o tratamento. O tratamento de TFC consiste em DLM, bandagens de compressão multicamadas, cuidados com a pele e exercício físico regular. O grupo 2 que realizou exercícios de fortalecimento já na primeira semana iniciou com 2 séries de 10 repetições o teste de 1RM, já na segunda semana foi feito 3 séries de 10 repetições e a partir da terceira até a oitava foi feito 3 séries de 15 repetições. Os exercícios de fortalecimento são: (1) abdução de ombro, realizado com theraband (exercício isométrico); (2) retração e protração dos ombros com um bastão (trabalho de serratis anteriores); (3) flexão de ombro a 90° com halter; (4) abdução de ombro a 90° com halter; (5) rotação externa com theraband (fortalecimento do manguito rotador); (6) rotação interna com theraband (fortalecimento do manguito rotador); (7) flexão de cotovelo com halter (fortalecimento de bíceps); (8) flexão de pulso com halter (fortalecimento de flexores radiais do

carpo); (9) extensão de pulso com halter (fortalecimento extensores radiais do carpo); (10) extensão do cotovelo com theraband (fortalecimento do tríceps); (11) apertar ou mover bola para ativar músculos intrínsecos das mãos.

Em um estudo realizado por Karafa *et al.* (2018), noventa e seis mulheres com linfedema após tratamento de câncer de mama foram divididas em três grupos de 32 pacientes, a pressão aplicada através da terapia de compressão foi: grupo I (controle) em 21-30 mmHg; grupos de estudo II A em 31-40 mmHg e grupo II B em 41-60 mmHg. Foram medidos 4 vezes: na primeira visita, após 24 h, 7 dias e 14 dias de terapia. Para os braços afetados, a soma das circunferências (expresso em cm) foi tomado em 8 pontos fixos de medição: articulação metacarpofalangeanas, articulações carpometacarpianas, 2 cm acima do pulso, no ponto mais largo do antebraço, 2 cm abaixo do cotovelo, 2 cm acima do cotovelo, na metade do comprimento do úmero e 2 cm abaixo da axila.

Os resultados foram apresentados como um coeficiente métrico relativo de linfedema (RMCAL) de braço. Depois de DLM, a compressão pneumática intermitente, foi aplicada a todos os pacientes sob um padrão pressão 40-50 mmHg por 30 minutos por dia ao longo da terapia após a DLM e bandagem multicamada anterior. Então a terapia de compressão foi realizada a cada 24 horas ao longo da terapia. Os pacientes foram aconselhados para se exercitar diariamente por 20-30 minutos, para facilitar a drenagem do braço inchado.

Karafa *et al.* (2018) chegou aos seguintes resultados: no início da terapia para a circunferência do braço em valor RMCAL do grupo controle e grupos II A e II B foi de 18,60%, 18,51% e 19,05%, respectivamente. Após 24 h, o valor foi de 14,49% no grupo de controle enquanto 12,13% e 12,64% nos grupos II A e II B. Após uma semana de terapia a diminuição na diferença de circunferências entre braço saudável e linfedematoso foi observada em 10,77% no grupo de controle e 6,98% e 8,48% nos grupos II A e II B. Após 14 dias da terapia, apenas uma ligeira diminuição no RMCAL valores foram observados em todos os grupos. Bandagens multicamadas inelásticas aplicadas em grupos II A (31-40 mmHg) e II B (41-60 mmHg) levou à mesma redução do inchaço circunferência do braço e os pacientes toleraram a diminuir a pressão. Além disso, a diminuição em circunferência do braço inchado foi obtida na primeira semana de terapia com a seguinte semana apenas mantendo os efeitos da terapia de compressão.

Com base nos trabalhos analisados constata-se que os estudos que fizeram uso de exercícios de fortalecimento obtiveram resultados mais significativos em relação a aqueles que apenas utilizaram bomba de compressão pneumática, entre outros métodos de tratamento. Por a Terapia Física Complexa ser padrão ouro para tratamento do linfedema esperava-se que fosse encontrado mais estudos na área, porém nota-se a necessidade de realizar mais pesquisas sobre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseada nessa presente revisão, cinco estudos relataram a eficácia da Terapia Física Complexa (DLM, cuidados com a pele, bandagens de compressão e exercícios específicos). Comparou-se com outros métodos isolados ou com a adição de exercícios de fortalecimento. Os dados demonstraram uma maior eficácia nos estudos onde exercícios de fortalecimento foram realizados associados a Terapia Física Complexa.

Através dos dados avaliados a Terapia Física Complexa mostra-se mais eficaz para melhora da qualidade de vida do paciente pós-mastectomizado e principalmente para o linfedema.

REFERÊNCIAS

BERGMANN, Anke. Fisioterapia no câncer de mama: assistência, ensino e pesquisa. Petrópolis. 2008.

BOK, S. K., JEON, Y., & HWANG, P. S. Ultrasonographic Evaluation of the Effects of Progressive Resistive Exercise in Breast Cancer-Related Lymphedema, 2016. vol. 50,6. Lymphatic research and biology.

EZZO J, MANHEIMER E, MCNEELY ML, *et al.* Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2015.

FARIA, Lina. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2010, v. 17.

GRADALSKI, T., OCHALEK, K., & KURPIEWSKA, J. Complex Decongestive Lymphatic Therapy With or Without Vodder II Manual Lymph Drainage in More Severe Chronic Postmastectomy Upper Limb Lymphedema: A Randomized Noninferiority Prospective Study, 2015. Vol 50,6. Journal of pain and symptom management.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>.

KARAFKA, M., KARAFKOVA, A., & SZUBA, A. The effect of different compression pressure in therapy of secondary upper extremity lymphedema in women after breast cancer surgery, 2018. Vol. 51. Lymphology.

LEDUC O, LEDUC A, BOURGEOIS P, BELGRADO JP. The physical treatment of upper limb edema. Cancer (Supplement) 1998.

LUZ, R., SIMAO HADDAD, C. A., RIZZI, S., ELIAS, S., NAZARIO, A., & FACINA, G. Complex Therapy Physical alone or Associated with Strengthening Exercises in Patients with Lymphedema after Breast Cancer Treatment: a Controlled Clinical Trial, 2018. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 19(5), 1405–1410.

MATSEN, C. B., & NEUMAYER, L. A. Breast cancer: a review for the general surgeon, 2013. JAMA surgery.

MAUGHAN, K. L., LUTTERBIE, M. A., & HAM, P. S. Treatment of breast cancer, 2010. American family physician.

MOSELEY AL, CARATI CJ, PILLER NB. A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. Annals of Oncology, 2007.

NLN Medical Advisory Committee. National Lymphedema Network Position Statement on Exercise.

National Lymphedema Network 2011; Vol. May:1–5.

SANVIDO, Vanessa Monteiro; NAZÁRIO, Afonso Celso Pinto. O esvaziamento axilar ainda é necessário? Impacto do ACOSOG Z0011 Trial e conduta adotada na Disciplina de Mastologia da Universidade Federal de São Paulo, 2011. Rev. Bras. Mastologia.

SARMENTO, George Jerre Vieira. Oncologia para Fisioterapeutas. 1. ed. São Paulo. Editora Manole Lyda, 2021.

UZKESER, H., KARATAY, S., ERDEMCI, B., KOC, M., & SENEL, K. Efficacy of manual lymphatic drainage and intermittent pneumatic compression pump use in the treatment of lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial, 2015. Breast cancer (Tokyo, Japan). Vol. 22,3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early detection. Geneva: WHO, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module 3).

Cuidados técnicos na vacinação contra Covid-19 em idosos

Wanderson Yure de Lima Silva

*Universidade Federal de Campina Grande, Enfermagem,
Lattes: 3727810635970439*

Lucas Vinicius Gomes Silva

*Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Medicina,
Lattes: ID 7419339004972246*

José Deyvisson Dantas de Oliveira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido(UFERSA) Medicina

Ramona Rossellini Pinheiro de Souza

UNINASSAU-RN, Fisioterapia

Rayanni Rossinni Florinda Pinheiro de Souza

Uninassau, Enfermagem

Eduarda Tassiana dos Santos Andrade

*Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- Facene RN
Enfermagem*

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9889304051500055>

Lucas Emanoell da Costa Porto

FACENE-RN; Medicina

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5409068812938579>

Vanessa Maria Gomes Ferreira

Universidade Potiguar- UnP, Enfermagem

Julia Eduarda Gadelha de Sousa

: Enfermeira, especialista em Centro cirúrgico, formada pela FACENE/RN

Lattes: : <http://lattes.cnpq.br/6637069838398321>

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.18

RESUMO

INTRODUÇÃO: A maior pandemia já vivenciada, causada pelo Novo Corona Vírus (SARS-CoV-2), faz com que os cuidados da enfermagem frente à vacinação contra a COVID-19 tornem-se redobrados, em especial aos idosos. **OBJETIVO:** Apresentar a importância da vacinação e sua eficácia contra o covid-19. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura e foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde, por meio da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE, PUBMED e Scielo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os artigos trabalhados nesse estudo mostraram que, o COVID-19 é uma doença infectocontagiosa grave, porém com imunização completa, os números de óbitos provocados nos idosos amenizarão gradativamente. **CONCLUSÃO:** Logo, percebe-se a importância de conscientizar esse grupo sobre vacinação contra a COVID-19. Por fim, com esse estudo, espera-se compartilhar conhecimentos sobre a gravidade dessa doença e incentivar profilaxia para uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Palavras-chave: técnicas. campanha de vacinação. Covid-19. idosos.

INTRODUÇÃO

No ano de 2020 iniciou uma das maiores pandemias da história da humanidade, causada pelo vírus SARS-CoV-2, conhecido como Covid-19 que provoca infecção respiratória aguda, além de danificar diversos sistemas, sendo considerada uma doença potencialmente grave. Sua transmissão acontece de pessoa por pessoa, por meio de gotículas respiratórias ou por meio de contato com objetos contaminados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 ficam doentes em estado grave e desenvolvem dificuldades de respirar. Sendo que pessoas idosas ou com comorbidades: pressão alta, diabetes, câncer, problemas cardíacos e do pulmão, apresentam maior risco de ficarem doentes em estado grave (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No Brasil, iniciou no ano de 2021, a vacinação contra a COVID-19 de alguns grupos prioritários, e entre eles estavam os idosos, conforme previsto no Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). A importância da vacinação não se limita somente na proteção individual, mas a fim de amenizar a disseminação geral da doença que pode provocar sequelas graves ou morte dos acometidos (DOMINGUES, 2021).

O esquema de vacinação em 2022, está sendo realizado quatro tipos de vacinas, a CoronaVac, AstraZeneca, Pfizer e Janssen, sendo elas produtos de qualidade e de importância devido seu uso ou potencial, tendo por finalidade, comparar suas respectivas plataformas tecnológicas, segurança, eficácia e entre outros parâmetros. Já em relação aos objetivos principais de cada vacina, todos avaliaram a eficácia da mesma na produção de resposta imune, medida por diferentes técnicas, além da ocorrência de eventos adversos das mais variadas formas (CUNHA, 2021)

Diante da situação da pandemia de Covid-19, a enfermagem mostrou-se como essencial, se tornando a linha de frente devido às diversas atuações em campanhas de vacinação (CUNHA AG, *et al.*, 2021). Por outro lado, muitas pessoas ainda defendem as teorias anti-vacinas, conhecidas como antivax, as quais propagam a disseminação de fake News, o que provoca

uma quebra o avanço da vacinação, mesmo tendo tantas vacinas renomadas, que mostram total eficácia e qualidade ainda existe a rejeição a elas.

Logo, esse estudo tem como objetivo, expor argumentos que ajudem a população idosa e demais que tenham interesse no assunto, a esclarecer a importância dos cuidados da enfermagem na vacinação contra a covid-19.

MÉTODOS

Esse estudo parte de uma abordagem de revisão de literatura, realizada através de um levantamento eletrônico cujas fontes utilizadas foram: a Biblioteca Virtual em Saúde; contemplando as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, PUBMED e Scielo, por meio de descritores (DECS): “Enfermagem”, “campanha de vacinação”, “covid-19” e “idosos”.

Como critérios de inclusão para seleção dos artigos foram utilizados: produções disponíveis na íntegra e publicadas nos últimos cinco anos (2018-2022) e excluídos aqueles que não responderam à questão norteadora, como também, aqueles repetidos entre as bases de dados. Para a análise dos dados foi construído um instrumento contendo as bases de dados, objetivo geral do estudo e principais resultados.

Após observar o material coletado, com base nos critérios de inclusão 11 elencados, esse número sofreu aumento para 23, que foram criteriosamente analisados para o atendimento do objetivo da pesquisa, restando ao final um total de 14 produções, que foram considerados aptos à constituição da amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É de grande importância ter a noção de que os idosos merecem uma atenção mais redobrada quando se trata de ações voltadas a COVID-19, e que a vacina esteja presente como primeiro plano, para promover uma profilaxia desse grupo, a fim de evitar a proliferação da SARS-CoV-2 (CHEN *et al.*, 2020). Além de que a idade avançada ser um motivo de requerer maior cuidado, outros fatores como a alta prevalência de morbidades incluindo diabetes, cardiopatias e alterações inflamatórias, tornam esse grupo mais vulnerável, que podem agregar no desenvolvimento da doença. Esse público tem-se mostrado mais resistente a vacinação, o que acarreta em futuras complicações para a saúde deles (CUNHA, 2021)

Sendo assim, é essencial se atentar as campanhas de vacinações que promovem e disseminam conhecimentos sobre a eficácia e a importância das vacinas, deve-se então, alcançar o nível conhecido como “imunidade coletiva” onde maior parte da população encontra-se imunizada contra a doença, dificultando a propagação entre as pessoas e principalmente quando reduz o número de mortes de idosos (MARTINS-FILHO *et al.*, 2021).

É possível perceber que a vacinação em massa contra a COVID-19 está proporcionando uma diminuição gradativa de internações em UTI's, que antes possuíam um número assustador de ocupação de leitos e óbitos de adultos e idosos. Pela primeira vez, desde outubro de 2020, com o surgimento da vacina, nenhum estado brasileiro estava com mais de 80% dos leitos de

UTI ocupados por idosos diagnosticados com covid-19 (BRASIL, 2021).

Infelizmente as diversas informações falsas e a propagação de fake news, faz com que inúmeros idosos rejeitem a profilaxia recomendada pelo Ministério da Saúde, provocando então um descontrole nas ações vacinais. Comprova-se isso no atual contexto da covid-19 que tem ganhado amplo destaque, veículos de mídia e instituições acadêmicas e governamentais a lançarem plataformas de comunicação com o objetivo de detectar e barrar a propagação de fake news (fenômeno contemporâneo que influencia a tomadas de decisões), comportamentos e alteração da percepção de risco, para garantir então que a população não fique de fora da imunização devido falsas propagandas sobre as vacinas (ZAROCOSTAS, 2020). Em meio a isso, existe a “infodemia”, que é um termo associado à rápida disseminação de todos os tipos de informações relativas a um problema de modo que a sua solução se torna mais difícil, não é novidade trazida pela covid-19 e, tampouco, se restringe à saúde - embora se reconheça que sua expressão atual é sem precedentes. Portanto, os profissionais responsáveis devem fazer uma campanha vacinal efetiva em relação aos efeitos positivos da vacina e seus possíveis eventos colaterais (VAEZI; JAVANMARD, 2020).

A equipe de enfermagem é em sua maioria responsável pela PNI (Programa Nacional de Imunização). A PNI veio para ampliar a cobertura vacinal. Para entender e para atuar na imunização o profissional da saúde tem que possuir o conhecimento farmacológico (posologia, efeitos adversos e etc.) sobre as vacinas (DOMINGUES, 2021)

Devido ao ICV (Índices de cobertura vacinal) as consequências positivas da vacinação podem ser analisadas, bem como, os índices de ICV menores os índices de doenças imunopreveníveis. Todos os aspectos positivos gerados da vacinação e da abrangência da mesma, tem melhorado a qualidade e da expectativa de vida dos brasileiros (DOMINGUES *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vacinação é muito importante para que haja a prevenção e a redução dos índices de internação e óbito por doenças. A partir do exposto é possível perceber a importância da vacinação contra o COVID-19, em todas as faixas etárias e principalmente para os idosos, com a finalidade de romper o ciclo de transmissão evitando complicações e internações hospitalares e risco de morte.

Com isso é necessário que continue existindo formas de combater as fake news, com a ajuda da população já vacinada, mídias, e profissionais de saúde, bem como, os profissionais da enfermagem que convive e planeja as ações do cuidado ao longo da jornada laboral, incluindo o ato da vacinação, com o objetivo de sensibilizar a população a se vacinar de acordo com as faixas etárias e calendário vacinal.

Portanto, através desse estudo, espera-se contribuir para o conhecimento a respeito da importância da vacinação para os idosos e a população no geral, a fim que seja possível lhes garantir imunização para a COVID-19.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério Da saúde. Pátria vacinada. Secretarias Estaduais De Saúde. Disponível em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/brasileiros-imunizados-70-milhoes-ja-tomaram-as-duas-doses-ou-a-doseunica-da-vacina-covid-19>

CHEN, Nanshan *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 29 jan. 2020.

CUNHA AG, *et al.* Atuação da enfermagem na campanha de vacinação contra a COVID-19 em um Centro Universitário em Belém-PA. *Research, Society and Development*, 2021; 10(8): e35310816835.

Daltro, M. R., & Faria, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223-237, 2019. Domingues, CMAS. (2021). Desafios Para a Realização da Campanha de Vacinação Contra a Covid-19 no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Vol.37. n.1.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021.

MARTINS-FILHO, P. R. *et al.* Estimativas de Nível Crítico de Cobertura Vacinal contra o SARS-CoV-2 em Sergipe. *Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação*, v. 8, n. January, p. 1–6, 2021.

Ministério da saúde. (2020). Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, (1), 1-94 Ministério da Saúde, Plano Nacional de Operacionalização da Vacina Contra Covid19,4ªEd.(2021)https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpmi_18h05.pdf.

VAEZI, A.; JAVANMARD, S. H. Infodemic and risk communication in the era of CoV-19. *Advanced Biomedical Research*, v. 9, art. 10, 2020.

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. *The Lancet*, London, v. 395, n. 10225, p. 676, 2020.

**Cânula nasal de alto fluxo – CNAF:
uma proposta de aplicação nos
tratamentos de insuficiência
respiratória aguda hipoxêmica**

Fernando Antonio Fernandes Freitas

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.19

RESUMO

Este estudo objetiva propor a utilização da CNAF como tratamento alternativo à Ventilação Não Invasiva (VNI) nos pacientes, especialmente, em substituição a Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) e Pressão Positiva em Vias Aéreas a Dois Níveis (BIPAP). Para isso, os objetivos específicos versaram sobre caracterizar Cânula Nasal de Alto Fluxo – CNAF na literatura acadêmica, discutir a utilização da CNAF nos tratamentos de Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica e analisar as modalidades terapêuticas de apoio respiratório convencionais. Para tanto, o estudo apresenta uma pesquisa descritiva quanto aos objetivos e bibliográfica quanto aos procedimentos. Além disso, o método científico aplicado é o indutivo com abordagem qualitativa. Os resultados e discussão nos levaram a constatar a efetividade da técnica nos casos de insuficiência respiratória, proporcionando conforto, melhora da oxigenação, diminuição da necessidade de ventilação mecânica invasiva e, conseqüentemente, reduzindo taxas de reinternação.

Palavras-chave: insuficiência respiratória. cânula nasal de alto fluxo. tratamento alternativo.

INTRODUÇÃO

A Dispneia (dificuldade para respirar) e a Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica estão entre as principais razões para os pacientes procurarem os Prontos Atendimentos (PA)/ Emergências (EM). Isto porque os recursos para oxigenioterapia convencional (cateter nasal convencional, máscara facial e máscara de venturi) apresentam desvantagens importantes que limitam a sua aplicabilidade, devido à incapacidade de liberar taxas de fluxos maiores que 15L/min, principalmente nos casos de Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica Grave, além da diluição do oxigênio (O₂) fornecido com o ar ambiente. Além disso, a destruição das defesas naturais das vias aéreas superiores causa, muitas vezes, ressecamento e lesão da mucosa respiratória superior, gerando dor, sangramento e desconforto, ocasionados pelo ar inalado não aquecido e não umidificado.

De acordo com Sarmiento (2010), a oxigenioterapia consiste na administração de O₂ em concentrações maiores do que a encontrada no ar ambiente (21%), com o intuito de prevenir ou tratar as manifestações clínicas da hipóxia (diminuição do O₂ nos tecidos), para manter uma adequada oxigenação tecidual e minimizar os danos que a hipoxemia gera no sistema cardiovascular.

Levando em consideração todo exposto, a Terapia de Alto Fluxo com Cânula Nasal (TAFCN) tem surgido como um recurso facilitador e de grande contribuição na prática hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), no que tange ao tratamento de patologias diversas que comprometem o mecanismo respiratório. Essa nova terapia já é bastante utilizada na Europa, Ásia e América do Norte (ROBERTS e OECKLER, 2015), no entanto, ainda é pouco conhecida e utilizada no Brasil, devido à carência de estudos científicos nessa área e, muito provavelmente, pelo elevado custo financeiro do equipamento para a realidade da maioria dos hospitais públicos e privados no presente momento.

Em vista disso, o presente estudo se faz necessário por apresentar a CNAF como uma ferramenta importante na redução de custos hospitalares, redução do uso de drogas bronco-dilatadoras, corticoides inalatórios e longos períodos de internação hospitalar, promovendo a redução de custos econômicos no tratamento da Insuficiência Respiratória Hipoxêmica. Além

disso, os estudos sobre essa temática são incipientes e sucintos, demonstrando a necessidade de discussões acadêmicas contemporâneas acerca dessa temática de forma empírica.

Partindo dessas considerações, a pesquisa tem como objetivo geral propor a utilização da CNAF como tratamento alternativo à Ventilação Não Invasiva (VNI) nos pacientes, especialmente, em substituição a Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) e Pressão Positiva em Vias Aéreas a Dois Níveis (BIPAP). Para isso, os objetivos específicos versaram sobre caracterizar Cânula Nasal de Alto Fluxo – CNAF na literatura acadêmica, discutir a utilização da CNAF nos tratamentos de Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica e analisar as modalidades terapêuticas de apoio respiratório convencionais.

Tendo em vista os objetivos apresentados, o estudo apresenta uma pesquisa de cunho qualitativo, descritiva quanto aos objetivos e bibliográfica quanto aos procedimentos. Além disso, o método científico aplicado é o indutivo com abordagem qualitativa.

A literatura sobre o assunto e os resultados positivos dessa nova técnica de Ventilação Não Invasiva (VNI) apontam, em sua utilização, seu real benefício em determinadas situações, como é o caso da Insuficiência Respiratória Hipoxêmica e da Insuficiência Respiratória Hipercápnica em neonatos, crianças e adultos internados, justificando, desta maneira, estudos sobre ela.

Assim, temos a seguinte questão como norteadora dessa investigação: Será que a Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) pode também diminuir o desconforto respiratório apresentado nesses pacientes e minimizar a piora clínica evitando, com isso, o que seria o destino óbvio da Intubação Orotraqueal (IOT) e, conseqüentemente, da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)? Tal indagação nos motivou e justificou a realização deste estudo, apesar das inúmeras dificuldades bibliográficas desse novo método terapêutico, principalmente no nosso idioma, por tratar-se de uma ferramenta ainda pouco utilizada no nosso País.

Desse modo, o presente artigo foi estruturado em três partes: a introdução com as considerações iniciais do estudo, o desenvolvimento organizado em três tópicos: Cânula Nasal de Alto Fluxo – CNAF: breve histórico, conceito e caracterização da cânula nasal de alto fluxo e proposta de aplicação da Cânula Nasal de Alto Fluxo – CNAF nos tratamentos de Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica. Por fim, as considerações finais.

DESENVOLVIMENTO

Cânula nasal de alto fluxo - CNAF: breve histórico

No início de 1900, cateteres de borracha foram utilizados para ofertar oxigênio diretamente na nasofaringe. Nos Estados Unidos, Alan Barach, desenvolveu um túbulo “Y” que dividiu o fluxo de oxigênio no cateter nasal e reduziu o efeito do alto fluxo na mucosa. Em 1928, os Britânicos desenvolveram módulos menos invasivos que só ofertavam oxigênio direcionado para as narinas. Em meados de 1930, tubos nasais de metal com pontas de borracha poderiam ser utilizados no nariz utilizando armações de óculos. Por volta de 1940, uma versão inicial do modelo de plástico over-the-ear surgiu ofertando fluxo direto para as narinas.

Nesse sentido, o sistema de High Flow Nasal Cannula (HFNC) é comumente utilizado como um método de suporte ventilatório para tratamento de pacientes com Insuficiência Respi-

ratória Aguda Hipoxêmica (IRpAH). A terapia HFNC caracteriza-se pela entrega contínua de uma mistura de ar e oxigênio por meio de uma interface nasal promovendo uma melhor oxigenação e maior conforto aos pacientes quando comparado com outros métodos.

Em vista disso, A Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é uma técnica emergente, inovadora e segura de suporte respiratório, sem máscara e mais confortável. A CNAF é melhor tolerada e mais simples de usar do que a Ventilação Não Invasiva (VNI), por oferecer ao paciente uma mistura aquecida, umidificada, um fluxo contínuo podendo atingir 60 litros por minutos e uma Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂) de até 100%. Assim, os níveis de fluxo são altos o suficiente para gerar pressão positiva, proporcionando lavagem do espaço morto nas vias aéreas superiores, melhor condutividade pelas vias aéreas, melhorando as propriedades mecânica pulmonares.

A CNAF, também conhecida como Terapia Nasal de Alto Fluxo (TNAF), trata-se de uma modalidade terapêutica de apoio respiratório em constante evolução na Europa, Ásia e América do Norte (ROBERTS e OECKLER, 2015). Esses autores descreveram a TAFCN como sendo um recurso que consiste em ofertar uma concentração de oxigênio suplementar a níveis elevados (60L/min) aos pacientes que sofrem com os mais variados distúrbios do aparelho respiratório, a partir do momento em que fornece um alto fluxo de O₂ aquecido e umidificado. Isso proporciona conforto e tolerância aos pacientes que usufruem da terapia em comparação com os sistemas de oxigenação de alto fluxo tradicionais, tornando-se cada vez mais comum nos hospitais de toda a Europa, Ásia e América do Norte.

Dessa forma, a TAFCN alivia rapidamente os sintomas de desconforto respiratório e melhora a oxigenação através de vários mecanismos, incluindo lavagem do espaço morto, a redução na diluição de oxigênio e na resistência da nasofaringe inspiratória, um efeito de pressão positiva de vias aéreas moderadas que podem gerar recrutamento alveolar e uma maior tolerância geral e conforto com a interface e os gases inspirados aquecidos e umidificados. Indicações são amplas, abrangendo, deste modo, todas as causas de insuficiência respiratória hipoxêmica aguda. Ademais, a TAFCN também pode fornecer oxigênio durante procedimentos invasivos, e ser utilizada para prevenir ou tratar a pós-extubação por insuficiência respiratória (NISHIMURA, 2015).

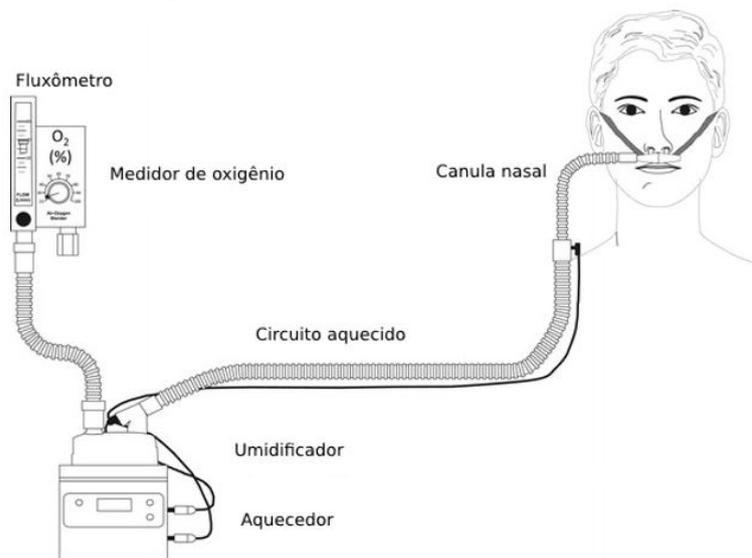
Conceito e caracterização da cânula nasal de alto fluxo

A Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é uma terapia emergente e inovadora de suporte respiratório, sem utilização de máscaras (nasal, facial ou capacete), proporcionando mais conforto e segurança ao paciente, permitindo, inclusive, que se alimente normalmente quando tiver indicação. Trata-se de uma alternativa viável e promissora para o tratamento da Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica (IRpAH) e outras patologias respiratórias, a nível hospitalar – pronto atendimento (PA) e unidade de terapia intensiva (UTI) e, podendo, no futuro, ser utilizada também nas enfermarias.

Slain *et al.* (2017) a conceituam como uma modalidade de apoio respiratório não invasiva que fornece mistura de gases condicionadas (aquecidas e totalmente umidificadas) para pacientes por meio de uma cânula nasal. Não há uma definição universalmente aceita sobre a taxa mínima de fluxo que define o “alto” fluxo. Em neonatos, o alto fluxo pode ser definido como taxas de fluxos $\geq 2\text{L/min}$, ao passo que, para crianças mais velhas, as taxas de fluxo $\geq 4,6\text{L/min}$ normalmente são consideradas de alto fluxo.

Nessa perspectiva, a TCNAF é possível graças a um sistema que consiste de um misturador de ar, oxigênio com Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂) ajustável de 21% até 100%, que fornece um fluxo de gás modificável de até 60 litros por minutos para uma câmara aquecida, no qual o gás é aquecido e umidificado (conforme ilustra a Figura 1). Essa mistura de gás é conduzida através de um circuito de alto desempenho para ser entregue a 37 graus celsius, contendo 44mg de H₂O por litro ao paciente por meio de um cateter binasal.

Figura 1 - Cânula nasal de alto fluxo



Fonte: Nishimura (2015).

Os níveis de fluxo são altos o suficiente para gerar pressão positiva, proporcionando a lavagem do espaço morto nas vias aéreas superiores, proporcionar melhor condutividade pelas vias aéreas e das propriedades mecânicas pulmonares. Além disso, o ar aquecido e umidificado melhora a função mucociliar, promovendo a liquefação do muco facilitando a atividade cinética ciliar.

Na última década, os sistemas CNAF têm conquistado uma aceitação cada vez maior e, agora, são amplamente usados para auxiliar pacientes gravemente doentes em todas as faixas etárias, desde neonatos prematuros aos adultos. Eles também têm encontrado uma função em diversos locais dos hospitais, inclusive a unidade de terapia intensiva neonatal (UTIP), unidade de terapia intensiva médico-cirúrgica, unidade de terapia semi-intensiva e, mais recentemente, o departamento de emergência (DE). Um ensaio clínico controlado e randomizado recente mostrou que a CNAF pode ser superior ao fornecimento de oxigênio de baixo fluxo padrão na prevenção de falhas no tratamento de crianças com bronquiolite, ao passo que outros ensaios sustentam que a CNAF é equivalente a modalidade mais tradicional de apoio de ventilação não invasiva, como a pressão positiva contínua ou bifásica nas vias aéreas (CPAP ou BIPAP).

Jeong (2015) assevera que a CNAF foi usada como método alternativo à oxigenioterapia convencional devido ao fornecimento de alto fluxo, oxigênio umidificado, constante FiO₂, pressão positiva nas vias aéreas e redução do espaço morto. Por isso, parte-se da hipótese de que a CNAF para o tratamento em pacientes hipoxêmicos, em relação ao uso da VNI, proporciona maior adaptabilidade do paciente à terapêutica repercutindo em maior conforto e, consequentemente, em resultados mais eficazes na sua evolução clínica. Tendo em vista a importância do bem-estar e do conforto dos pacientes, de maneira geral, e visando a prognósticos melhores. A

CNAF, ao proporcionar melhor adaptação à terapêutica, favorece a melhora do quadro respiratório e, por conseguinte, a redução dos índices hipoxêmicos.

Vale salientar que a TAFCN alivia rapidamente os sintomas de desconforto respiratório e melhora a oxigenação através de vários mecanismos, incluindo lavagem do espaço morto, a redução na diluição de oxigênio e na resistência da nasofaringe inspiratória, um efeito de pressão positiva de vias aéreas moderadas que podem gerar recrutamento alveolar e uma maior tolerância geral e conforto com interface e os gases inspirados aquecidos e umidificados. Indicações são amplas, abrangendo, deste modo, todas as causas de insuficiência respiratória hipoxêmica aguda.

Parker et al (2009) compararam o uso da CNAF com o uso da máscara facial, mensurando a pressão na região da nasofaringe dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Nos pacientes em uso da CNAF, foi utilizado um fluxo de 35L/min, e observado aumento da pressão na região da nasofaringe para 2,7 mais ou menos 1,04 CmH₂O com a boca fechada e, 1,2 mais ou menos 0,76 CmH₂O com a boca aberta. Em contrapartida, a máscara facial não produziu aumento da pressão na região da nasofaringe. Apesar disso, não está claro se a pressão que a CNAF exerce na via aérea proximal consegue atingir os alvéolos.

Com a utilização da CNAF, teremos duas condições que favorecem o aumento da oxigenação. A primeira, seria o fornecimento de FiO₂ elevada até 100% por meio da entrega de um fluxo de O₂ maior que os recursos convencionais (cateter nasal e máscara facial); a segunda, seria o fluxo elevado até o limite de 60L/min, de forma aquecida e umidificada, promovendo a liquefação do muco e otimizando a esteira cinética ciliar.

Maggiore *et al.* (2014), compararam os efeitos da máscara de venturi com a CNAF na oxigenação e, foi possível observar maior pressão parcial de oxigênio no sangue arterial/fração inspirada de oxigênio (PaO₂/FiO₂) nos pacientes em uso de CNAF. Essas condições, portanto, quando utilizadas em pacientes hipoxêmicos, podem auxiliar na reversão da hipoxemia e nos demais sintomas de insuficiência respiratória aguda hipoxêmica. Isto porque a VNI provê assistência ventilatória sem necessidade de via aérea artificial com uso de máscara na interface paciente-ventilador. Seu uso tem aumentado na prática clínica nos últimos 20 anos assim como a disponibilidade de recursos tecnológicos para sua aplicação.

Atualmente, ela é considerada primeira linha de tratamento da insuficiência respiratória aguda, podendo reduzir o trabalho da respiração e a frequência respiratória, aumentar o volume corrente, melhorar a troca gasosa, a dispneia, promover o repouso da musculatura respiratória e conforto do paciente (CRUZ E ZAMORA, 2013).

O estudo de Hernández *et al.* (2016) corrobora com a eficácia da CNAF com o uso da VNI e oxigenioterapia convencional, pós-extubação, mostrando que o primeiro, durante a fase aguda da insuficiência respiratória, melhora a oxigenação, a sobrevivência, tolerância e conforto e facilidade da drenagem das secreções respiratórias.

Diante do exposto, percebe-se que a Terapia de Alto Fluxo com Cânula Nasal (TAFCN) surgiu como um recurso facilitador e de grande contribuição na prática hospitalar nas Unidades de Terapia Intensivas (UTIs). Apesar de pouco conhecida e utilizada no Brasil é relevante para o tratamento na Insuficiência Respiratória Hipoxêmica.

PROPOSTA DE APLICAÇÃO DA CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO – CNAF NOS TRATAMENTOS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA HIPOXÊMICA

Com a evolução das doenças respiratórias, diversos mecanismos fisiopatológicos são ativados, levando à Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica (IRpAH), com o incremento do gradiente alvéolo-arterial do oxigênio, alcalose respiratória, redução da capacidade de difusão, alteração da complacência pulmonar e nos volumes pulmonares.

A dispnéia e a IRpAH, estão entre as principais razões para pacientes procurarem os prontos atendimentos (PA) e as Emergências. As ferramentas disponíveis para atendimento médico como suporte respiratório, incluem: terapia de oxigênio que, na maioria dos serviços hospitalares são administrados através de máscaras facial com reservatório e/ou cateter nasal convencional, mas, são limitados a um fluxo que não ultrapassa 15 litros por minutos, máscara de venturi, ventilação não invasiva (VNI) através de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) ou pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BIPAP), também conhecido como Bilevel positive airway pressure (BIPAP) e a ventilação mecânica invasiva (VMI), através da intubação orotraqueal (IOT). A manutenção da oxigenação adequada depende da fração inspirada de oxigênio (FiO₂) e da pressão expiratória final positiva (PEEP).

Nesse sentido, as alternativas terapêuticas não invasivas passaram a substituir ou complementar a oxigenioterapia convencional. Nos últimos anos, a oxigenioterapia com CNAF vem sendo utilizada em pacientes com patologias respiratórias diversas, inclusive na IRpAH. Trata-se de uma técnica que fornece oxigênio aquecido a 37°C e completamente umidificado com FiO₂ de 21% até 100% com precisão e fluxo máximo de 60 litros por minutos, por intermédio de uma cânula binasal. Essa nova terapêutica vem minimizando a hipoxemia.

Isto porque a CNAF proporciona efeito de lavagem do espaço morto das vias aéreas superiores, o que reduz a hipercapnia (PaCO₂ > 45 mmHg). Além disto, reduz a resistência das vias aéreas e, conseqüentemente, o trabalho respiratório. Finalmente, a CNAF proporciona pressões expiratórias positiva nas vias aéreas (efeito de pressão positiva nas vias aéreas-CPAP), que podem contrabalançar a pressão expiratória final positiva (PEEP) intrínseca, presente na maioria destes pacientes.

Pelas razões expostas, nossa hipótese é a de que, na insuficiência respiratória aguda hipoxêmica, a CNAF pode ser utilizada como tratamento alternativo a VNI em pacientes nos quais o uso desta última não é possível, em razão de tolerabilidade ou por contraindicações. Inicialmente, assim como qualquer outro tratamento que não foi testado previamente em ensaios clínicos robustos, a CNAF pode ser utilizada para insuficiência respiratória hipercápnica leve a moderada, em condições nas quais a segurança do paciente é preservada, e sob supervisão de comitês independentes de ética em pesquisa.

Por isso, a relevância de se avaliar a eficácia e a segurança da oxigenioterapia com CNAF no tratamento de insuficiência respiratória hipercapnia moderada como alternativa à VNI no contexto de um protocolo de tratamento em pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI). Talvez a justificativa para ser utilizada em UTIs neonatais, especialmente no tratamento de recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório, pois permite um suporte mais suave, que minimiza a ocorrência de lesões nasais nos pequenos pacientes. É comum, também, no

atendimento de crianças com bronquiolite, asma, pneumonia, crupe e outras formas de obstrução das vias aéreas superiores.

Milési *et al.* (2013) estudaram 21 bebês de mais de seis meses com bronquiolite e descobriram que aumentar a CNAF para 6-7 L/min faz com que a pressão faríngea aumente para ~6 cmH₂O e dependa do peso, com fluxo ≥ 2 L/kg/min necessários para atingir, a pressão faríngea de ≥ 4 cmH₂O. Arora *et al.* (2012) relataram pressões faríngeas mais baixas de ~3 cmH₂O em 25 pacientes com bronquiolite em 6-8 L/min, as pressões eram ainda mais baixas se a boca do indivíduo estivesse aberta.

Corroborando com esse estudo, Spentzas *et al.* (2009) expuseram pressões nasofaríngeas de 4-5 cmH₂) em bebês em 8-12 L/min e pressões de ~2 cmH₂) em pacientes mais velhos em 20-30 L/min. Pressões medidas por meio de uma sonda nasofaríngea são possivelmente afetadas pela impressão direta do jato de gás inspirado e, provavelmente, superestimam a pressão real transmitida às vias aéreas distais intratorácicas, o que leva autores a usar um cateter balão esofágico para medir a pressão esofágica (PES). Em um estudo com 11 bebês com bronquiolite, a Pes expiratória final foi ~7 cmH₂O em 8 L/min. Em outro estudo com 24 bebês com bronquiolite ou em recuperação de cirurgia cardíaca, a Pes expiratória final foi ~4 cmH₂O em 2L/kg/min e não significativamente diferente da Pes medida em um fluxo de 2 L/min.

Da mesma forma, um estudo com 25 crianças gravemente doentes com uma variedade de doenças respiratórias descobriu que a Pes expiratória final era ~5 cmH₂O em 5-8 L/min, somente ~1 cm acima das medições obtidas em cânula nasal padrão de 2 L/min. Como um todo, as evidências disponíveis confirmam que a CNAF gera aumentos muito modestos na pressão expiratória final positiva relativa à cânula nasal padrão, embora a quantidade real dependa do fluxo da CNAF e do tamanho do paciente.

Independentemente do mecanismo, a CNAF tem mostrado reduzir significativamente o trabalho respiratório, na maior parte do tempo atenua a pressão inspiratória intratorácica negativa, como comprovado pelas oscilações baixas da pressão esofágica e pela atividade elétrica do diafragma (SLAIN, SHEIN e ROTTA, 2017).

No entanto, seu uso não se restringe ao âmbito pediátrico, tendo aplicações diversas em pacientes adultos, como pós-operatório, insuficiência respiratória aguda e desmame ventilatório. A aplicação da terapia de alto fluxo é fundamentada em quatro características importantes:

1. **Um sistema “alto”:** o fluxo de gás deve ser levado por uma cânula que não obstrua as narinas. Essa é uma distinção fundamental em comparação com modos de ventilação nasal pressurizados, como a CPAP e a BIPAP. Deve haver espaço o suficiente para que o gás vaze ao redor da cânula, o padrão é que as pontas da cânula ocupem no máximo 50% da área transversal de cada narina.
2. **Gás condicionado:** as misturas de gases levadas pela CNAF devem ser adequadamente aquecidas e umidificadas para evitar o ressecamento da mucosa respiratória.
3. **Alto fluxo:** a CNAF deve levar fluxo de misturas de gases maiores do que o pico de fluxo inspiratório do paciente para prevenir a entrada de ar ambiente durante a inspiração.
4. **Alta velocidade:** o gás levado em alta velocidade penetra profundamente as vias

aéreas, leva a fonte de gás fresco para mais perto da carina e fornece certo nível de apoio respiratório.

Em vista disso, Dias-Lobato *et al.* (2013) evidenciam o caso de uma paciente com esclerose lateral amiotrófica (ELA) que compareceu ao pronto-socorro com insuficiência respiratória hipercápnica aguda. Como a paciente não tolera a VNI e recusou ser intubada, ela foi submetida a tratamento bem-sucedido com CNAF, conforme evidenciado pela melhora obtida no Ph e pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂), recobrando a consciência e recebendo alta após 5 (cinco) dias de hospitalização.

Uma quantidade cada vez maior de evidências indica que a CNAF exerce efeitos possivelmente benéficos por meio de diversos mecanismos diferentes. Esses mecanismos incluem:

- 1. Resistência inspiratória reduzida:** as narinas e as passagens nasais são os pontos de maior resistência das vias aéreas humanas. A aplicação do fluxo que atende ou excede a demanda inspiratória individual por meio de uma cânula nasal adequadamente posicionada ajuda a compensar essa resistência respiratória e fornece, sem esforço, gás fresco mais baixo nas vias aéreas, desvia assim da área de maior resistência e reduz o trabalho respiratório.
- 2. Eliminação do espaço morto anatômico nasofaríngeo:** durante a respiração normal, a nasofaringe contém gás rico em dióxido de carbono no fim da expiração. Esse gás é então reinalado durante o próximo ciclo respiratório, o que reduz a eficiência da troca de gases. Quando o sistema CNAF é usado, o gás fresco ocupa rapidamente a cavidade nasal e a faringe, elimina o gás rico em dióxido de carbono do espaço morto da nasofaringe por meio do sistema “aberto”. Isso equivale a usar o espaço morto anatômico nasofaríngeo como reservatório de gás fresco, reduz, assim, a reinalação e reduz efetivamente a contribuição do espaço morto anatômico para a ineficiência respiratória. Portanto, um paciente assistido pela CNAF pode fazer um esforço respiratório reduzido e diminuir a frequência respiratória para manter o mesmo nível de ventilação alveolar e de PaCO₂. Esse mecanismo é particularmente importante em crianças pequenas, considerando que o espaço morto anatômico extratorácico de um recém-nascido é de 3 ml/kg e não se aproxima do de um adulto (0,8 ml/kg) antes dos seis anos.
- 3. Trabalho metabólico relacionado ao condicionamento de gás reduzido:** a CNAF fornece gás totalmente condicionado para as vias aéreas, reduz assim as perdas insensíveis de água e o custo de energia para o aquecimento do gás inspirado à temperatura do corpo.
- 4. Melhoria da condutância das vias aéreas e transporte mucociliar:** a inalação do gás aquecido e umidificado previne o ressecamento das secreções respiratórias, diminui a dispneia e a sensação de secura orofaríngea, além de ter efeitos potencialmente salutares sobre a função do aparelho mucociliar.
- 5. Fornecimento de baixos níveis de pressão nas vias aéreas:** a CNAF cria um nível baixo de pressão positiva na faringe que pode ajudar a reduzir a resistência inspiratória dinâmica das vias aéreas e fornecer algum grau de pressão positiva contínua nas vias aéreas. O grau de pressão positiva nas vias aéreas observado está diretamente

relacionado à taxa de fluxo da CNAF, afetada pela abertura da boca, e depende do local de medição da pressão. Três estudos usaram pressões medidas na nasofaringe como substitutas de pressões expiratórias finais positivas mais baixas.

Os estudos analisados evidenciam que a terapia com oxigênio através da CNAF é uma modalidade promissora para o tratamento precoce de adultos com IRAH, justamente por proporcionar maior conforto e tolerância em relação à VNI, apresentando-se como alternativa válida nos casos acima indicados. A literatura analisada corrobora, portanto, a hipótese e justificativa levantadas neste estudo atestando a adesão da maioria dos autores consultados quanto à relevância, para a boa evolução dos quadros clínicos, da sensação de conforto respiratório dos pacientes em oxigenioterapia com o emprego da CNAF.

Ao iniciar uma terapia de CNAF, o médico deve controlar três variáveis principais: temperatura do gás, FiO₂ e taxa de fluxo. Normalmente, configura-se a temperatura em aproximadamente 1 a 2 graus celsius abaixo da temperatura do corpo e a seguir, será ajustada observando o conforto do paciente. Temos presenciado crianças mais velhas e jovens adultos descreverem uma sensação desconfortável e de certa forma claustrofóbica quando a temperatura do gás é igual ou superior à temperatura do corpo, semelhante à experiência de respirar dentro de uma sauna a vapor ou em dia ensolarado, quente e úmido.

Geralmente, começamos a CNAF com uma FiO₂, de 0,6 no paciente com hipoxemia, desde que não haja contraindicações fisiológicas ao uso dessas concentrações elevadas de oxigênio suplementar (p. ex., pacientes que se recuperam de uma reconstrução paliativa estágio I de Norwood para síndrome do coração esquerdo hipoplástico). A FiO₂ é então rapidamente ajustada para mais ou para menos nos minutos seguintes para atingir a saturação de oxigênio visada (SpO₂), normalmente de 92% a 97%.

Destarte, a evidência da eficácia da terapia com CNAF tem vindo a crescer exponencialmente, sendo esta terapia agora amplamente utilizada, contudo ainda não existem recomendações gerais pelo que a decisão do tratamento deve ser individualizada. (ROCA, HERNÁNDEZ, DIAZ-LOBATO, CARRATALÁ, GUTIÉRREZ & MASCLANS, 2016). Por isso, a importância da proposta de aplicação da cânula nasal de alto fluxo – CNAF nos tratamentos de insuficiência respiratória aguda hipoxêmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que podemos constatar, conclui-se a efetividade desta nova técnica como um meio de suporte ventilatório não invasivo em relação a VNI, nos casos de insuficiência respiratória e outras patologias respiratórias, proporcionando mais conforto, melhora da oxigenação, diminuição da necessidade de ventilação mecânica invasiva e, conseqüentemente, reduzindo taxas de reintubação.

Nestes últimos anos, um número cada vez maior de estudos sugere que existem potenciais benefícios de uso da oxigenioterapia nasal de alto fluxo para prevenir intubação ou reintubação em pacientes de unidade de terapia intensiva, admitidos por insuficiência respiratória aguda hipoxêmica recorrentes ou sob ventilação mecânica para cirurgia.

Ainda que seja necessária a confirmação de aspectos relativos ao emprego da CNAF,

como a especificação de um cronograma para o início do seu uso e escalonamento do tratamento. Este recurso vem despontando, conforme demonstrado, como uma modalidade viável e eficaz, comparativamente à VNI. No entanto, como ocorre com qualquer nova terapia, os profissionais envolvidos (médicos e fisioterapeutas) devem aprender como utilizar e implantar o uso da CNAF de forma progressiva e cuidadosa, em decorrência de possíveis efeitos deletérios que poderão surgir quando não utilizada adequadamente.

REFERÊNCIAS

ARORA, B; MAHAJAN, P; ZIDAN, MA; SETHURAMAN, U. Nasopharyngeal airway pressures in bronchiolitis patientis treated with high-flow nasal cannula oxygen therapy. *Pediatr Emerg Care*. v. 28, 2012.

CRUZ, M, R; ZAMORA, V, E, C. Ventilação Mecânica Não Invasiva. *Revista HUPE*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 92-101, 2013.

DIAS-LOBATO, S, Folgado MA; CHAPA, A; MAYORALAS, Alises S. Efficacy of high-flow oxygen by nasal cannula with active humidifications in a patient with acute respiratory failure of neuromuscular origin. *Respir Care*, v. 58, n.12, p. 164-167, 2013.

HERNÁNDEZ, G; VAQUERO, C; GONZÁLEZ, P; SUBIRA, C; FRUTOS-VIVAR, F; RIALP, G; LABORDA, C; COLINAS, L; CUENA, R; FERNÁNDEZ, R. Effect of postextubations high-flow nasal cannula vs conventional oxygen therapy on reintubations in low-risk patients. A randomized clinical trial. *JAMA*, v.315, n.13, p. 1354-1361, 2016.

JEONG, JH; KIM, DH; KIM, SC. Changens in arterial blood gases after use of high-flow nasal cannula therapy in the ED. *Am J Med*, v.33, p.1344-1349, 2015.

MAGGIORE, SM; IDONE, FA; VASCHETTO, R; FESTA, R; CATALDO, A; ANTONICELLI, F; *et al*. Nasal high-flow versus ventury mask oxygen therapy after extubation. Effects on oxygenations, comfort, and clinical outcome. *Am J. Respir Crit Aare Med*, v.190, p.282-288, 2014.

MILÉSI, C; BALEINE, J; MATECKI, S; DURAND, S; COMBES, C; NOVAIS, AR; *et al*. Is treatment with a high-flow nasal cannula effective in acute viral bronchiolitis. A physiologic study. *Intensive Care Med*, v.39, p.1088-1094, 2013.

NISHIMURA, N. High-flow nasal cannula oxygen therapy in adults. *Journal of Intensive Care*. Japão, v.3, n.1, p.15, 2015.

PARK, R; MCGUINNESS, S; ECCLESTON, M. Nasal high-flow therapy delivers low level positive airway pressure. *Br J Anaesth*, v.103, n.6, p.886-890. 2009.

ROBERTS, C. D; OECKLER, R. A. Skeptical perspective on high-flow nasal cannula in the treatment of Acute Hypoxemic Respiratory Failure. *Respiratory Care*. Irving-Texas, v. 60, n. 10, p, 1522-1525, 2015.

ROCA, O; HERNÁNDEZ, G; DIAS-LOBATO, S; *et al*. Current evidence for the effectiveness of heated and humidified high flow nasal cannula supportive therapy in adult patients with respiratory failure. *Critical Care*. v.20, p.109, 2016.

SARMENTO, G. J. V. *Fisioterapia Respiratória no Paciente Crítico*. São Paulo: Manole, 2010.

SLAIN, KN; SHEIN, SL; ROTTA, AT. The use of high-flow nasal cannula in the pediatric emergency department. *J Pediatr (Rio J)*, v.93, p.36-45. 2017.

SPENTZAS, T; MINARIK, M; PATTERS, AB; VINSON, B; STIDHAM, G. Children with respiratory distress treated with high-flow nasal cannula. *J. Intensive Care Med*, v.24, p-323-328, 2009.

Capítulo
20



Importância laboral da vitamina D

Ian Cavalcante Carvalho

Francisca das Chagas Sousa da Silva

Maria do Socorro Alves Silva

Maria Giseuda de Sousa Torres

Cristiana Santiago de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.20

RESUMO

O termo vitamina D engloba um grupo de moléculas secosteróides derivadas do 7- deidrocolesterol (7-DHC) interligadas através de uma cascata de reações fotolíticas e enzimáticas que acontecem em células de diferentes tecidos. A vitamina D é única entre as vitaminas, que funciona como uma hormona e pode ser sintetizada na pele a partir da exposição à luz solar. O presente trabalho científico tem como objetivo revisar a importância laborativa da Vitamina D no organismo, como ela se manifesta e age, bem como compor uma realidade vivenciada por muitas pessoas, que mesmo expostos ao sol a vitamina D nem sempre é absorvida na medida adequada. Estudos encontrados em plataformas digitais tais como: Scielo, Revista Redalyc; Elsevier; dentre outras atestam que a fonte maior de vitamina D é a luz solar e, na ausência dessa fonte, é difícil ou mesmo impossível obter uma quantidade adequada de vitamina D da dieta, para satisfazer as necessidades do corpo.

Palavras-chave: vitamina D. raios ultravioletas. deficiência de vitamina D.

ABSTRACT

The term vitamin D encompasses a group of secosteroid molecules derived from 7-dehydrocholesterol (7-DHC) linked through a cascade of photolytic and enzymatic reactions that take place in cells of different tissues. Vitamin D is unique among vitamins in that it works like a hormone and can be synthesized in the skin from exposure to sunlight. The present scientific work aims to review the working importance of Vitamin D in the body, how it manifests and acts, as well as composing a reality experienced by many people, who even exposed to the sun, vitamin D is not always absorbed in an adequate measure. Studies found on digital platforms such as: Scielo, Revista Redalyc; Elsevier; among others, attest that the greatest source of vitamin D is sunlight and, in the absence of this source, it is difficult or even impossible to obtain an adequate amount of vitamin D from the diet to satisfy the body's needs.

Keywords: vitamin D. ultraviolet rays. vitamin D deficiency.

INTRODUÇÃO

Inicialmente, a vitamina D foi reconhecida como necessária em pequenas quantidades para o metabolismo adequado do cálcio e do fósforo, e sua falta constituía a causa do raquitismo. Os milhares de estudos realizados para decifrar seu papel no organismo levaram à descoberta de receptores de vitamina D ligados a cromossomos em quase todas as células e tecidos, com efeitos importantes em diferentes órgãos. Esses efeitos, somados à sua produção por meio de irradiação ultravioleta B (UVB) na pele e à circulação sanguínea da vitamina D ativa, criaram o novo conceito de vitamina D como hormônio. (PLUDOWSKI *et al.*, 2013).

A etapa inicial de síntese endógena das moléculas do grupo vitamina D se inicia nas camadas profundas da epiderme. Ao se formarem, essas moléculas ainda são inativas; para que o processo de ativação de vitamina D se inicie, é preciso que o indivíduo receba luz solar direta, especialmente a radiação UVB. Quando ingerida, por dieta ou por suplementação, sua molécula já está na forma ativa.

Com a correria do dia-a-dia, longa jornada de trabalho, trânsito estresse. Essas são

algumas das situações enfrentadas pela vida moderna na sociedade, o que vem trazendo aspectos negativos que influenciam diretamente a saúde, e um deles é a baixa exposição ao sol, que acarreta diretamente a produção de vitamina D, também conhecida como a vitamina do sol – substância fundamental para os seres humanos. Viver em ambientes fechados e usar protetor solar – que é fundamental contra o câncer de pele – reduz ainda mais a exposição.

A maior fonte de vitamina D é a exposição à luz solar, e a produção dessa vitamina se dará apenas se tal exposição ocorrer das 9 horas da manhã às 4 horas da tarde, mesmo no verão. No entanto, as pessoas não estão rotineiramente expostas à luz solar nesse horário ou utilizam filtro solar para evitar danos à pele.

Portanto pretende-se reunir os mais recentes conhecimentos no âmbito da deficiência da vitamina D, através de uma pesquisa detalhada da Literatura consagrada e indexada, com recurso a bases de dados e artigos de referência. Visando uma aprendizagem significativa desse tema que para diversos estudos mostram que a deficiência de vitamina D está crescendo em proporções epidêmicas em várias partes do mundo, atingindo todas as faixas etárias.

REFERENCIAL TEÓRICO

A vitamina D foi identificada há 90 anos atrás, como um agente dietético detentor de um papel importante na homeostase do cálcio e na saúde óssea, capaz de prevenir o raquitismo. Atualmente, destaca-se entre as hormonas, graças à capacidade de síntese endógena na pele exposta a radiação ultravioleta B (UVB).

A vitamina D é um hormônio esteroide cuja principal função é a regulação do metabolismo ósseo. É produzida, de forma endógena, nos tecidos cutâneos após a exposição solar, bem como obtida pela ingestão de alimentos específicos ou por suplementação. Os receptores de vitamina D estão presentes em vários tipos celulares e, nos últimos anos, várias ações não calcêmicas da vitamina D estão sendo estudadas.

METODOLOGIA

Para a revisão da temática em questão “Vitamina D”, o procedimento utilizado foi à consulta de alguns livros da área científica de Endocrinologia e Dermatologia e à pesquisa de artigos, através da Scielo, usando as palavras-chave: “Vitamin D”, “Raios ultravioletas”, “Deficiência de vitamina D” na área referente ao título. A pesquisa respeitou os seguintes limites: tipo de artigo (revisão, editorial, meta-análises, artigos de jornal e revistas científicas), ano de publicação (últimos 10 anos), idioma (português). Os artigos foram selecionados manualmente de acordo com a concerne ao título, resumo, ano de publicação e idioma. Depois de um estudo cabal da bibliografia encontrada, foi incluída, neste artigo, informação colhida de um total de quatro artigos, dois livros, e da base de dados de medicamentos de uso humano.

ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Após analisar as respectivas Bases de Dados através dos critérios de inclusão e exclusão, foram utilizados no total, 4 artigos. Esses 4 artigos foram selecionados para o estudo que

estão descritos neste quadro abaixo (Quadro 1), em ordem cronológica de acordo com o ano de publicação e numerados de 1 a 4 para um melhor entendimento e identificação dos mesmos ao decorrer desse estudo. As informações constam de acordo com Autores/Ano, Título, Resultados e Conclusões.

Quadro 1 - Artigos selecionados de com as especificidade supracitadas.

	AUTOR/ANO	TÍTULO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
1	Alves, et al/2013	Vitamina D–importância da avaliação laboratorial	No período de 1/09/2010 a 31/12/2010, foi determinada a 25(OH)D, no laboratório dos HUC em 2.071 pacientes, 61,3% do sexo feminino e 38,7% do sexo masculino, com uma média de idades de 54,0 anos. Os pedidos de doseamentos efetuados tiveram origem, na sua maioria, em doentes acompanhados nos serviços de medicina interna (38,2%) e de endocrinologia (21,3%). A informação clínica foi associada aos pedidos em apenas 65,3% dos casos (1.352 pedidos).	Em conclusão, verificou-se que a falta de correlação clínica, dada pela informação associada aos pedidos de 25(OH)D, é muito frequente, dificultando a interpretação dos resultados analíticos. A maioria dos doseamentos efetuados mostrou uma elevada prevalência de déficit de vitamina D (25(OH)D < 30 ng/mL em 88,1% dos doentes avaliados), o que se pode explicar pelo contexto de internamento e doença ativa nestes doentes.
2	Galvão et al - 2013	Considerações sobre a vitamina D	Ainda não existe consenso sobre as concentrações sanguíneas ideais, sobre a necessidade e a forma de reposição dessa vitamina.	Estudos prospectivos mostram associação entre as baixas concentrações séricas de 25(OH)D e uma variedade de desordens agudas e crônicas.
3	Maeda et al, 2014	Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D	O Departamento de Metabolismo Ósseo e Mineral da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) foi convidado a conceber um documento seguindo as normas do Programa Diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB). A busca dos dados foi realizada por meio do PubMed, Lilacs e SciELO e foi feita uma classificação das evidências em níveis de recomendação, de acordo com a força científica por tipo de estudo.	Para pacientes com osteoporose e risco de fraturas aumentado, recomenda-se que as concentrações de 25(OH)D se mantenham acima de 30 ng/mL para benefícios plenos sobre a prevenção do hiperparatiroidismo secundário, diminuição do risco de quedas e para melhor impacto sobre a DMO. Para isso, doses de manutenção entre 1.000 e 2.000 UI são necessárias.
4	Ribas Filho et al. 2020	Posicionamento atual sobre vitamina D na prática clínica: Posicionamento da Associação Brasileira de Nutrologia (Abran)	Considerando-se as novas informações obtidas da literatura em relação aos guidelines americanos e brasileiros já conhecidos, os autores redigiram o presente posicionamento que foi aprovado pela diretoria da Associação Brasileira de Nutrologia.	A dose diária deve ser individualizada; doses de 3.000 a 5.000 UI ao dia mostram-se extremamente seguras em diversos estudos e relacionadas com maior sucesso na obtenção dos alvos de 25(OH)D > 30 ng/mL. Atenção especial deve ser dada a gestantes, lactantes, obesos e pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

RESULTADOS

Com base nos achados dos trabalhos apresentados é notório que para se haver consenso é preciso investigação sobre cada grupo estudado, buscando uma melhor compreensão da temática da revisão de literatura é possível notar que a população mais precária da vitamina D está entre pessoas com deficiência óssea mais não esquecendo que estudos visam análises de grande relevância na população entre 30-40 anos de idade. Devendo a dose diária está associada ao quadro clínico de cada paciente, mais em média esse estudo mostra que a base está entre 1.000 a 5.000 UI ao dia de vitamina D via oral.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A hipovitaminose D é altamente prevalente e constitui um problema de saúde pública em todo o mundo. Estudos mostram uma elevada prevalência dessa doença em várias regiões geográficas, incluindo o Brasil. Pode acometer mais de 90% dos indivíduos, dependendo da população estudada. (MAEDA *et al.*, 2014). A ciência da nutrologia está em constante evolução, sendo necessária uma busca contínua por novos dados que surgem a cada dia, especialmente em relação ao manejo diagnóstico e terapêutico da vitamina D. (RIBAS FILHO *et al.*, 2020).

Diagnóstico – rastreamento. Definição diagnóstica – metodologia de determinação plasmática de 25(OH)D surge-se as recomendações para diagnóstico da hipovitaminose D são concordantes entre os documentos brasileiro (“consenso,” 2014) e americano (ENDOCRINE SOCIETY, 2011), em que ambos sugerem a pesquisa do metabólito calcidiol [25(OH)D] no sangue como teste padrão-ouro para estabelecer a deficiência de vitamina D no organismo, uma vez que sua meia vida pode chegar a 2 a 3 semanas, sendo o mais abundante e melhor indicador do status circulante de 25(OH)D no organismo, enquanto a forma ativa 1,25(OH)D apresenta cerca de 4 horas de duração, sofre influência da ação do PTH e da atividade da 1-alfa-hidroxilase, não sendo recomendado seu uso para diagnóstico nesses casos.

Os métodos de análise de vitamina D são objeto frequente de discussão, uma vez que diferentes estudos utilizam métodos diversos de avaliação, o que certamente influencia nas taxas de pacientes deficientes e/ou insuficientes nas populações ora estudadas. Recomenda-se como “padrão-ouro” o uso de métodos que não empregam detecção imunológica direta, como a cromatografia líquida de alta performance (HPLC) acoplada à espectrometria de massa em tandem (LCMS), que permite dosagem direta da 25(OH)D, com menor interferência analítica. (RIBAS FILHO *et al.*, 2020).

Os níveis plasmáticos de 25(OH)D constituem um espectro contínuo de suficiência de vitamina D. Apesar da controvérsia, parece existir um «consenso» de que os valores plasmáticos de 25(OH)D inferiores a 30-32 ng/ml indicam um déficit relativo de vitamina D. Este valor de corte foi sugerido com base no papel da vitamina D na absorção de cálcio e fósforo. Assim, uma deficiência de vitamina D menos grave causa mal absorção de cálcio, conduzindo a hiperparatiroidismo secundário, com resultante aumento do turnover ósseo e conseqüente perda de massa óssea. A relação da 25(OH)D com a PTH é inversa e em vários estudos encontra-se um ponto de inflexão perto dos 20-30 ng/mL. A mal absorção do cálcio não ocorre até valores graves de deficiência de vitamina D, devido à resposta da PTH, com conseqüente manutenção, dos níveis

de 1,25(OH)₂D₂. (ALVES *et al.*, 2013).

Existem grupos mais susceptíveis a deficiência e a insuficiência de vitamina D, como indivíduos de fototipos elevados, 20 crianças, gestantes 2, 11, 18 e idosos, principalmente os institucionalizados. O envelhecimento é um fator de risco de deficiência de vitamina D, pois a atrofia cutânea reduz a capacidade da pele em sintetizar o precursor 7-DHC. Estudos em que se compararam a quantidade de vitamina D produzida nas faixas etárias de 8 a 18 anos, em relação a 77 a 82 anos, mostraram queda pela metade da capacidade de produção da vitamina D com o aumento da idade. Além disso, com o passar dos anos, a exposição solar fica limitada por alterações no estilo de vida, uso de roupas mais fechadas, perda da mobilidade e redução das atividades ao ar livre. 20 Fatores dietéticos, como pouca variedade e menor quantidade de alimentos ricos em vitamina D podem interferir, assim como a redução na ação intestinal da 1,25(OH)₂D. (GALVÃO *et al.*, 2013).

Com base nos artigos apresentados a Vitamina D em um tratamento eficaz poderia ser usada da seguinte forma de acordo com a pesquisa levantada em questão. A vitamina D pode ser encontrada sob as formas de ergocalciferol ou vitamina D₂ e de colecalciferol ou vitamina D₃. A vitamina D₂ pode ser obtida a partir de leveduras e plantas, sendo produzida para uso comercial, por meio da irradiação do ergosterol presente em cogumelos. Na pele, o precursor é o 7-de-hidrocolesterol (7-DHC). Durante a exposição solar, os fótons UVB (ultravioleta B, 290-315 nm) penetram na epiderme e produzem uma fragmentação fotoquímica para originar o pré-colecalciferol. Segue-se uma isomerização dependente da temperatura, que converte esse intermediário em vitamina D (ou colecalciferol). (MAEDA *et al.*, 2014).

A vitamina D pode ser obtida a partir de fontes alimentares, por exemplo, óleo de fígado de bacalhau e peixes gordurosos (salmão, atum, cavala), ou por meio da síntese cutânea endógena, que representa a principal fonte dessa “vitamina” para a maioria dos seres humanos. A tabela 1 mostra algumas fontes alimentares de vitamina D.

Tabela 1 - Fontes alimentares de vitamina D

Alimento	Porção	Conteúdo de vitamina D por porção
Salmão selvagem	100 g	600-1.000 UI de vitamina D ₃
Salmão de criação	100 g	100-250 UI de vitamina D ₃
Sardinha em conserva	100 g	300 UI de vitamina D ₃
Cavala em conserva	100 g	250 UI de vitamina D ₃
Atum em conserva	100 g	230 UI de vitamina D ₃
Óleo de fígado de bacalhau	5 mL	400-1.000 UI de vitamina D ₃
Gema de ovo	1 unidade	20 UI de vitamina D ₃
Cogumelos frescos	100 g	100 UI de vitamina D ₂
Cogumelos secos ao sol	100 g	1.600 UI de vitamina D ₂

Fonte: Maeda *et al.* (2014)

Tratamento A vitamina D usada para fins de substituição ocorre em 2 formas principais: o colecalciferol (vitamina D₃, a forma animal natural) e ergocalciferol (vitamina D₂, derivado das plantas). A tabela 2 estabelece esse demonstrativo.

Tabela 2 - Vitamina D e principais metabolitos

Nome	Abreviatura	Nome Genérico	Distribuição Corporal
Vitamina D Vitamina D3 Vitamina D2	D D3 D2	Calciferol Colecalciferol Ergocalciferol	[] sérica média = 45nmol/L 65% da vit. D corporal total (3/4 no tecido adiposo)
25 –hidroxivitamina D	25(OH)D	Calcifediol	35% da vit.D corporal total
1,25-dihidroxivitamina D	1,25(OH)2D	Calcitriol	Uniformemente distribuída: 35% no tecido adiposo, 30% no sangue, 20% no músculo, 15 % noutros tecidos

A adequação do fornecimento da vitamina D aos tecidos pode ser particularmente importante em momentos específicos da vida, nomeadamente nos idosos, para redução da suscetibilidade a doenças degenerativas crônicas, no feto, para a organogênese, durante a puberdade para o desenvolvimento mamário e durante a infância e adolescência, para a mineralização óssea e crescimento somático. Assim as necessidades diárias de vitamina D variam de acordo com a idade e condições particulares como a gestação ou lactação e em idosos.

Tabela 3 - Recomendações de necessidades diárias de vitamina D para a população conforme a faixa etária

Grupo etário	US RDA	Endocrine Society Necessidade diária	Máxima dose tolerável
RN (bebês) < 1 ano	400ui	400 - 1000 ui	2000 ui
Crianças (1-8 anos)	600 ui	600 - 1000 ui	4000 ui
Homens/mulheres (9-18 anos)	600 ui	600 - 1000 ui	4000 ui
Homens/mulheres (> 19-70 anos)	600 ui	1500 - 2000 ui	10.000 ui
Homens/mulheres (>70 anos)	800 ui	1500 - 2000 ui	10.000 ui
Gestante / Lactante	600 ui	1500 - 2000 ui	10.000 ui

Fonte: Adaptado por Ribas Filho et al. (2020).

Diante das análises Segundo os consensos americano e brasileiro, não se indica a suplementação de vitamina D de forma generalizada para toda população, mas sim para indivíduos de maior risco, com insuficiência (< 30 ng/mL) de 25(OH)D comprovada, em que se observaram maiores benefícios com o tratamento. (RIBAS FILHO *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No mundo atual, a depleção dos níveis de vitamina D, no homem, constitui um problema de saúde pública, que parece estar a agravar. Esta constatação motivou o desenvolvimento de vários estudos, em busca do real impacto desta hipovitaminose, dos seus grupos de risco e linhas de orientação diagnóstica e terapêutica.

A vitamina D é uma pro-hormona, obtida por síntese endógena cutânea ou por aporte alimentar, cujo metabolito ativo, o calcitriol, desempenha ação fundamental na remodelação esquelética e equilíbrio fosfo-cálcico. São vários os estudos que documentaram uma maior perda óssea e um aumento do risco de quedas e fraturas de baixa energia, em indivíduos com níveis desta vitamina inferiores ao recomendado.

São também relatadas funções extra-ósseas importantes, na medida em que o receptor da vitamina D está presente em pelo menos 38 tecidos do organismo. A causa maior de deficiência de vitamina D é a exposição solar limitada.

O valor de normalidade mais adequado levando-se em conta os benefícios ósseos é 30 ng/mL. Os fatores que parecem favorecer a presença de concentrações séricas mais elevadas em nossa população são: idade mais jovem, vida na comunidade, prática de exercícios físicos ao ar livre, suplementação oral de vitamina D, estação do ano (primavera e verão), residir em cidades litorâneas e ensolaradas e em latitudes mais baixas. Em nosso meio, a forma mais disponível de vitamina D para tratamento e suplementação é o colecalciferol ou vitamina D3. Deste modo, é importante valorizar a irradiação solar como fonte maior de vitamina D, para o homem e realçar que, na ausência dessa fonte, é difícil ou mesmo impossível obter uma quantidade adequada de vitamina D da dieta, para satisfazer as necessidades do corpo.

Conclui-se que a vitamina D é o hormônio extremamente importante, tanto para o metabolismo ósseo, como para outras funções, que são cada vez mais estudadas. Sua deficiência e uma condição que vem aumentando de forma progressiva, resultado de uma série de condições da vida moderna.

REFERÊNCIAS

ALVES, Márcia; Margarida Bastosa; Fátima Leitão; Gilberto Marques; Graça Ribeiro e Francisco Carrilho. Revisão Vitamina D—importância da avaliação laboratorial. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.* 2013;8(1):32–39.

GALVÃO, Leticia Oba. Malthus Fonseca Galvão; Carmélia Matos Santiago Reis; Carolina Mayana de Ávila Batista e Luiz Augusto Casulari. Considerações atuais sobre a vitamina D. *Brasília Med* 2013;50(4):324-332.

MAEDA, Sergio Setsuo; Victoria Z. C. Borba; Marília Brasilio Rodrigues Camargo; Dalisbor Marcelo Weber Silva; João Lindolfo Cunha Borges; Francisco Bandeira. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2014;58/5.

PLUDOWSKI P, Holick MF, Pilz S, Wagner CL, Hollis BW, Grant WB, *et al.* Efeitos da vitamina D na saúde musculoesquelética, imunidade, autoimunidade, doenças cardiovasculares, câncer, fertilidade, gravidez, demência e mortalidade – uma revisão de evidências recentes. *Autoimmun Rev.* 2013 ago;12(10):976-89.

RIBAS FILHO, Durval; Carlos Alberto Nogueira de Almeida e Antônio Elias de Oliveira Filho. Posicionamento atual sobre vitamina D na prática clínica: Posicionamento da Associação Brasileira de Nutrologia (Abran). *International Journal of Nutrology* Vol. 12 No. 3/2020.

A utilização da hidroterapia na mobilidade funcional em indivíduos com distrofia muscular de Duchenne

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda de fisioterapia – UniFacema

Yuri Sena Melo

Graduado de fisioterapia – UNINORTE

Mayara Kettle Santiago da Silva

Graduanda de fisioterapia – FAMETRO

Francisco Mariano Ramos Santana

Graduando de fisioterapia – UFS

Marielly Caroline Ferreira de Lima

Graduanda de fisioterapia – UNIFG

Fabricio Clara Delfino

Graduando de fisioterapia – Faculdade Anhanguera

Kaylane Maria Pereira Lozi

Graduanda de fisioterapia – UniRedentor

Raliane Emanuele Bonfim de Sousa

Graduanda de fisioterapia – UNAMA

Tainara Garcêz dos Santos

Graduada de fisioterapia – UNINASSAU

José de Sousa Ferreira

Graduando de fisioterapia – IESRSA

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.21

RESUMO

A distrofia muscular é considerada uma patologia genética, determinadas com curso progressivo e é a mais prevalente durante infância, sendo uma desordem recessiva ligada ao cromossomo X. Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação nesse tipo de pacientes e a hidroterapia é uma delas. o objetivo desta revisão de literatura e verificar os principais efeitos da fisioterapia aquática na reabilitação de pacientes com Distrofia muscular de Duchenne. O acrônimo PECO foi utilizado para a formulação da pergunta de pesquisa. A pergunta de pesquisa foi estruturada assim: Quais são os benefícios funcionais de pacientes com Distrofia muscular de Duchenne expostos a tratamento fisioterapia aquática? Foram elegíveis 7 artigos para esta revisão onde a maioria dos protocolos de fisioterapia aquática focou na manutenção da força muscular, capacidade respiratória, função motora e qualidade de vida. Os dados analisados nessa revisão de literatura demonstraram que a fisioterapia aquática promove bons resultados na mobilidade funcional em crianças com distrofia muscular de Duchenne.

Palavras-chave: distrofia. fisioterapia aquática. mobilidade funcional.

ABSTRACT

Muscular dystrophy is considered a genetic pathology, determined with a progressive course and is the most prevalent during childhood, being an X-linked recessive disorder. Currently, there are several studies in the literature that seek to investigate the effects of physical therapy programs in rehabilitation in this type. of patients and hydrotherapy is one of them. the objective of this literature review is to verify the main effects of aquatic physical therapy in the rehabilitation of patients with Duchenne muscular dystrophy. The acronym PECO was used to formulate the research question. The research question was structured as follows: What are the functional benefits of Duchenne muscular dystrophy patients exposed to aquatic physical therapy treatment? Seven articles were eligible for this review, where most aquatic physical therapy protocols focused on maintaining muscle strength, respiratory capacity, motor function and quality of life. The data analyzed in this literature review showed that aquatic physical therapy promotes good results in functional mobility in children with Duchenne muscular dystrophy.

Keywords: dystrophy. aquatic physiotherapy. functional mobility.

INTRODUÇÃO

A miopatia de Duchenne também designada como Distrofia muscular de Duchenne é uma patologia hereditária onde a sua principal característica é a perda progressiva da massa muscular devido uma desordem recessiva ligada ao cromossomo X, com o passar do tempo o individuo fica com os seus movimentos comprometidos levando a paralisia total 1-3. Sobre a sua epidemiologia, é mais comum em crianças do sexo masculino, afetando aproximadamente 250.000 pessoas em todo mundo, com uma incidência de 1/3 nascidos vivos 4-6. A maioria das crianças acometida por esta doença apresentam contraturas nas articulações, alterações na postura e déficit da capacidade funcional, podendo comprometer o sistema respiratório e cardíaco 7,8.

Os primeiros sinais clínicos da doença são: atraso psicomotor, quedas, dificuldades em

correr, subir escadas e levantar-se do chão, por causa das contraturas nos tendões de Aquiles o paciente caminha na ponta dos pés 9. A criança também desenvolve uma marcha o qual é característica desta doença. Descrita como um sinal de Gowers, e com uma acentuação do balanço corporal descrito como marcha anserina por causa da fraqueza dos abdutores do quadril 10-12.

Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação nesse tipo de pacientes, dentre os principais recursos fisioterapêuticos estão: fisioterapia respiratória 12,14, fortalecimento muscular e alongamento 15, 16 e treino de marcha 17. Recentemente, a hidroterapia passou a ser utilizada nesta população 18, 19. Este recurso utiliza as propriedades físicas da água que são a fluotabilidade, pressão hidrostática, viscosidade, tensão superficial, densidade e empuxo para promover diversos efeitos no organismo como relaxamento muscular, força muscular, facilitação dos movimentos 20, 21.

Portanto, devido às alterações funcionais apresentadas pelo portador da Distrofia muscular de Duchenne e suas consequências às quais poderão ocorrer, ressaltamos a relevância da fisioterapia aquática com a finalidade de melhorar a funcionalidade durante e com isso proporcionar qualidade de vida nesta população; evitando assim morbidades futuras. Diante do exposto, o objetivo desta revisão de literatura e verificar os principais efeitos da fisioterapia aquática na reabilitação de pacientes com Distrofia muscular de Duchenne.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão de literatura.

Pergunta de pesquisa

O acrônimo PECO (*Population, Exposition, Comparison, Outcome,*) foi utilizado para a formulação da pergunta de pesquisa. A pergunta de pesquisa foi estruturada assim: Quais são os benefícios funcionais de pacientes com Distrofia muscular de Duchenne expostos a tratamento fisioterapia aquática?

Tabela 1 - Formulação da pergunta de pesquisa de acordo com PECO.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Indivíduos com Distrofia muscular de Duchenne
E	Exposição	Expostos a fisioterapia aquática
C	Comparador	Comparados com ou sem grupo controle
O	Desfecho	Capacidade funcional.

Fonte: próprios autores.

Critérios de elegibilidade

Foi incluído estudos nos idiomas inglês, português ou espanhol com indivíduos que se enquadram nos seguintes critérios: (1) indivíduos com Distrofia muscular de Duchenne; (2) que participaram de protocolos de fisioterapia aquática; (3) a variável principal foram quaisquer rela-

cionadas a qualidade de vida e a capacidade funcional. Foram excluídos artigos que preenchessem qualquer dos critérios a seguir: a) artigos de revisão; b) monografias, d) dissertações, e) estudos publicados em anais de eventos; f) artigos sem acesso na íntegra.

Estratégia de busca e fonte de informações.

A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: EBSCO, Pubmed, PEDro, MEDLINE (via BVS) e Science Direct, no período de maio de 2022 e encerrada no dia 15 de junho. Foi usada a combinação das seguintes palavras chaves no campo de pesquisa: (Distrofia muscular de Duchenne OR fisioterapia aquática OR Reabilitação).

Seleção dos estudos e extração dos dados

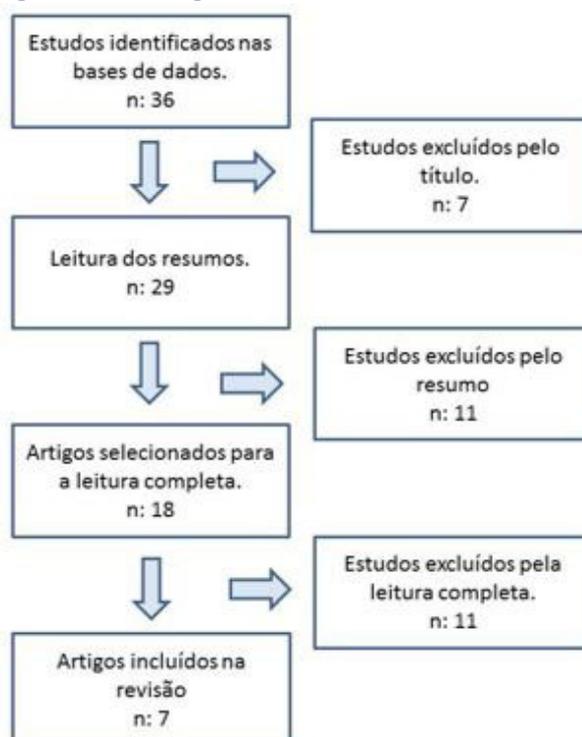
O processo de busca dos estudos primários foi realizado por três pesquisadores distintos, e dividido em fases: Identificação, Triagem e Inclusão. Na primeira fase (Identificação) foi realizada a busca nas bases de dados utilizando os descritores e os filtros. Após a identificação da quantidade dos estudos, foi realizada a remoção dos artigos repetidos. Na segunda fase (Triagem) foi realizada a seleção dos estudos após a leitura dos títulos, resumos e leitura completa dos textos, baseada nos critérios de inclusão/ exclusão. Os artigos excluídos são apresentados juntamente com os motivos da exclusão. Na terceira fase foi realizada a seleção final dos estudos incluídos para a análise. Após a seleção final, os dados foram extraídos e as características dos estudos incluídos foram discriminadas: autores, ano de publicação, período do estudo, país, desenho do estudo, população, objetivo principal e variáveis estudadas.

RESULTADO

Estudos rastreados

O fluxograma com descrição das etapas de rastreamentos dos artigos se encontram na figura 1. Primeiramente, 36 artigos foram encontrados e foram excluídos 7 após a leitura do título. No final foram elegíveis 7 artigos para esta revisão.

Figura 1 - Fluxograma dos estudos selecionados.



Descrição dos estudos

Conjuntamente, todos os artigos analisaram 66 pacientes com Distrofia muscular de Duchenne com idade entre 8 a 24 anos. A maioria dos protocolos de fisioterapia aquática focou na manutenção da força muscular, capacidade respiratória, função motora e qualidade de vida. A Figura 1 mostra os principais desfechos analisados nos estudos.

Figura 2 - Principais condutas utilizadas nos estudos

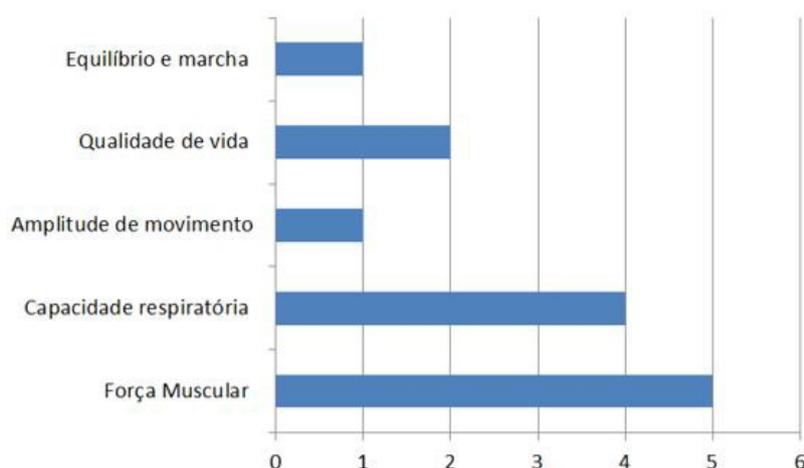


Tabela 2 - Objetivos e resultados dos estudos selecionados.

Autor	Objetivo	Resultados
Almeida et al. ²² Estudo transversal (n: 15)	Adaptação ao meio, controle de tronco, manutenção da força e prevenção de deformidades. Frequência semanal: 2 x na semana / 45 minutos Duração do protocolo: 5 semanas	Após o protocolo foi observado manutenção da força muscular e prevenção de deformidades osteomioarticulares. Porém, a frequência respiratória foi maior na ambiente líquido em comparação com meio terrestre.

Caroman et al. ²³ Estudo transversal (n: 20)	Descrever os efeitos fisiológicos da imersão em água aquecida em pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), através das medidas de frequência Cardíaca, Saturação de oxigênio, Pressão Inspiratória máxima e Pressão Expiratória máxima. Frequência semanal: 40 minutos sessão	Após o protocolo foram observados alterações na pressão inspiratória máxima, pressão expiratória máxima, frequência cardíaca e saturação de oxigênio. Além disso, o autor destacou que a hidroterapia não causa fadiga nesses pacientes.
Adams et al. ²⁴ Serie de casos (n: 3)	Manter a força muscular, amplitude de movimento e função respiratória. Frequência semanal: 1 x na semana / 60 minutos Duração do protocolo: 8 semanas	Após o protocolo de fisioterapia aquática foram observados Benefício do uso precoce de tanto na força muscular, amplitude de movimento e função respiratória.
Fachardo et al. ²⁵ Estudo de caso (n: 1)	Verificar se a fisioterapia aquática é capaz de retardar a progressão da patologia. Frequência semanal: 3 x na semana / 40 minutos Duração do protocolo: 7 semanas	Após o protocolo fisioterapia aquática foi possível observar que este recurso é capaz de retardar a progressão desta doença e gerar qualidade de vida para o paciente.
Ferreira et al. ²⁶ Estudo de Coorte (n: 23)	Verificar a manutenção da funcionalidade, equilíbrio e marcha. Frequência semanal: 1 x na semana / 40 minutos Duração do protocolo: 2 anos.	Após o protocolo fisioterapia aquática foi possível observar melhora da função motora em todos os aspectos estudados
Honório et al. ²⁷ Caso-control (n: 3)	Verificar a manutenção da mobilidade funcional Frequência semanal: 1 a 2 x na semana / 40 minutos Duração do protocolo: 89 semanas	Após o protocolo fisioterapia aquática foi possível observar influências positivas a fim de manter a mobilidade funcional
Nelson et al. ²⁸ Caso-control (n: 1)	Manter a Qualidade de vida, função motora e pulmonar. Frequência semanal: 1 x na semana / 40 minutos Duração do protocolo: 89 semanas	Após o protocolo fisioterapia aquática foi possível observar aumento na força e melhora na qualidade de vida

DISCUSSÃO

Os 7 estudos que compuseram esta revisão de literatura apoiam o uso da fisioterapia aquática no tratamento de pacientes com Distrofia muscular de Duchenne, sendo mais consistente as evidências relacionadas a manutenção da força muscular, capacidade respiratória, amplitude de movimento e equilíbrio e marcha. Na análise descritiva da amostra, observou-se certa heterogeneidade nas características da população geral dos artigos selecionados. Uma vez que, todos utilizaram idades e tempo de diagnóstico bastante diversificado, o que pode ocasionar grandes diferenças nos resultados finais após a intervenção, pois quanto maior a idade, tempo de patologia; pior será o prognóstico. Visto que portadores de Distrofia muscular de Duchenne é uma patologia crônica de caráter progressivo.

O treino resistido melhoram o equilíbrio e a funcionalidade desses pacientes e são bastante importante serem incluídos em protocolos de fisioterapia aquática, uma vez que o déficit de força muscular causa uma perda de funções como sentar e levantar, subir escadas, caminhar (DOGLIO *et al.*, 2011, MARTINI *et al.*, 2014). Técnicas como Halliwick e Bad Ragaz são eficazes, pois otimizam a força muscular, capacidade cardiorrespiratórias e amplitude de movimento. Exercícios resistidos foram utilizados em três estudos (ALMEIDA *et al.* 2013; ADAMS *et al.*, 2016; NELSON *et al.*, 2013) e em todos foram observados manutenção da força muscular. A fraqueza muscular nesses pacientes é bastante evidente em torno dos cinco anos, os primeiros sintomas são dificuldade de realizar suas atividades de vida diária e este déficit de força causa diversas alterações osteoarticulares. Além disso, a capacidade respiratória foi objeto de investi-

gação de Caromano *et al.* ²³; Adams *et al.* ²⁴; Nelson *et al.* ²⁸ e os seus resultados demonstraram manutenção da capacidade respiratória. O perfil clínico desta patologia é progressiva levando a uma fraqueza dos músculos respiratórios e evolui para complicações respiratórias, causando infecções (SIMONDS, 2006). De acordo com um estudo realizado por Carvalho 2004, 69 indivíduos com Distrofia Muscular de Duchenne apresentam déficit da função respiratória o qual está associado com o déficit de força muscular inspiratória.

O desempenho da marcha foi analisada nos estudos de Ferreira *et al.* ²⁶ Honório *et al.* ²⁷ e no após o protocolo foi possível observar influências positivas a fim de manter a mobilidade funcional na locomoção. A diminuição da força muscular causa deformidades nos membros inferiores e conseqüentemente a perda da marcha (GARROOD; BUSHBY, 2006). Podemos inferir que atividades que estimulem a marcha devem ser incorporadas as atividades de fisioterapia aquática. Entretanto, alguns estudos relatam que a reabilitação interdisciplinar possibilita a mobilidade funcional que muita das vezes não é mais possível em atendimento fisioterapêutico. A fisioterapia aquática é uma opção de recurso dentro da reabilitação, porque os exercícios terapêuticos são realizados com baixo impacto e, além disso, a água gera um suporte durante a deambulação. Por esse motivo, é imprescindível que o fisioterapeuta entenda as alterações funcionais no paciente com Distrofia muscular de Duchenne, pois é através de uma boa avaliação que o profissional formulara o plano de tratamento (HENRICSON *et al.* 2012; FERREIRA *et al.* 2015). A avaliação da criança permite observar as modificações mais importantes que ocorrem na musculatura, bem como o reconhecimento de comprometimentos futuros, sendo que a distrofia apresenta desequilíbrios posturais e musculares que se não tratados levam ao uso de dispositivo auxiliares de marcha (RATLIFFE, 2000; CAROMANO 1999).

Apesar dos benefícios demonstrados pela fisioterapia aquática em pacientes com Distrofia muscular de Duchenne, devemos levar em consideração algumas limitações desta revisão, tais como: números reduzidos de estudos encontrados. Vale ressaltar ainda o número amostral pequeno, devido à baixa prevalência da patologia. Portanto, para a melhoria do nível de evidências nesta área de estudo sugere-se a realização de estudos controlados randomizados, com avaliação duplo-cego, aplicação de protocolos padronizados e maior número amostral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados nessa revisão de literatura demonstraram que a fisioterapia aquática promove bons resultados na qualidade de vida, desempenho da marcha, força muscular e capacidade respiratória. Devido às pesquisas serem recentes, uma proposta para futuros estudos é a formação de um grupo de pacientes com estágios idênticos da patologia, para posteriormente serem criados protocolos mais padronizados em relação ao quadro clínico apresentado. Além disso, é bom ressaltar que nenhum dos pesquisadores relatou intercorrências durante o tratamento o que sugeri que este recurso é extremamente útil, seguro e eficaz para a reabilitação de pacientes com Distrofia muscular de Duchenne.

REFERÊNCIAS

MORAES, Ramon Moraes *et al.* Intervenções fisioterapêuticas na distrofia muscular de duchenne: revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 5182-5194, 2021.

- NUNES, Milene F. *et al.* Relationship between muscle strength and motor function in Duchenne muscular dystrophy. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 74, p. 530-535, 2016.
- MERCURI, Eugenio; MUNTONI, Francesco. Muscular dystrophies. *The Lancet*, v. 381, n. 9869, p. 845-860, 2013.
- LE GUEN, Y. T. *et al.* Dystrophie musculaire de Duchenne: état actuel et perspectives thérapeutiques. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, v. 205, n. 5, p. 509-518, 2021.
- LANDFELDT, Erik *et al.* Life expectancy at birth in Duchenne muscular dystrophy: a systematic review and meta-analysis. *European journal of epidemiology*, v. 35, n. 7, p. 643-653, 2020.
- LIMA, Ana Angélica Ribeiro de; CORDEIRO, Luciana. Fisioterapia aquática em indivíduos com distrofia muscular: uma revisão sistemática do tipo escopo. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 27, p. 100-111, 2020.
- MAH, Jean K. *et al.* A systematic review and meta-analysis on the epidemiology of Duchenne and Becker muscular dystrophy. *Neuromuscular Disorders*, v. 24, n. 6, p. 482-491, 2014.
- BUSHBY, Katharine *et al.* Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological and psychosocial management. *The Lancet Neurology*, v. 9, n. 1, p. 77-93, 2010.
- MARTINI, Joyce *et al.* Compensatory movements during functional activities in ambulatory children with Duchenne muscular dystrophy. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 72, p. 5-11, 2014.
- LUNDY-EKMAN, Laurie. *Neurociência: fundamentos para a reabilitação*. Elsevier Brasil, 2008.
- STOKES, M. *Neurologia para Fisioterapeutas*, 1ª Edição. São Paulo: Livraria Ed. Santos, 2000.
- PEREIRA, Aline Chacon; ARAÚJO, Alexandra Pruber de Queiroz Campos; RIBEIRO, Márcia Gonçalves. Can simple and low-cost motor function assessments help in the diagnostic suspicion of Duchenne muscular dystrophy?. *Jornal de Pediatria*, v. 96, p. 503-510, 2020.
- MELO, Ana Paula Fraga; DE CARVALHO, Fabiane Alves. Efeitos da fisioterapia respiratória na Distrofia Muscular de Duchene: Relato de Caso. *Revista Neurociências*, v. 19, n. 4, p. 686-693, 2011.
- BEZERRA, Poliana Penasso; BORGES, Ana Paula Oliveira; BRUNHEROTTI, Marisa Afonso Andrade. Treino muscular respiratório em pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne. *Revista Neurociências*, v. 18, n. 4, p. 491-497, 2010.
- ARAÚJO JARID, Lorena Freire *et al.* Atuação da fisioterapia neurofuncional na reabilitação de um paciente com distrofia muscular de cinturas: um relato de experiência. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, n. 7, 2022.
- RAMACCIOTTI, Eduardo Costa; DO NASCIMENTO, Carla Ferreira. Efeito do exercício resistido na função motora do paciente com Distrofia Muscular de Duchenne. *Revista Neurociências*, v. 18, n. 3, p. 341-346, 2010.
- FERREIRA, Adriana Valéria Silva *et al.* Comparison of motor function in patients with Duchenne muscular dystrophy in physical therapy in and out of water: 2-year follow-up. *Acta Fisiátrica*, v. 22, n. 2, p. 51-54, 2015.

MONTEIRO, Michelli Rodighero; LANZILLOTTA, Priscila. Análise entre a cinesioterapia e hidroterapia na Distrofia Muscular de Duchenne: revisão de literatura. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 10, n. 20, p. 13-20, 2013.

MORAES, Ramon Moraes *et al.* Intervenções fisioterapêuticas na distrofia muscular de duchenne: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 5182-5194, 2021.

CAMPION, Margaret Reid *et al.* Hidroterapia: princípios e prática. 2000.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. In: *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. 2009.

ALMEIDA, Camila *et al.* Effects of immersion on the breathing parameters of patients with Duchenne muscular dystrophy. *Acta Fisiátrica*, v. 19, n. 1, p. 21-25, 2012.

CAROMANO, Fátima Aparecida *et al.* Efeitos fisiológicos de sessão de hidroterapia em crianças portadoras de distrofia muscular de Duchenne. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 5, n. 1, p. 49-55, 1998.

ADAMS, Shelby *et al.* Effects of an Individualized Aquatic Therapy Program on Respiratory Muscle Function in Adolescents with Muscular Dystrophy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 97, n. 10, p. e130-e131, 2016.

FACHARDO, Gilmara Alvarenga; DE CARVALHO, Sayonara Cristina Pinto; DE MELO VITORINO, Débora Fernandes. Tratamento hidroterápico na Distrofia Muscular de Duchenne: Relato de um caso. *Revista Neurociências*, v. 12, n. 4, p. 217-221, 2004.

FERREIRA, Adriana Valéria Silva *et al.* Comparação da função motora em solo e imersão de pacientes com distrofia muscular de Duchenne em acompanhamento fisioterapêutico-follow-up de 2 anos. *Acta Fisiátr*, v. 22, n. 2, 2015.

HONÓRIO, Samuel; BATISTA, Marco; MARTINS, Júlio. The influence of hydrotherapy on obesity prevention in individuals with Duchenne Muscular Dystrophy. *Journal of Physical Education and Sport*, v. 13, n. 2, p. 140, 2013.

NELSON, L.; EARLY, D.; IANNACCONE, S. P. 7.14 Effects of a regular aquatic therapy program on one individual with Duchenne Muscular Dystrophy (DMD): A case study. *Neuromuscular Disorders*, v. 23, n. 9, p. 777-778, 2013.

DOGLIO, L. *et al.* Early signs of gait deviation in Duchenne muscular dystrophy. *Eur J Phys Rehabil Med*, v. 47, n. 4, p. 587-94, 2011.

MARTINI, Joyce *et al.* Compensatory movements during functional activities in ambulatory children with Duchenne muscular dystrophy. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 72, p. 5-11, 2014.

SIMONDS, Anita K. Recent advances in respiratory care for neuromuscular disease. *Chest*, v. 130, n. 6, p. 1879-1886, 2006.

CARVALHO CRF. Caracterização da evolução respiratória em distrofia muscular de Duchenne: implicações da força muscular respiratória máxima [Dissertação]. Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004

GARROOD, Penny; BUSHBY, Kate. Duchenne Muscular Dystrophy: Advances in

Therapeutics. *Neurology*, v. 67, n. 3, p. 546-546, 2006.

HENRICSON, Erik *et al.* Percent-predicted 6-minute walk distance in duchenne muscular dystrophy to account for maturational influences. *PLoS currents*, v. 4, 2012.

FERREIRA, Adriana Valéria Silva *et al.* Comparação da função motora em solo e imersão de pacientes com distrofia muscular de Duchenne em acompanhamento fisioterapêutico-follow-up de 2 anos. *Acta Fisiátr*, v. 22, n. 2, 2015.

RATLIFFE, Katherine T. *Fisioterapia na clínica pediátrica: guia para a equipe de fisioterapeutas*. Santos, 2002.

CAROMANO, Fátima Aparecida. Características do portador de distrofia muscular de Duchene (DMD): revisão. *Arq. ciências saúde UNIPAR*, p. 211-218, 1999.

Eletrotermofototerapia e terapia manual no tratamento da epicondilite lateral: revisão de literatura

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda em Fisioterapia – UniFacema

Clara Costa Silva

Graduada em Fisioterapia – EBMSP

Joab Aguiar do Nascimento

Mestre em ciência, inovação e tecnologia para a Amazônia – UFAC

Suellen Oliveira da Silva Miranda

Doutoranda em Neurociências e Biologia Celular UFFA

Lucas Raphael Bento e Silva

Graduando em Fisioterapia pela - UNIP

Iago Vicente Silva da Silva

Graduando em fisioterapia – UNAMA

Raynara Donata dos Santos

Fisioterapeuta Residente em Urgência e Emergência – SCMS

Stefhany Souza da Anunciação

Graduando em fisioterapia – UNAMA

Tayane Alexandra de Almeida Antas Lima

Graduanda em fisioterapia - UniRuy Wyden

Rose Cristiane Rocha da Silva

Graduada em Fisioterapia - FAMETRO

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.22

RESUMO

A epicondilite lateral do cotovelo é considerada uma patologia inflamatória. O sintoma mais presente é a dor na região do epicôndilo lateral do cotovelo. Sua causa é devido a atividades repetitivas e acomete mais mulheres. Dependendo do estágio o paciente pode ter dificuldades de realizar suas atividades de vida diária e com isso afetar a sua qualidade de vida. Diante desse problema a fisioterapia surge como um método conservador bastante fundamental para diminuir a dor. O principal objetivo desta revisão de literatura foi analisar os principais protocolos de eletrotermofototerapia e terapia manual na melhora dos sintomas do quadro álgico ocasionado por esta patologia. Foram utilizadas como estratégias de buscas as seguintes bases de dados: PubMed, SciELO e Google acadêmico. As palavras-chaves utilizadas foram: epicondilite, modalidades da fisioterapia, tratamento conservador utilizando o “AND” na combinação delas. No total foram selecionados cinco estudos para esta revisão, os quais sugerem que os protocolos de eletrotermofototerapia e terapia manual associados com outras técnicas, são eficazes no tratamento da epicondilite lateral do cotovelo.

Palavras-chave: epicondilite lateral. modalidades da fisioterapia. eletroterapia.

ABSTRACT

Lateral epicondylitis of the elbow is considered an inflammatory condition. the symptom more present is pain in the region of the lateral epicondyle of the elbow. Its cause is due to repetitive activities and affects more women. Depending on the stage, the patient may have difficulties in carrying out their activities of daily living and thus affect their quality of life. Faced with this problem, physical therapy emerges as a very fundamental conservative method to reduce pain. The main objective of this literature review was to analyze the main protocols of electrothermophototherapy and manual therapy to improve the symptoms of pain caused by this pathology. The following databases were used as search strategies: PubMed, SciELO and Academic Google. The keywords used were: epicondylitis, physical therapy modalities, conservative treatment using the “AND” in their combination. In total, five studies were selected for this review, which suggest that electrothermophototherapy and manual therapy protocols associated with other techniques are effective in the treatment of lateral epicondylitis of the elbow.

Keywords: lateral epicondylitis. physical therapy modalities. electrotherapy.

INTRODUÇÃO

A epicondilite lateral é considerada uma patologia inflamatória do tendão dos músculos extensores do cotovelo e afeta de 1 a 3% dos indivíduos adultos, cuja maioria é do sexo feminino. É também conhecida como “cotovelo de tenista”, porém quaisquer atividades laborais que sobrecarreguem esses grupos musculares podem causar este problema (COHE; MOTTA, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2013; METSAVAHT *et al.*, 1998).

O sintoma mais presente nesta patologia é a dor na região do epicôndilo lateral do cotovelo com irradiação para a musculatura extensora e diminuição da força, devido ao uso excessivo dos extensores e supinadores desta articulação. Estudos têm evidenciado que, além disso, movimentos repetitivos que exigem a contração destas musculaturas por mais de duas horas são capazes de gerar micro lesões (PINHEIRO *et al.*, 2017).

O fisioterapeuta tem um papel fundamental na reabilitação das disfunções causadas por essa patologia, e dentre os principais tópicos abordados inicialmente por este profissional estão: história da doença atual, profissão do paciente, idade do paciente, avaliação da força muscular, da amplitude de movimento e da sensibilidade (DUTTON, 2009; BRUMITT; JOBST, 2015; SANDOVA; MAZZARI; OLIVEIRA, 2005; CIPRIANO, 2016; VOLPON, 1996).

Vários estudos na literatura têm demonstrado que tratamentos conservadores melhoram significativamente os sinais e sintomas da epicondilite lateral, e os principais recursos utilizados são: ultrassom, laser, massagem e exercício terapêutico (PINHEIRO, 2020; MENOTTI; SILVA; GALVAN, 2020).

Portanto, devido aos sinais e sintomas apresentados pelo portador da epicondilite lateral e às consequências as quais poderão ocorrer em virtude das disfunções causadas, é fundamental ressaltar a importância da fisioterapia, com a finalidade de melhorar a funcionalidade durante o processo de reabilitação e a partir disso proporcionar qualidade de vida a estes pacientes.

Diante do exposto, o objetivo desta revisão de literatura é verificar os principais protocolos de eletrotermofototerapia e de terapia manual no tratamento da epicondilite lateral.

MÉTODOS

Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura de abordagem qualitativa.

Critérios de elegibilidade

Foram incluídos ensaio clínico randomizado, estudo piloto e estudo experimental nos idiomas inglês, português ou espanhol com indivíduos que se enquadram nos seguintes critérios: (1) indivíduos diagnosticados com epicondilite lateral do cotovelo, sem distinção de sexo ou idade; (2) que realizaram fisioterapia com protocolos de eletrotermofototerapia comparados, ou não, com um grupo controle; (3) a variável principal foram quaisquer relacionadas a dor, força muscular e amplitude de movimento. Foram excluídos artigos que preenchessem qualquer dos critérios a seguir: a) artigos de revisão; b) estudo de caso; c) série de caso; d) monografias, e) dissertações, f) estudos publicados em canais de eventos; g) artigos sem acesso na íntegra.

Busca dos estudos

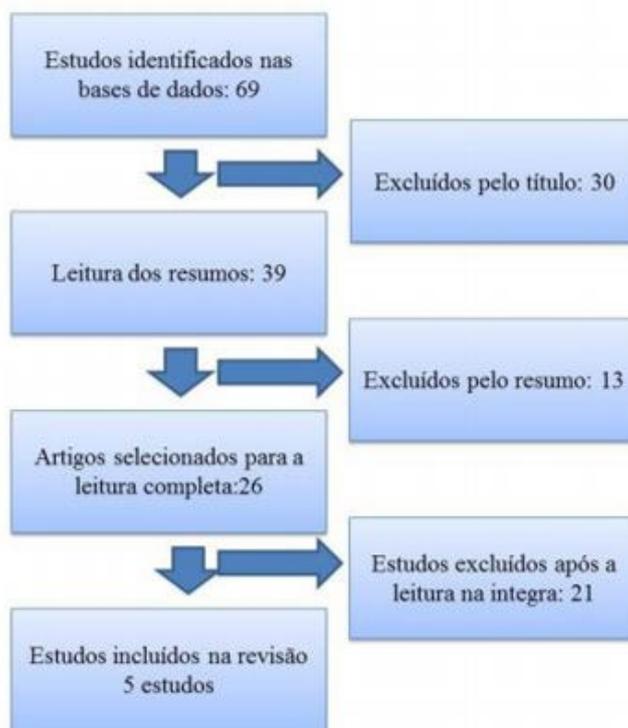
A referida pesquisa foi realizada no período de junho a agosto de 2022 e consiste em achados de artigos científicos sobre a temática abordada. Foram utilizadas como estratégias de buscas as seguintes bases de dados: PubMed, SciELO e Google Acadêmico. As palavras-chaves utilizadas foram: epicondilite, modalidades da fisioterapia, tratamento conservador; foi utilizado o operador booleano “AND” na combinação delas.

RESULTADOS

Foram identificados 69 estudos nas bases de dados, dos quais 30 foram excluídos pelo

título. Logo depois foram excluídos 13 pela leitura dos resumos e em sequência foram excluídos 21 artigos após a leitura na íntegra. No final do processo da seleção ficaram no total 5 artigos que compuseram esta revisão de literatura. O fluxograma completo da busca se encontra na FIGURA 2.

Figura 2 - Fluxograma da seleção dos estudos sobre eletrotermofototerapia e terapia manual no tratamento da epicondilite lateral.



A tabela 2 descreve qualitativamente os principais aspectos metodológicos dos artigos que fizeram parte desta revisão, características da população, protocolos, desfechos analisados e resultados. De modo geral, todos os artigos foram realizados com grupo controle e experimental.

Tabela 1- Resumo dos principais estudos incluídos nessa revisão.

Estudo	Amostra da população e protocolo	Resultados na dor e função
Viswas, Ramachandran e Anantkumar (2012) ²⁰	20 pacientes. Grupo experimental: n: 10 Realizou exercício terapêutico com supervisão de um profissional fisioterapeuta, Alongamento, fortalecimento excêntrico 30 a 40 segundos nos flexores e extensores do punho. Grupo controle n: 10 Foi submetido a tratamento com a a técnica de Cyriax, realizada por um fisioterapeuta. Massagem transversal por um período de 10 minutos 3 x por dia	Ambos os grupos tiveram melhora significativa na diminuição da dor (EVA) e amplitude de movimento (goniometria).
Furness et al. (2018) ²¹	45 pacientes Grupo experimental: n: 18 Receberam tratamento com Ultrassom 10 minutos na região da dor, por 6 semanas Grupo controle n: 27 receberam um manual informativo descrevendo a patologia e atividades contra indicadas e exercícios domiciliares os quais poderão ser realizados	Após o protocolo foi observado melhoras significativas na dor (EVA) e percepção da amplitude de movimento no grupo que recebeu ultrassom em relação ao grupo controle que receberam informações em um manual.

D'Vaz et al. (2005) ²²	59 pacientes Grupo experimental: n: 29 Termoterapia, massagem transversa, eletroterapia (10 minutos) e ultrassom pulsado 1Mhz. Grupo controle: n: 30 O mesmo protocolo no grupo experimental, entretanto a massagem transversa foi realizada de forma falsa.	Após o protocolo verificou-se melhora do quadro algico (EVA) no grupo experimental em relação ao grupo controle. Foi relatado também melhora dos movimentos durante as atividades de vida diária.
Ajimsha, Chithra e Thulasyammal (2012) ²³	65 pacientes Grupo experimental: n: 33 Liberação miofascial nos músculos flexores e extensores do punho Grupo controle: n: 32 Ultrassom placebo + protocolo de liberação miofascial igual do grupo experimental.	Foram observadas melhoras significativas na dor (EVA) e amplitude de movimento no grupo experimental em comparação com o grupo controle.
Kim, Choi e Moon (2012) ²⁴	10 pacientes Grupo experimental: n: 5 Aplicação de termoterapia, eletroterapia na região da dor Grupo controle: n: 5 Aplicação de liberação miofascial de forma placebo.	Após o protocolo foi observado melhora da dor no grupo experimental em relação ao grupo controle.

DISCUSSÃO

As pesquisas selecionadas nesta revisão mostraram que a utilização de eletrotermofototerapia e exercícios terapêuticos diminuíram a dor em pacientes com epicondilite lateral do cotovelo. Sabe-se que a dor é um sintoma característico desta patologia. Portanto, estratégias e recursos fisioterapêuticos que possam reverter e diminuir o quadro algico merece destaque.

Viswas, Ramachandran e Anantkumar (2012) randomizaram vinte pacientes em dois grupos. O grupo realizou exercícios terapêuticos com supervisão de um fisioterapeuta, o protocolo consistia em crioterapia, alongamento e fortalecimento. O grupo controle foi submetido à técnica de Cyrix, uma massagem transversal por uma duração de 10 minutos 3 x ao dia. No final do protocolo ambos os grupos tiveram diminuição do quadro algico e melhora da amplitude de movimento. Ao interpretarmos esses achados vimos que um protocolo bem estruturado de acordo com o estágio da epicondilite é bem eficaz na melhora do quadro clínico.

Furness *et al.* (2018) dividiu quarenta e cinco pacientes em dois grupos. O grupo experimental recebeu tratamento de ultrassom por 10 minutos na região do epicôndilo lateral enquanto o grupo controle recebeu apenas um manual informativo descrevendo a patologia e os exercícios que este paciente pode fazer em seu domicílio. Após o protocolo foi observado melhoras significativas na melhora da dor e da amplitude de movimento em relação ao grupo controle que recebeu informações em um manual. Os autores desta pesquisa sugeriram que o uso do ultrassom é bastante eficaz, dependendo do estágio que a inflamação se encontra. Visto que, este recurso tem como objetivo diminuir o quadro de dor e a inflamação de tecidos profundos como os músculos e tendões. As ondas geradas pelo ultrassom interagem com os tecidos biológicos e causam efeitos térmicos e não-térmicos, dependendo do estágio inflamatório que encontra-se o local a ser tratado. Diante disso, a absorção da energia deste recurso no local da aplicação resulta na geração de calor (efeito térmico), o qual é proveniente das vibrações e oscilações das moléculas em torno de sua posição média (DALECKI, 2004; WATSON, 2000). Um estudo realizado na Austrália evidenciou que 84% dos fisioterapeutas utilizam diariamente o ultrassom em

25% de seus pacientes com tendinopatias (WARDEN, 2003).

Corroborando com os achados de Furness *et al.* (2018), D’Vaz *et al.* (2005) observou que o grupo experimental melhorou também o quadro algico com um protocolo com os seguintes recursos: termoterapia, massagem transversa, eletroterapia e ultrassom. De acordo com o autor, associações de técnicas aceleram a cicatrização do local inflamado, devolvendo assim ganhos funcionais a curto prazo e proporcionando qualidade de vida a estes indivíduos. Melhora da dor e da amplitude de movimento também foram relatadas no estudo de Ajimsha, Chithra e Thulasyammal (2012), o autor dividiu 65 pessoas em dois grupos: o grupo experimental recebeu protocolos de liberação miofascial nos músculos flexores e extensores do punho, enquanto o grupo controle recebeu placebo de ultrassom associado ao mesmo protocolo de liberação miofascial do grupo controle. Foi observado ao final do tratamento que houve melhoras significativas na dor e amplitude de movimento no grupo experimental. Podemos inferir que protocolos de liberação miofascial pode ser um recurso no tratamento da epicondilite lateral, já que a musculatura deve se encontrar com quadro de dor. Kim, Choi e Moon (2012) dividiram dez participantes em dois grupos: o grupo experimental realizou aplicação de termototerapia e eletroterapia na região da dor, enquanto que no grupo controle foi submetido a liberação miofascial de forma placebo. No final do protocolo foi observado melhora tanto no grupo experimental e no grupo controle. De acordo com os autores, durante a avaliação foi notado que alguns dos pacientes tinham síndrome da dor miofascial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nesta revisão de literatura existente os protocolos de eletrotermofototerapia e terapia manual parecem ser um recurso eficaz para a reabilitação de paciente com epicondilite lateral do cotovelo a fim de melhorar o quadro algico. É bom salientar que o profissional precisa fazer uma boa avaliação do estágio da inflamação do paciente para traçar os objetivos e condutas, uma vez que existem suas indicações e contra indicações. Cabe ainda ressaltar que existem poucos estudos clínicos randomizados, dessa forma, é necessário ponderar na conclusão e na tomada da decisão clínica.

REFERÊNCIAS

COHEN, Marcio; MOTTA FILHO, Geraldo da Rocha. Epicondilite lateral do cotovelo. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 47, p. 414-420, 2012.

ALMEIDA, Matheus Oliveira de *et al.* Tratamento fisioterapêutico para epicondilite lateral: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em movimento**, v. 26, p. 921-932, 2013.

PINHEIRO, Antonio *et al.* Prevalência de epicondilite lateral em tenistas amadores e profissionais no município de Rio Branco-Acre. **DêCiência em Foco**, v. 1, n. 1, 2017.

DUTTON, Mark. **Fisioterapia ortopédica: exame, avaliação e intervenção**. Artmed Editora, 2009.

BRUMITT, Jason; JOBST, Erin E. **Casos clínicos em fisioterapia ortopédica**. AMGH Editora, 2015.

SANDOVAL, Renato Alves; MAZZARI, Alan Sérgio; OLIVEIRA, GD de. **Crioterapia nas lesões**

ortopédicas: revisão. **Revista Digital (Buenos Aires)[periódico na Internet]**, v. 81, n. 10, 2005.

CIPRIANO, Joseph J. **Manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos**. Artmed Editora, 2016.

VOLPON, José Batista. Semiologia ortopédica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 29, n. 1, p. 67-79, 1996.

PINHEIRO, Miguel Oliveira Dias Pinto. Intervenção da fisioterapia na epicondilite lateral: uma revisão bibliográfica. 2020.

MENOTTI, Jaíne; SILVA, Edilaine; GALVAN, Tatiana. Abordagem fisioterapêutica em paciente com epicondilite lateral do cotovelo: estudo de caso. In: **X Mostra Integrada de Iniciação Científica**. 2020.

NEUMANN, Donald A. **Cinesiologia do aparelho musculoesquelético: fundamentos para reabilitação**. Elsevier Health Sciences, 2010.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Corpo Humano-: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. Artmed Editora, 2016.

THIBODEAU, Gary A. **Estrutura e funções do corpo humano**. Editora Manole Ltda, 2002.

THIBODEAU, Gary A. **Estrutura e funções do corpo humano**. Editora Manole Ltda, 2002.

ZORZI, Rafael. **Corpo humano: órgãos, sistemas e funcionamento**. Editora Senac São Paulo, 2021.

VANPUTTE, Cinnamon; REGAN, Jennifer; RUSSO, Andrew. **Anatomia e Fisiologia de Seeley-10ª Edição**. McGraw Hill Brasil, 2016.

HEBERT, Sizínio K. *et al.* **Ortopedia e Traumatologia-: Principios e Prática**. Artmed Editora, 2016.

VISWAS, Rajadurai; RAMACHANDRAN, Rejeeshkumar; KORDE ANANTKUMAR, Payal. Comparison of effectiveness of supervised exercise program and Cyriax physiotherapy in patients with tennis elbow (lateral epicondylitis): a randomized clinical trial. **The scientific world journal**, v. 2012, 2012.

FURNESS, Nicholas Duncan *et al.* Vibration therapy versus standard treatment for tennis elbow: A randomized controlled study. **Journal of Orthopaedic Surgery**, v. 26, n. 3, p. 2309499018792744, 2018.

D'VAZ, A. P. *et al.* Pulsed low-intensity ultrasound therapy for chronic lateral epicondylitis: a randomized controlled trial. **Rheumatology**, v. 45, n. 5, p. 566-570, 2006.

AJIMSHA, M. S.; CHITHRA, Saraladevi; THULASYAMMAL, Ramiah Pillai. Effectiveness of myofascial release in the management of lateral epicondylitis in computer professionals. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 93, n. 4, p. 604-609, 2012.

KIM, Laurentius Jongsoon; CHOI, Hyunsu; MOON, Dongchul. Improvement of pain and functional activities in patients with lateral epicondylitis of the elbow by mobilization with movement: a randomized, placebo-controlled pilot study. **Journal of Physical Therapy Science**, v. 24, n. 9, p. 787-790, 2012.

WATSON, Time. The role of electrotherapy in contemporary physiotherapy practice. **Manual therapy**, v. 5, n. 3, p. 132-141, 2000.

WARDEN, Stuart J. A new direction for ultrasound therapy in sports medicine. **Sports Medicine**, v. 33, n. 2, p. 95-107, 2003.

OLIVEIRA, Anna Paula Martins; PEREIRA, Kamilla Prado; FELICIO, Lilian Ramiro. Evidências da técnica de liberação miofascial no tratamento fisioterapêutico: revisão sistemática. **Arquivos de Ciências do Esporte**, v. 7, n. 1, 2019.

Principais recursos da eletrotermofototerapia e seus efeitos na reabilitação de lesões do manguito rotador

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda em Fisioterapia – UniFacema

Yuri Sena Melo

Graduado de fisioterapia – UNINORTE

Maycom Carvalho da Silva

Graduando em fisioterapia - UNAMA

Suellen Oliveira da Silva Miranda

Doutoranda em Neurociências e Biologia Celular-UFGA

Manoel Samuel da Cruz Neto

Mestre em Saúde Pública – UEPA

Inara Maria Nogueira Gomes

Graduada em Fisioterapia – UniFacema

Matheus Amorim Rosa e Silva

Graduando em fisioterapia – IBMR

Iellys Mariane Dias Barbosa

Graduanda em fisioterapia - UNA

Miguel Henrique Ribeiro

Graduando em fisioterapia–UNIP

Leonardo Carlos Silva

Graduando em fisioterapia – UNIFAPI

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.23

RESUMO

O complexo do ombro é formado por um conjunto de quatro articulações o qual tem a finalidade de facilitar diversos movimentos, como alcançar, manipular e realizar as diversas atividades de vida diária. A lesão no manguito rotador pode levar a atrofia, degeneração e alterações funcionais dos músculos causando dor, diminuição da força e déficit da rotação lateral do ombro. Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação de pacientes com lesões no manguito rotador. Ultimamente, a eletrotermofototerapia passou a ser utilizada nesta população. o objetivo desta revisão de literatura e verificar os principais recursos da eletrotermofototerapia utilizados na reabilitação de lesões do manguito rotador. O acrônimo PECO foi utilizado para a formulação da pergunta de pesquisa. Quais são as evidências científicas sobre a utilização da eletrotermofototerapia e seus efeitos em pacientes com lesões no manguito rotador? Esta revisão da literatura foi composta de 5 estudos. Todos os artigos foram realizados com amostra de conveniência com faixa etária que varia de 20 a 53 anos. Conjuntamente, estes cinco artigos analisaram 488 indivíduos (35,24% sexo masculino / 64,76% sexo feminino). Os dados analisados nesta revisão de literatura demonstraram que os principais recursos da eletrotermofototerapia utilizados na síndrome do impacto do ombro são ultrassom terapêutico, eletroterapia, laser de baixa potência e crioterapia. Os estudos mostraram bons resultados na diminuição do quadro de dor, aumento da força muscular, aumento na amplitude de movimento e melhora da função do ombro.

Palavras-chave: síndrome do impacto do ombro. fisioterapia. modalidades da fisioterapia.

ABSTRACT

The shoulder complex is formed by a set of four joints which is intended to facilitate various movements, such as reaching, manipulating and performing the various activities of daily living. Injury to the rotator cuff can lead to atrophy, degeneration and functional changes in the muscles causing pain, decreased strength and a deficit in lateral rotation of the shoulder. Currently, there are several studies in the literature that seek to investigate the effects of physical therapy programs in the rehabilitation of patients with rotator cuff injuries. Lately, electrothermal phototherapy has been used in this population. the objective of this literature review is to verify the main resources of electrothermophototherapy used in the rehabilitation of rotator cuff injuries. The acronym PECO was used to formulate the research question. What is the scientific evidence on the use of electrothermophototherapy and its effects in patients with rotator cuff injuries? This literature review was composed of 5 studies. All articles were carried out with a convenience sample with an age group ranging from 20 to 53 years. Together, these five articles analyzed 488 individuals (35.24% male / 64.76% female). The data analyzed in this literature review showed that the main resources of electrothermophototherapy used in shoulder impingement syndrome are therapeutic ultrasound, electrotherapy, low-level laser and cryotherapy. Studies have shown good results in decreasing pain, increasing muscle strength, increasing range of motion and improving shoulder function.

Keywords: Shoulder impingement syndrome. Physiotherapy. Physical therapy modalities.

INTRODUÇÃO

O complexo do ombro é formado por um conjunto de quatro articulações envolvendo os seguintes ossos: esterno, clavícula, costelas, escápula e o úmero (NEUMANN, 2010; VANPUTTE; REGAN; RUSSO, 2016; DRAKE, 2005). Esse grupo de articulações é fundamental para que o membro superior realize diversos movimentos, facilitando assim as habilidades de alcançar, manipular e realizar as diversas atividades de vida diária (DUTTON, 2009; CIPRIANO, 2016; HEBERT, 2016). Doenças ou traumas limitam os movimentos do ombro, causando uma redução na eficácia de todo membro superior (FONSECA *et al.*, 2021; ERAZO *et al.*, 2019; BARBOSA *et al.*, 2013; PIRES *et al.*, 2011; DINIZ; VASCONCELOS; ARCANJO, 2015; TORTORA; DERRICKSON, 2016).

Um dos grupos musculares mais importantes do ombro é chamado de manguito rotador, ele é formado pelos músculos supra-espinhal, infra-espinhal, subescapular e redondo menor (LECH, 1993). As lesões no manguito rotador ocorrem devidas diversas causas como processo de degeneração (MENEGAZ *et al.*, 2014), lesão ligamentar (FERREIRA *et al.*, 2021), traumatismo (REIS *et al.*, 2020) e uso excessivo da articulação (MIYAZAKI *et al.*, 2019). A lesão no manguito rotador pode levar a atrofia, degeneração e alterações funcionais dos músculos causando dor, diminuição da força e déficit da rotação lateral (MELISCKI *et al.*, 2013).

Indivíduos de ambos os sexos acima dos 40 anos de idade tem maior prevalência para este tipo de lesão e também está associada a falta de atividade física. Além disso, outra relação á incidência refere-se a algumas atividades esportivas o qual exigem esforços repetitivos (VIEIRA *et al.*, 2015). Seus sinais e sintomas são dor aguda ou intensa na região anterior, diminuição da força muscular, déficit na amplitude de movimento e em alguns casos irradia para cervical (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017). O seu diagnóstico fisioterapêutico é realizado através de testes de força muscular, amplitude de movimento e nível da dor (YLINEN *et al.*, 2013).

De acordo com alguns estudos, este problema é considerado uma das principais causas de encaminhamentos médicos para cirurgias, necessitando assim de atenção especializada (CHO *et al.*, 2017; GOMOLL *et al.*, 2004). Além do mais, o portador de lesão no manguito rotador tem capacidade funcional reduzida e a dor crônica também é um fator constante nesses pacientes, causando muita das vezes efeitos físicos e psicossociais levando a perda da qualidade de vida (EKEBERG *et al.*, 2010; SEITZ *et al.*, 2011; BIASOLI, 2007).

Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação de pacientes com lesões no manguito rotador. Ultimamente, a eletrotermofototerapia passou a ser utilizada nesta população. Este recurso utiliza equipamentos físicos os quais resultam em ação analgésica e anti-inflamatória (DA SILVA *et al.*, 2001). Vários estudos já evidenciaram que um tratamento conservador, baseado nas diversas modalidades disponíveis aos fisioterapeutas, pode trazer grandes impactos na diminuição da dor e funcionalidade aos pacientes portadores de lesões no manguito rotador. Estes tratamentos apresentam boa eficácia em relação ao movimento funcional, na maioria dos casos, diminuindo a necessidade de intervenções cirúrgicas proporcionando uma melhora na qualidade de vida de pacientes com esta patologia.

Portanto, devido às alterações funcionais apresentadas pelo portador de lesões no manguito rotador e suas consequências as quais poderão ocorrer em virtude do quadro algico, res-

saltar a relevância da fisioterapia com a finalidade de melhorar a funcionalidade e com isso proporcionar qualidade de vida nesta população; evitando assim morbidades futuras. Diante do exposto, o objetivo desta revisão de literatura é verificar os principais recursos da eletrotermofototerapia utilizados na reabilitação de lesões do manguito rotador.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma revisão de literatura.

Pergunta de pesquisa

O acrônimo PECO (*Population, Exposition, Comparison, Outcome*) foi utilizado para a formulação da pergunta de pesquisa. Quais são as evidências científicas sobre a utilização da eletrotermofototerapia e seus efeitos em pacientes com lesões no manguito rotador?

Tabela 1 - Formulação da pergunta de pesquisa de acordo com PECO.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Pacientes com diagnóstico de lesão no manguito rotador.
E	Exposição	Expostos a protocolos de eletrotermofototerapia.
C	Comparador	Comparados com ou sem grupo controle
O	Desfecho	Quaisquer desfechos que tenham relação com a melhora da qualidade de vida, dor ou da capacidade funcional do membro superior.

Fonte: próprios autores

Estratégia de pesquisa

Nesta pesquisa foi realizada uma revisão de literatura a partir da pesquisa bibliográfica nas bases de dados disponíveis na SciELO, PubMed/MEDLINE, Web of Science e LILACS utilizando combinações das seguintes palavras chave em inglês: electrothermophototherapy OR physiotherapy OR shoulder AND physical therapy modalities. Adicionalmente, foi realizada a busca manual nas referências dos estudos incluídos na pesquisa. A pesquisa bibliográfica foi realizada em maio de 2022 e não houve restrições quanto à língua ou ano da publicação.

Seleção dos estudos

A seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores independentes, conforme as seguintes etapas: (1) exclusão dos artigos repetidos; (2) leitura dos títulos; (3) leitura dos resumos e (4) leitura dos artigos na íntegra. Foram incluídas quaisquer pesquisas que atenderam aos seguintes critérios: (1) participantes diagnosticados com lesão no manguito rotador; (2) submetidos a intervenções fisioterapêuticas baseadas em eletrotermofototerapia comparados, ou não, com o grupo controle. Opiniões de especialistas, dissertações, estudos sem acesso na íntegra e anais de eventos não foram incluídas.

EXTRAÇÃO DE DADOS

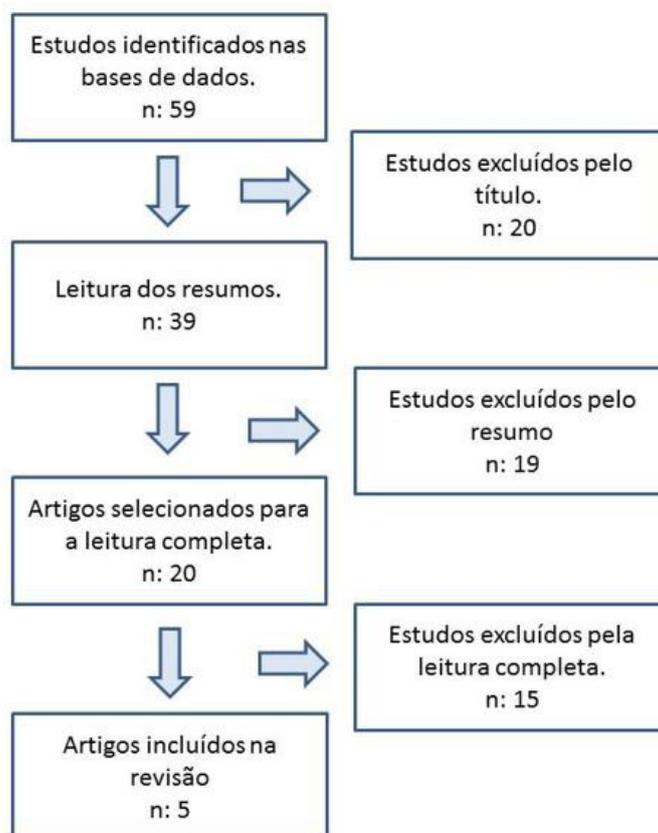
Foram extraídas dos artigos as seguintes informações: autor, título e ano do artigo; características do protocolo, resultados e conclusão.

RESULTADOS

Estudos identificados

Esta revisão da literatura foi composta de 5 estudos. Todas as etapas da seleção se encontram descritas na FIGURA 1.

Figura 1 – Fluxograma de busca dos artigos



Características gerais dos estudos incluídos

A tabela 2 descreve o autor, título e o objetivo principal dos estudos incluídos nesta revisão. De modo geral 4 deles foram escritos na língua portuguesa (BARBOSA *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2007; NETO *et al.*, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2021) e 1 na língua em espanhol (VALDÉS *et al.*, 2020)

Tabela 2 – Títulos e objetivos dos estudos incluídos.

Autor	Título	Objetivo
Barbosa et al., 2008	A influência da mobilização articular nas tendinopatias dos músculos bíceps braquial e supra-espinal.	Verificar a influência da mobilização articular, comparando-se dois protocolos de tratamento, compostos de aplicação de ultra-som terapêutico na área do tendão afetado, e de treinamento excêntrico para a musculatura do mesmo, acompanhados ou não de manobras de mobilização articular

Souza et al., 2007	Análise da funcionalidade e da dor de indivíduos portadores de síndrome do impacto, submetidos à intervenção fisioterapêutica.	Analisar a funcionalidade e a intensidade da dor de indivíduos portadores desta disfunção, submetidos a programa de intervenção fisioterapêutica.
Neto et al., 2013	Efeito de um protocolo fisioterapêutico para as disfunções decorrentes das tendinopatias do ombro.	Avaliar o efeito de um protocolo de atendimento fisioterapêutico para as disfunções decorrentes das tendinopatias do ombro, sendo considerado o impacto destas lesões sobre a função, dor e mobilidade desta articulação.
Rodrigues et al., 2021	Eficácia do tratamento Fisioterapêutico na Síndrome do impacto do ombro: Estudo de caso	Observar a eficácia do tratamento fisioterapêutico em um paciente com Síndrome do impacto do ombro, e seus específicos como descrever a avaliação e o protocolo de tratamento fisioterapêutico e avaliar a evolução do paciente durante o tratamento.
Valdés et al., 2020	Eficácia de la laserterapia en el síndrome del hombro doloroso	Avaliar a eficácia da terapia a laser no tratamento da síndrome do ombro doloroso.

Características gerais dos protocolos de intervenção

Todos os artigos foram realizados com amostra de conveniência com faixa etária que varia de 20 a 53 anos. Conjuntamente, estes cinco artigos analisaram 488 (35,24% sexo masculino / 64,76% sexo feminino) pacientes com Síndrome do impacto do ombro. Com relação aos desfechos estudados, a maioria teve a mobilidade funcional e o nível de dor (Tabela 3).

Tabela 3 – Títulos e objetivos dos estudos incluídos.

Autor	Amostra	Protocolo e/ou	Resultados
Barbosa et al., 2008	14 pacientes 5 homens 9 mulheres Idade: 46,14±7,62 anos	Grupo intervenção: recebeu intervenção com a aplicação de ultrassom terapêutico, treinamento excêntrico da musculatura e mobilização articular nos movimentos acessórios do ombro. Grupo Controle: utilizou-se apenas ultrassom terapêutico e treinamento excêntrico. Total de sessões: 10 (ambos os grupos)	Após o protocolo foi observado melhora em ambos os protocolos de tratamento foram eficazes no tratamento da tendinopatia crônica do ombro, sendo que, o uso associado da mobilização articular parece oferecer melhores resultados funcionais e na diminuição da dor.
Souza et al., 2007	7 pacientes do sexo feminino Idade: 48 anos (média)	O protocolo de intervenção teve como objetivos combater a inflamação, a dor, restaurar a amplitude de movimento e a força muscular e estimular o controle neuromotor do ombro afetado. Foram utilizadas oito sessões de tratamento, 60 minutos cada sessão, aproximadamente, com frequência semanal de duas vezes.	Após o protocolo foram observados Melhoraras significativa, exceto o de força muscular: função do ombro (50%), flexão anterior ativa (35%), força muscular (25%) e satisfação (500%). Os resultados permitem concluir que a intervenção fisioterapêutica proposta reduz a intensidade da dor e aumenta a funcionalidade do ombro de indivíduos portadores de síndrome do impacto.
Neto et al., 2013	9 pacientes 8 mulheres e 1 homem Idade: entre 20 e 53 anos	O protocolo foi dividido em 3 fases: I Fase: reduzir o processo inflamatório, proporcionar analgesia e ganho de amplitude de movimento. Conduta: ultrassom; alongamento de musculatura; mobilização em decúbito lateral de escápula; liberação miofascial. II Fase: manter e/ou aumentar a flexibilidade e realizar fortalecimento muscular. Conduta: exercícios de fortalecimento nos principais músculos do ombro. III Fase: aprimorar o desempenho muscular, ganhar propriocepção e finalizar a recuperação funcional. Conduta: exercícios proprioceptivos com a bola terapêutica,	Foram observadas melhoras significativas na função do membro superior, redução da dor. Em relação à amplitude de movimento, apenas a abdução do ombro não apresentou aumento significativo. O autor concluiu que o protocolo utilizado neste estudo apresentou resultado positivo no que diz respeito à melhora funcional, a dor e a mobilidade em pacientes com tendinopatias do ombro.

Rodrigues et al., 2021	1 paciente (sexo feminino) 38 anos	Crioterapia: 3 vezes ao dia por 20 minutos; Eletroterapia - TENS convencional: 25 a 30 minutos; Alongamento passivo dos músculos peitorais maior e menor, latíssimo do dorso, redondo menor, subescapular e levantador da escápula. Ultrassom - modo pulsátil nos primeiros atendimentos e posteriormente, o modo contínuo, com o tempo de 5 minutos nas regiões com dor com frequência de 1MHz; Liberação miofascial manual e instrumental da musculatura do bíceps e do manguito rotador; Mobilização articular do ombro; Exercício de energia muscular; Desativação dos pontos gatilhos; Cinesioterapia – exercícios para o fortalecimento do membro superior, com ênfase para fortalecimento do ombro, respeitando a ADM segura (inicialmente com carga de 1 kg)	Após o protocolo observou-se diminuição da dor e ganho na amplitude de movimento, na 3ª, ausência da dor e ganho de força muscular e na última avaliação, já havia restaurado a amplitude de todos os movimentos, continuava sem dor e com uma boa força muscular.
Valdés et al., 2020	457 pacientes 166 homens 291 mulheres	Para o tratamento com laserterapia, o equipamento portátil Chattanooga operação contínua e pulsante, frequência: 2,5 a 20000 Hertz. O laser foi aplicado no segundo espaço intercostal proximal ao ombro afetado. O tempo aplicado para cada ponto foi de 20 segundos com frequência de 50 Hz. A iluminação da articulação do ombro foi realizado de todos os lados, com aumento da tensão na área mais dolorosa por um minuto. A densidade de energia foi de 280 J/cm ² .	Após o protocolo foi observado que a laserterapia aplicada foi eficaz na obtenção de uma modificação positiva e significativa da intensidade da dor referida pelo paciente e independência nas atividades de vida diária

DISCUSSÃO

Os cinco estudos que compuseram esta revisão de literatura sugerem que o uso da eletrotermofototerapia, no tratamento de pacientes com síndrome do impacto do ombro, é benéfico na funcionalidade do membro superior e na diminuição do quadro álgico. Entretanto, alguns autores reforçam a ideia de esses recursos serem usados em conjunto com outras técnicas manuais e o próprio exercício terapêutico para então potencializar os resultados. Na análise da amostra dos estudos, observou-se em sua grande maioria indivíduos do sexo feminino (64,76%). Os recursos mais utilizados foram ultrassom, laser, eletroterapia e crioterapia.

O ultrassom terapêutico caracteriza-se como uma terapia, não invasiva, que através de ondas mecânicas produz efeitos térmicos e não térmicos nos tecidos, e além disso são capazes de potencializar o metabolismo celular, potencializando assim o fluxo sanguíneo e a oxigenação (PRENTICE, 2014). Este recurso foi utilizado em três estudos (Souza; Monteiro; Marco *et al.*, 2007; Neto *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2021) e em todos eles os autores reportaram bons resultados. Além disso, Barbosa *et al.* (2008) sugeriram que a associação das duas técnicas (Ultrassom + treinamento excêntrico + mobilização articular) mostrou-se mais eficaz no alívio da dor, ganho de Amplitude de Movimento (ADM), melhora da função dos ombros nas Atividades de vida diária (AVD's) e ganho de força muscular, sendo possível observar diferença estatística, $p < 0,001$, entre as pontuações iniciais e finais nos dois protocolos aplicados.

Corroborando com os achados de Barbosa *et al.* (2008), Neto *et al.* (2013) propôs um protocolo de três fases: I fase: reduzir o processo inflamatório, proporcionar analgesia e ganho

de amplitude de movimento; II fase: manter e/ou aumentar a flexibilidade e realizar fortalecimento muscular; III fase: aprimorar o desempenho muscular, ganhar propriocepção e finalizar a recuperação funcional. O autor descreve que observou melhoras significativas na função do membro superior, redução da dor e em relação à amplitude de movimento, apenas a abdução do ombro não apresentou aumento significativo. Porém, o autor sugere que o profissional precisa realizar uma boa avaliação cinético-funcional do paciente para posteriormente planejar um bom tratamento.

Por outro lado, o estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2021) utilizou crioterapia e eletroterapia em seu protocolo. Segundo o autor, o protocolo gerou resultados satisfatórios na diminuição da dor e ganho na amplitude de movimento, e além do mais, observou-se ausência da dor e ganho de força muscular na última avaliação. Podemos inferir que a eletroterapia tem efeitos como analgesia, diminuição da inibição reflexa e fortalecimento. De acordo com Prentice (2014) às correntes elétricas produzem contrações musculares e mudanças de impulsos de dor por meio de efeitos sobre os nervos motor e sensorial.

Uma revisão sistemática publicada por Stapait *et al.* (2013) o qual teve o objetivo de revisar sistematicamente a literatura sobre o efeito do fortalecimento da musculatura estabilizadora da cintura escapular na redução da dor não diagnosticada no ombro. Concluiu-se que o fortalecimento dos estabilizadores da cintura escapular associado ao alongamento diminui a dor e melhora a função do ombro. Estas mesmas conclusões vão de encontro com os achados de Rodrigues *et al.* (2021), pois o autor incluiu em seu protocolo técnicas de fortalecimento e alongamento.

A crioterapia foi utilizada em dois estudos (Rodrigues *et al.*, 2021; Souza; Monteiro; Marco *et al.*, 2007). Este recurso pode ser definido como a utilização do gelo com a finalidade terapêutica de diminuir a dor e a inflamação (LIMA, 2016). O uso do frio gera benefícios na recuperação e tratamento das lesões do sistema musculoesquelético. Além disso, ocorre diminuição na velocidade do impulso nervoso, o qual reduz conforme a temperatura diminui (GREGÓRIO *et al.*, 2014). Seus principais efeitos são: diminuição da espasticidade, diminuição no sangramento, diminuição do edema no local do trauma e alívio do quadro algico (PRENTICE, 2014).

O estudo de Valdés *et al.* (2020) teve como objetivo avaliar a eficácia da terapia a laser no tratamento da síndrome do ombro doloroso. O laser terapêutico é um dos recursos mais utilizados na fisioterapia para o tratamento da dor, inflamação, cicatrização e lesões músculo-esqueléticas. A ação principal do laser é controlar o edema e a inflamação por meio de mediadores químicos inflamatórios. Sem esses mediadores (quininas, histamina e prostaglandinas) a interrupção do estado homeostático corporal é minimizada e a dor e o edema é diminuído (PRENTICE, 2014). Uma revisão publicada recentemente concluiu que o laser de baixa potência reduziu de forma estatisticamente significativa a dor em 45% dos estudos, e apenas um estudo apresentou aumento estatisticamente significativo na funcionalidade de pacientes com tendinopatias do ombro (LEOTTY, LIMA, ARAÚJO, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados nesta revisão de literatura demonstraram que os principais recursos da eletrotermofototerapia utilizados na síndrome do impacto do ombro são ultrassom terapêutico, eletroterapia, laser de baixa potência e crioterapia. Os estudos mostraram bons resultados na diminuição do quadro de dor, aumento da força muscular, aumento na amplitude de movimento e melhora da função do ombro. Por outro lado, é bom ressaltar que a todos os estudos sugeriram associações de técnicas com exercícios terapêuticos. Além disso, nenhum dos pesquisadores relataram intercorrências durante o tratamento, o que sugere que estes protocolos são extremamente úteis, seguros e eficazes no tratamento dessa população.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, Jorge Henrique *et al.* Avaliação dos desfechos no tratamento da rotura do manguito rotador: o que usamos no Brasil?. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 52, p. 561-568, 2017.
- BARBOSA, R. I. *et al.* A influência da mobilização articular nas tendinopatias dos músculos bíceps braquial e supra-espinal. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 12, p. 298-303, 2008.
- BARBOSA, Rafael Inácio *et al.* Perfil dos pacientes com lesões traumáticas do membro superior atendidos pela fisioterapia em hospital de nível terciário. **CEP**, v. 14040, p. 040, 2013.
- BIASOLI, Maria Cristina. Tratamento fisioterápico na terceira idade. **Rev Bras Med**, v. 64, n. 11, p. 62-8, 2007.
- BOTELHO, Valéria *et al.* Fraturas de membro superior em hospitais de nível terciário e suas implicações para a saúde pública. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e4196-e4196, 2020.
- CHO, Chul-Hyun *et al.* Changes in psychological status and health-related quality of life following total shoulder arthroplasty. **JBJS**, v. 99, n. 12, p. 1030-1035, 2017.
- CIPRIANO, Joseph J. **Manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos**. Artmed Editora, 2016.
- DA SILVA, Rosana Matos. FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DO IMPACTO DO OMBRO: UM RELATO DE CASO. **ANAIS DO II WEBINAR DE ESTÉTICA E SAÚDE INTEGRAL DO**, p. 27.
- DINIZ, Marklana da Frota; VASCONCELOS, Thiago Brasileiro de; ARCANJO, Giselle Notini. Análise da incidência de lesões na articulação do ombro em atletas de natação. 2015.
- DRAKE, Richard L. **Gray's anatomia para estudantes**. Elsevier Brasil, 2005.
- DUTTON, Mark. **Fisioterapia ortopédica: exame, avaliação e intervenção**. Artmed Editora, 2009.
- EKEBERG, Ole M. *et al.* Clinical, socio-demographic and radiological predictors of short-term outcome in rotator cuff disease. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2010.
- ERAZO, Jaime Piccaro *et al.* Ferimentos penetrantes no membro superior-prevalência e etiologia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 54, p. 134-139, 2019.

- FERREIRA, Filomena *et al.* Luxação anterior recorrente do ombro após traumatismo com fratura apófise coracoide-Uma associação rara. **Revista Brasileira de Ortopedia**, 2021.
- FONSECA, Mylena Gonçalves *et al.* Efeitos da imagética motora no membro superior parético após lesão medular traumática: relato de caso. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1-12, 2021.
- GOMOLL, Andreas H. *et al.* Rotator cuff disorders: recognition and management among patients with shoulder pain. **Arthritis & rheumatism**, v. 50, n. 12, p. 3751-3761, 2004.
- GREGÓRIO, Odair Aparecido *et al.* Influência do tempo de aplicação da crioterapia na sensibilidade cutânea. **Revista Dor**, v. 15, p. 9-12, 2014.
- HEBERT, Sizínio K. *et al.* **Ortopedia e Traumatologia:- Principios e Prática**. Artmed Editora, 2016.
- LECH, Osvandré; SUDBRACK, GUILHERME; NETO, CESAR VALENZUELA. Capsulite adesiva (“ombro congelado”). **Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, v. 28, n. 9, p. 617, 1993.
- LEOTTY, Carla Lopes Rodrigues; LIMA, Michele Mendes Coelho; ARAÚJO, Francisco Xavier de. Efeito do laser de baixa intensidade na dor e na funcionalidade de pacientes com tendinopatia de ombro: uma revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, p. 210-217, 2020.
- LIMA, Ericsson Alves. Crioterapia: uma técnica simples e eficaz na desportiva. **Revista Visão Universitária**, v. 1, n. 1, 2016.
- MELISCKI, Gustavo Antonio *et al.* Diferentes modalidades terapêuticas no tratamento da tendinopatia do supraespinhoso. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 201-207, 2013.
- MENEGAZ, Gabriela Lima *et al.* Influência da transferência do ligamento coracoacromial no tratamento de lesões do ombro. 2014.
- MIYAZAKI, Alberto Naoki *et al.* Latissimus Dorsi Tendon Transfer using Tendinous Allograft for Irreparable Rotator Cuff Lesions: Surgical Technique. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 54, p. 99-103, 2019.
- NETO, Benjamin Ottobelli *et al.* Efeito de um protocolo fisioterapêutico para as disfunções decorrentes das tendinopatias do ombro. **Ciência & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 37-43, 2013.
- NEUMANN, Donald A. **Cinesiologia do aparelho musculoesquelético: fundamentos para reabilitação**. Elsevier Health Sciences, 2010.
- PIRES, Lunara Maria Tachotti *et al.* Lesões no ombro e sua relação com a prática do voleibol. **Revista Científica Linkania Master**, v. 1, n. 1, 2011.
- PRENTICE, William E. **Modalidades Terapêuticas para Fisioterapeutas-4**. AMGH Editora, 2014.
- REIS, Viviane Felícia *et al.* Incidência de lesões musculoesqueléticas entre os trabalhadores dos serviços gerais do campus Dom Bosco da Universidade Federal de São João Del-Rei. **Biológicas & Saúde**, v. 10, n. 34, p. 33-46, 2020.
- RODRIGUES, Andressa Kerssy Silva Barroso *et al.* Eficácia do tratamento Fisioterapêutico na Síndrome do impacto do ombro: Estudo de caso. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 49746-49764, 2021.

SEITZ, Ameer L. *et al.* Mechanisms of rotator cuff tendinopathy: intrinsic, extrinsic, or both?. **Clinical biomechanics**, v. 26, n. 1, p. 1-12, 2011.

SOUZA LIMA, Geisa Clementino; BARBOZA, Elaine Monteiro; ALFIERI, Fábio Marcon. Análise da funcionalidade e da dor de indivíduos portadores de síndrome do impacto, submetidos à intervenção fisioterapêutica. **Fisioterapia em Movimento (Physical Therapy in Movement)**, v. 20, n. 1, 2007.

STAPAIT, Eduardo Luiz *et al.* Fortalecimento dos estabilizadores da cintura escapular na dor no ombro: revisão sistemática. **Fisioterapia em movimento**, v. 26, p. 667-675, 2013.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Corpo Humano-: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. Artmed Editora, 2016.

VALDÉS, Armando Javier; CULQUI-GARCÍA, Johanna Paola; VILLAMARÍN-ARÉVALO, Andrea Elizabeth. Eficacia de la laserterapia en el síndrome del hombro doloroso. **Mediciego**, v. 26, n. 2, p. 1-13, 2020.

VANPUTTE, Cinnamon; REGAN, Jennifer; RUSSO, Andrew. **Anatomia e Fisiologia de Seeley-10ª Edição**. McGraw Hill Brasil, 2016.

VIEIRA, Fabio Antonio *et al.* Lesão do manguito rotador: tratamento e reabilitação. Perspectivas e tendências atuais. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 50, p. 647-651, 2015.

YLINEN, J. *et al.* Exercise therapy is evidence-based treatment of shoulder impingement syndrome. Current practice or recommendation only. **Eur J Phys Rehabil Med**, v. 49, n. 4, p. 499-505, 2013.

Realidade virtual como recurso na fisioterapia neurofuncional: artigo de atualização

Suellen Oliveira da Silva Miranda

Doutoranda em Neurociências e Biologia Celular-UFPA

Joab Aguiar do Nascimento

Mestre em ciência, inovação e tecnologia para a Amazônia – UFAC

Felipe Matheus Souza de Oliveira

Graduando em Fisioterapia –FAMETRO

Maycom Carvalho da Silva

Graduando em fisioterapia – UNAMA

Wildson Souza de Medeiros

Graduado em Fisioterapia – UNINASSAU

Dalyla Lima dos Santos

Pós-graduanda em Fisioterapia Ortopedia e Traumatologia–VANGUARDA

Kaylane Maria Pereira Lozi

Graduanda em Fisioterapia – UNIRENTOR

Ana Gabriele Barbosa de Lima

Graduanda em Fisioterapia pela- FACL Wyden

Luldiani Ramos da Silva

Pós-graduando em Fisioterapia Neurofuncional – FAVENI

Carolina Santos Freire

Graduada em Fisioterapia pela – UNIFTC

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.24

RESUMO

A realidade virtual pode ser definida como um recurso em que o usuário interage com ambientes virtuais que incluem objetos interativos com uma sensação de cenário tridimensional, tendo como objetivo recriar ao máximo a sensação de um ambiente realístico. Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos da realidade virtual na Reabilitação neurofuncional de pacientes neurológicos. Diante do exposto, o objetivo desta revisão é verificar quais são as patologias neurológicas que se beneficiam com o uso da realidade virtual como ferramenta de apoio ao profissional fisioterapeuta. Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa. A busca dos estudos foi realizada utilizando os seguintes descritores: Realidade Virtual, Doenças neurológicas, oncologia e Humanização da Assistência. As bases de EBSCO, Pubmed, PEDro, MEDLINE e Science Direct, foram usadas para a busca dos artigos primários. Os dados analisados nesta revisão de atualização demonstraram que a realidade virtual promove bons resultados no desempenho da marcha, principalmente no equilíbrio, mobilidade funcional, sintomas motores e não motores em diversas patologias neurológicas como Doença de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico, Disfunção Cerebelar, Doença de Parkinson, Síndrome de Down e Esclerose Múltipla.

Palavras-chave: realidade virtual. doenças neurológicas. fisioterapia.

ABSTRACT

Virtual reality can be defined as a resource in which the user interacts with virtual environments that include interactive objects with a sense of three-dimensional scenery, aiming to recreate as much as possible the feeling of a realistic environment. Currently, there are several studies in the literature that seek to investigate the effects of virtual reality on the neurofunctional rehabilitation of neurological patients. Given the above, the objective of this review is to verify which are the neurological pathologies that benefit from the use of virtual reality as a support tool for the physical therapist. This is an integrative review type research. The search for studies was performed using the following descriptors: Virtual Reality, Neurological diseases, oncology and Humanization of Care. The EBSCO, Pubmed, PEDro, MEDLINE and Science Direct databases were used to search for primary articles. The data analyzed in this update review showed that virtual reality promotes good results in gait performance, especially in balance, functional mobility, symptoms motor and non-motor in several neurological pathologies such as Alzheimer's Disease, Stroke, Cerebellar Dysfunction, Parkinson's Disease, Down Syndrome and Multiple Sclerosis.

Keywords: virtual reality. neurological diseases. physiotherapy.

INTRODUÇÃO

Tem-se observado nos últimos anos um avanço enorme da tecnologia, que nitidamente vem provocando uma transformação no meio científico e na sociedade. Na ciência, as profissões ligadas à saúde utilizam as tecnologias como instrumento no tratamento de indivíduos, e com isso aumentando-se as opções de recursos terapêuticos com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos enfermos. No contexto da fisioterapia neurofuncional, vem ganhando destaque pesquisas as quais investigam efeitos dos recursos tecnológicos na reabilitação, principalmente a realidade virtual (FIORINDO, 2021; WALKER *et al.*, 2010; TABORDA *et al.*, 2016; PAVÃO *et al.*, 2014). A realidade virtual pode ser definida como um recurso em que o usuário interage com

ambientes virtuais que incluem objetos interativos com uma sensação de cenário tridimensional, tendo como objetivo recriar ao máximo a sensação de um ambiente realístico (LESTON, 1996; DEUTSCH *et al.*, 2016; BRAGA, 2001).

A Fisioterapia Neurofuncional é a área de atuação da fisioterapia que atua no cuidado e no tratamento de disfunções causadas por patologias do sistema nervoso central ou periférico. É uma área que reivindica muito conhecimento, dedicação e trabalho nos casos que muitas vezes são delicados e avançam vagarosamente (AIRES, 2020). De acordo com a resolução nº 396/2011 são áreas de atuação do Fisioterapeuta neurofuncional entre outras: assistência fisioterapêutica neurofuncional na criança e no adolescente; assistência fisioterapêutica neurofuncional no adulto e assistência fisioterapêutica neurofuncional no idoso (COFFITO, 2011).

Diante disso, os pacientes portadores de patologias neurológicas apresentam incapacidades funcionais, prejudicando assim os seus movimentos corporais e dessa maneira afeta drasticamente a sua qualidade de vida, (LEVY, 2003; SILVA, CAVALCANTI, 2019; SILVA *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Os sinais e sintomas clínicos das patologias do sistema nervoso central e periférico são determinados pelo local da lesão e sua extensão (THOMSON *et al.*, 2002). Contudo, é essencial entender a complexidade do sistema nervoso ao estudar as características clínicas da doença ou da lesão (LUVIZUTTO, SOUZA; 2020).

Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia neurofuncional na reabilitação de pacientes neurológicos, dentre os principais recursos fisioterapêuticos estão: esteira elétrica (SOUZA *et al.* 2014), fortalecimento muscular (BERTOLDI *et al.* 2013) e realidade virtual (BRAZ *et al.* 2018). Este último, vem sendo estudado pela comunidade científica como um novo instrumento para auxiliar na reabilitação e podendo ser aplicado de diversas formas (VIEIRA SANTOS; GASPAS, 2018; LIMA, 2021; LEITE; WANICK; XAVIER, 2019). Os principais efeitos da realidade virtual são o controle e aquisição motora e a repetição (SHARP; HEWITT, 2014; DOMINGOS; BORLOTI, 2016). No processo de reabilitação neurofuncional são importantes vários estímulos no sistema nervoso central, e este recurso possui implicações diretas nestes estímulos por meio da interação do indivíduo com ambientes virtuais (TREML *et al.*, 2013).

Portanto, devido às alterações funcionais apresentadas pelos pacientes neurológicos e suas consequências as quais poderão ocorrer, ressalta-se a relevância da realidade virtual como recurso auxiliar na fisioterapia neurofuncional e com isso proporcionar qualidade de vida à população, evitando assim complicações futuras. Diante do exposto, o objetivo desta revisão é verificar quais são as patologias neurológicas que se beneficiam com o uso da realidade virtual como ferramenta de apoio ao profissional fisioterapeuta.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa com abordagem qualitativa (SOUSA *et al.*, 2017; (MARCONI; LAKATOS, 2003) este tipo de estudo pode ser definido como uma análise da literatura sobre alguma temática, e através dela pode-se discutir os métodos e resultados das pesquisas e também refletir sobre estudos futuros. Este método de revisão permite que os

pesquisadores possam ter compreensão da temática escolhida por meio de fontes secundárias e confiáveis de estudos publicados.

Busca dos artigos e critérios de elegibilidade

A busca dos estudos nas bases de dados foi realizada com os seguintes descritores: Realidade Virtual, Doenças neurológicas, oncologia e Humanização da Assistência. As bases de EBSCO, Pubmed, PEDro, MEDLINE (via BVS) e Science Direct. Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos em português, inglês e espanhol, que fossem textos completos e que abordassem a temática em questão, com o recorte temporal entre os anos 2007 e 2022. Os critérios de exclusão foram resumos, textos incompletos, fora do recorte estabelecido e que não estivessem condizentes com a pergunta norteadora.

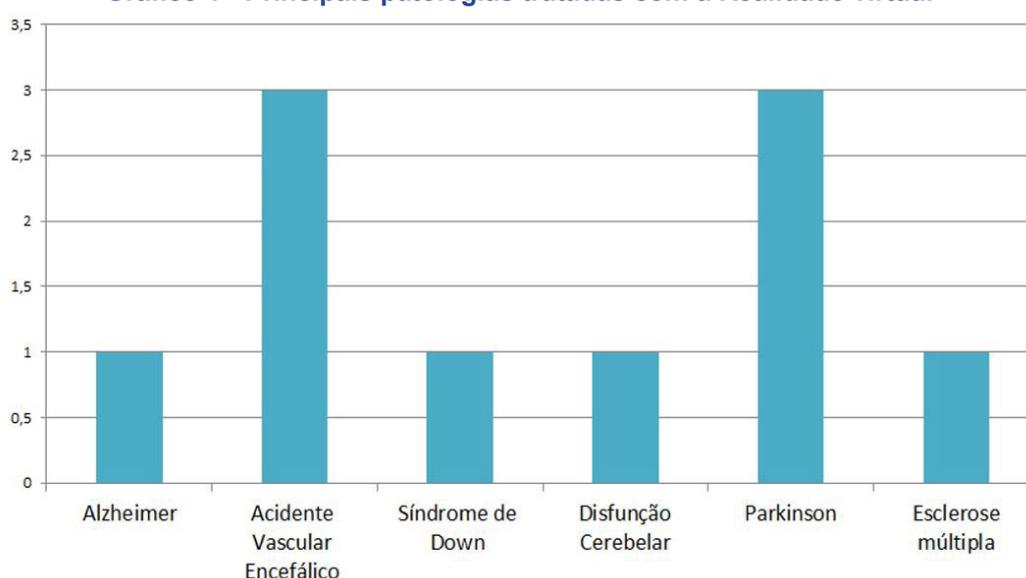
Análise dos dados

Para posterior análise qualitativa da literatura, foram realizadas construções de tabelas com os resumos das características dos estudos selecionados: autor, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo e tipo de doença neurológica. Logo em seguida foram feitas construções de tabelas com os resumos dos estudos selecionados.

RESULTADOS

Foram encontrados inicialmente 234 artigos dos quais, com base nos critérios estabelecidos, 10 foram selecionados, sendo três revisões sistemáticas (POMPEU *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2021; SANTOS, 2021); dois estudos experimentais (TADAIESKY *et al.*, 2019; SANTANA *et al.*, 2015); quatro revisões de literatura (SOARES *et al.*, 2020; CARVALHO; RAMALHO, 2015; VIEIRA *et al.*, 2014; FIUSA; ZAMBONI, 2020) e um estudo de caso (SCHIAVINATO *et al.*, 2011). As principais patologias tratadas se encontram descritas no GRÁFICO 1

Gráfico 1 - Principais patologias tratadas com a Realidade virtual



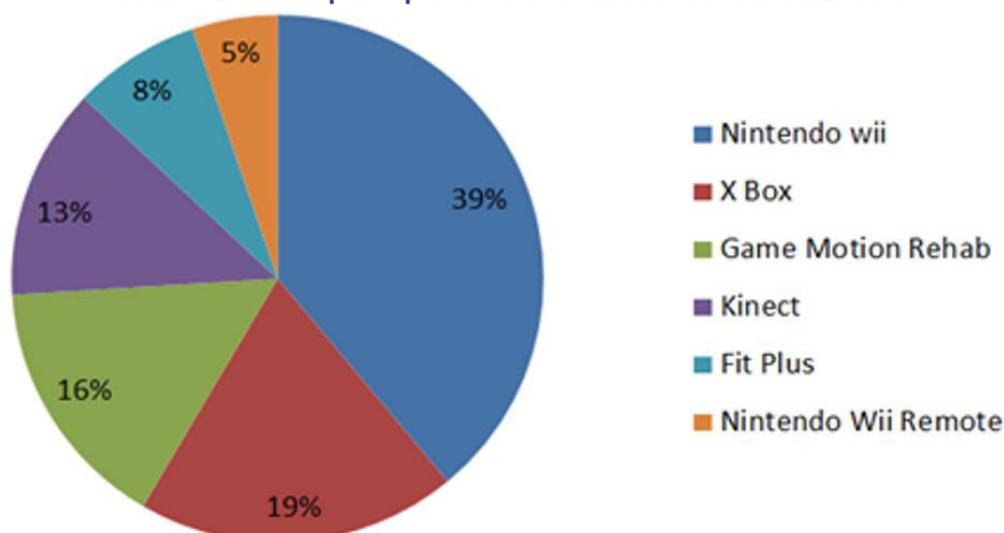
Os títulos e objetivos dos 10 estudos incluídos nesta revisão encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Principais estudos incluídos nesta revisão de atualização.

Autor	Título	Objetivo
TADAIESKY et al., 2019	Atuação da fisioterapia e realidade virtual sobre a marcha de idosos com doença de Alzheimer	Analisar a marcha de idosos com Doença de Alzheimer antes e após esse protocolo de tratamento fisioterapêutico associado à realidade virtual.
POMPEU et al., 2014	Os efeitos da realidade virtual na reabilitação do acidente vascular encefálico: Uma revisão sistemática	Realizar um levantamento e análise crítica da literatura sobre os efeitos da realidade virtual na recuperação do equilíbrio, membro superior e percepção/cognição de pacientes pós-AVE.
LIMA et al., 2021	A inserção da realidade virtual aplicada na recuperação físico-funcional de membros superiores após acidente vascular encefálico: uma revisão sistemática	Verificar a eficácia, por meio de uma revisão sistemática da literatura, do uso da realidade virtual na recuperação funcional dos membros superiores em pacientes com sequelas de AVE
SOARES et al., 2020	A realidade virtual na reabilitação do paciente com sequelas de acidente vascular encefálico: uma revisão bibliográfica	Apresentar os efeitos do uso da reabilitação virtual em pacientes com sequelas de AVE, além de seus conceitos e possibilidades.
SCHIAVINATO et al., 2011	Influência da Realidade Virtual no Equilíbrio de Paciente Portador de Disfunção Cerebelar - Estudo de Caso	Demonstrar a influência da realidade virtual, com a utilização do sistema de jogo Wii, no equilíbrio de paciente com disfunção cerebelar e seus efeitos em médio prazo.
CARVALHO; RAMALHO, 2015	Uso da realidade virtual no tratamento fisioterapêutico de indivíduos com Síndrome de Down.	Verificar os efeitos do uso da realidade virtual como auxiliar no tratamento fisioterapêutico de crianças e adolescentes com Síndrome de Down a partir da exploração literária sobre o tema proposto.
FIUSA; ZAMBONI, 2020	Atualizações na doença de Parkinson através do tratamento com realidade virtual em 2018/2019	Verificar as técnicas mais utilizadas pelos pesquisadores atualmente na realidade virtual, por meio de revisão bibliográfica, para a reabilitação na doença de Parkinson.
VIEIRA et al., 2014	Realidade virtual na reabilitação física de pacientes com doença de Parkinson.	Apresentar e discutir, por meio de revisão de literatura simples, os efeitos terapêuticos da realidade virtual nesses pacientes.
SANTANA et al., 2015	Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson	verificar os efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson, com aplicação do questionário da doença de Parkinson (PDQ-39), antes e após o tratamento.
SANTOS, 2021	Benefícios da realidade virtual e robótica na reabilitação de pacientes com Esclerose Múltipla- Revisão Sistemática.	Avaliar os benefícios da tecnologia, presente na Robótica e na Realidade Virtual, no tratamento fisioterapêutico de pacientes com esclerose múltipla.

Os principais aparelhos utilizados na reabilitação neurofuncional encontram-se descritos no Gráfico 2. O Nintendo Wii foi o mais usado (39%), X Box (19%), Game Motion Rehab (16%), Kinect (13%), Fit Plus (8%) e Nintendo Wii Remote (9%).

Gráfico 2 - Principais aparelhos de realidade virtual utilizados.



DISCUSSÃO

Para melhor entendimento do assunto a discussão será dividida por tópicos de acordo com as patologias neurológicas tratadas com o recurso de realidade virtual.

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é considerada uma das demências mais incidentes na terceira idade (GUTIERREZ *et al.*, 2014). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que 18 milhões de homens e mulheres sofrem de Alzheimer, e a projeção é de que esse número possa dobrar até 2025, atingindo pelo menos 34 milhões de pessoas (LIMA *et al.*, 2016). O estudo de Tadaiesky *et al.*, (2019) concluiu que a fisioterapia associada à realidade virtual promoveu melhorias dos padrões de marcha das idosas. Diante disso, pode-se inferir que houve melhora do equilíbrio e posteriormente diminuição do risco de quedas e maior independência na marcha das idosas pesquisadas com Doença de Alzheimer. De acordo com o autor, o protocolo utilizado (Realidade virtual X Box 2.0 / 2 vezes na semana / 50 minutos) foi bem aceito por parte das pesquisadas. E, além disso, foi notado motivação das participantes, mudança no humor, boa participação assim como foi visível a maior atenção e concentração para que pudessem reproduzir os movimentos da dança e depois o circuito convencional de treino de marcha.

Um estudo transversal realizado por Ismail *et al.* (2019) concluiu que idosos com doença de Alzheimer apresentam maiores riscos de quedas em relação aos sem a doença de Alzheimer. Portanto, podemos compreender que a fisioterapia associada à realidade virtual trouxe importantes ganhos para idosas com Alzheimer, uma vez que houve melhora no padrão da marcha, especialmente nas fases de apoio, assim como apresentaram redução no tempo de percurso, aumento no comprimento dos passos e redução no número de passos para a distância de 10 metros (ISMAIL *et al.*, 2019).

Acidente Vascular Encefálico

A expressão acidente vascular encefálico corresponde a uma anormalidade funcional

do sistema nervoso central que ocorre quando há um bloqueio do suprimento sanguíneo para o encéfalo (SALES *et al.* 2014; AGUIAR *et al.* 2022) Além disso, ele é responsável por uma série de sequelas, como por exemplo, dificuldade na marcha e déficit nas atividades de vida diária, comprometendo assim a sua qualidade de vida (MORAIS *et al.* 2015) Porém, o grau da sequela depende de diversos fatores como área de extensão cerebral atingida, localização e idade (GOMES, SENNA, 2008), após o episódio do acidente vascular cerebral é de suma importância que o indivíduo recupere a sua independência funcional.

Sobre a sua etiologia, esse problema pode ser classificado em AVE do tipo isquêmico e AVE do tipo hemorrágico, o primeiro tipo é o mais prevalente, pois a sua principal causa é a obstrução dos vasos sanguíneos, o segundo tipo é o mais grave, pois causa extravasamento de sangue para o encéfalo. (HINKLE, CHEEVER, 2016) Nesse contexto, ainda existem outros fatores de riscos que favorece as chances de ocorrer esse problema como hipertensão, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, alcoolismo e inatividade física (GAGLIARDI, 2015) uma revisão realizada recentemente concluiu que idosos, de ambos os sexos, acima dos 60 anos, sem escolaridade, aposentados e trabalhadores do lar estão mais susceptíveis a sofrerem episódio de acidente vascular cerebral (SANTOS, WATERS, 2020).

Os três estudos que utilizaram a realidade virtual na reabilitação de pacientes com acidente vascular encefálico (POMPEU *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2020) mostraram resultados significativos para a melhora da marcha, equilíbrio, função do membro superior, cognição e na percepção. O estudo de Soares *et al.* (2020) descreveu os principais aparelhos de realidade virtual utilizados em pacientes com acidente vascular encefálico: Nintendo wii, Wii mote, Game Motion rehab, Kinect, Xbox e Fit plus. Portanto, a realidade virtual associada à fisioterapia convencional pode ser eficaz para recuperação motora dessa população, pois ambientes virtuais estimulam as áreas responsáveis pela cognição no córtex cerebral. A cognição pode ser definida como a associação das funções mentais, o qual envolve a percepção, aprendizado, compreensão, atenção e memória. Diante disso, a reabilitação atua na regeneração ou estimulação dessas habilidades, substituindo assim os circuitos cerebrais afetados por outros intactos. Processo esse que chamamos de neuroplasticidade (CHOI *et al.*, 2014; FERLA, GRAVE, PERICO, 2015).

Disfunção Cerebelar

Entre as afecções neurológicas, as disfunções cerebelares são as mais frequentes no que se diz respeito ao déficit de equilíbrio. Essas disfunções possuem sintomas clássicos, como a ataxia, hipotonia muscular, nistagmo, disartria e tremor ao movimento. Logo, uma das funções primordiais do cerebelo é a de avaliar se os movimentos iniciados estão sendo realizados harmoniosamente. Se o movimento não está sendo executado de forma correta, o cerebelo envia sinais de feedback para corrigir e modificar os movimentos, sendo ainda a principal região do encéfalo reguladora da postura e equilíbrio (LUNDY-EKMAN, 2008).

O estudo de Schiavinato *et al.* (2011) sugeriu um protocolo de tratamento com a realidade virtual, foi utilizado um videogame da marca Nintendo, denominado Wii, onde o jogo atribuído a este protocolo foi o Wii Fit. Este jogo possui um acessório, chamado Balance Board, sendo este responsável pela interface entre máquina e jogador. De acordo com o autor, o estudo preconiza exclusivamente exercícios para equilíbrio. A duração da execução do protocolo foi de aproximadamente 5 semanas, 2 vezes por semana, totalizando dez sessões, sendo que

cada sessão durava 30 minutos. No final do protocolo foram observadas melhoras significativas no equilíbrio dos pacientes com disfunções cerebelares, assim como maior independência para realização das tarefas diárias. Além disso, o autor enfatizou que não foram encontrados estudos que abordem a realidade virtual como recurso na fisioterapia neurofuncional para o tratamento do equilíbrio de pacientes com disfunções cerebelares. E também sugeriu a realização de futuras pesquisas, permitindo uma melhor compreensão da temática abordada.

Doença de Parkinson

A doença de Parkinson foi mencionada pela primeira vez por James Parkinson, no ano de 1817 (SIMON, TANNER, BRUNDIN, 2020). Atualmente, sua etiologia é desconhecida, porém devido os avanços das pesquisas surgiram diversas hipóteses para a sua patogênese, sabe-se que ela é multifatorial e alguns de seus fatores de risco são: predisposição genética (BILLINGSLEY *et al.*, 2018), exposição a produtos químicos (GOLDMAN, 2014; TANNER *et al.*, 2014) e traumatismo craniano (XUE *et al.*, 2020). Considerada a segunda afecção neurodegenerativa e progressiva mais comum que atinge o sistema nervoso central, com prevalência maior na população idosa acima de 60 anos atingindo mais o sexo masculino (FUKUNAGA *et al.*, 2014; PRINGSHEIM *et al.*, 2014; LEE, 2016). Seu diagnóstico é feito através da existência dos seguintes sinais: bradicinesia, rigidez e tremor de repouso (MORRIS, 2000; BALDERESCHI *et al.*, 2000).

Além disso, os indivíduos diagnosticados com doença de Parkinson, em estágios mais avançados, apresentam déficit no equilíbrio, postura em flexão, ou seja, inclinação anterior do tronco, semiflexão dos joelhos, quadris e cotovelos que podem estar associados com a dificuldade durante a marcha (MORRIS, 2000; BALDERESCHI *et al.*, 2000; CHO *et al.*, 2010). A deficiência na marcha é uma das principais queixas de pacientes com DP; conhecida como marcha festinante que é caracterizada por pequenos passos, rápidos e arrastados sem o balanço dos braços, além disso, possui redução da velocidade, comprimento do passo e instabilidade postural esses fatores deixam o controle sobre sua postura prejudica tornando-a mais instável, favorecendo assim o risco de quedas (CHO *et al.*, 2010; SUAREZ *et al.*, 2011; NOCERA *et al.*, 2010; HAUSDORFF *et al.*, 2003).

Os estudos que realizaram realidade virtual em indivíduos com doença de Parkinson (FIUSA; ZAMBONI, 2020; VIEIRA *et al.*, 2014; SANTANA *et al.*, 2015) relataram que este recurso é capaz de gerar melhorias significativas na qualidade de vida, equilíbrio, capacidade cognitiva e desempenho da marcha. De acordo com Vieira *et al.*, 2014, a busca pela melhor forma de treinamento deve ser objeto de estudo e compreensão para profissionais que trabalham com reabilitação neurofuncional. A reabilitação baseada em realidade virtual tem se tornado uma das tecnologias mais inovadoras aplicada à fisioterapia. Sua utilização é bastante eficaz no tratamento de distúrbios motores de lesões neurológicas, por outro lado o fisioterapeuta precisa realizar uma avaliação bastante minuciosa com objetivo de descobrir o grau de comprometimento funcional, para assim traçar os objetivos e condutas. Os aparelhos de realidade virtual mais utilizados nesses estudos foram Nintendo Wii, Xbox Kinect, Nintendo Wii Fit, Xbox 360 e Nintendo Wii Remote.

No estudo experimental realizado por Vieira *et al.*, 2014 foi concluído que o tratamento com realidade virtual melhorou a qualidade de vida dos idosos com doença de Parkinson, com ênfase para a percepção de qualidade de vida relacionada ao bem-estar emocional e estigma, seguidos de mobilidade e cognição. Assim o autor sugeriu que o enfrentamento da doença de

Parkinson deve contemplar, além de seus sinais e sintomas, aspectos relacionados à qualidade de vida, a fim de não subestimar a complexidade do sujeito e a repercussão subjetiva da doença e/ou tratamento. Uma revisão realizada por Garcia *et al.*, 2021 observou que a doença de Parkinson apresenta sintomas não motores como o transtorno depressivo que podem abreviar a evolução da patologia. Diante disso, podemos sugerir que a realidade virtual pode causar efeitos positivos não só na melhora dos sinais motores, mas também dos não motores.

Síndrome de Down

A síndrome de Down é considerada uma condição de origem genética causada pela presença de um cromossomo a mais, o par 21, também conhecido como trissomia 21. Esta alteração afeta o desenvolvimento do ser humano, determinando algumas características físicas e cognitivas. A maioria das pessoas diagnosticadas com esta síndrome apresenta a denominada trissomia 21, isto significa que um cromossomo extra está presente em todas as células do corpo, devido a um erro na separação dos cromossomos 21 em uma das células dos pais (MARI-NHO, 2018; SANTOS; RODRIGUES, 2021).

O único estudo que utilizou a realidade virtual no tratamento da síndrome de Down (CARVALHO; RAMALHO, 2015) sugeriu que a realidade virtual pode ser um importante recurso na reabilitação em crianças com síndrome de Down, visto que pode promover benefícios nas alterações sensório-motoras e oferecer influência na motivação ao tratamento e no combate ao sedentarismo. Por outro lado, de acordo com o autor, mesmo com o grande número de estudos referentes à temática abordada, ainda há necessidade de avanços neste campo de pesquisa, especialmente no Brasil, no sentido de ampliar os conhecimentos na área e melhorar a aplicação da ferramenta.

Esclerose Múltipla

A esclerose múltipla é considerada uma patologia crônica e autoimune, que atinge o sistema nervoso central, mais particularmente a substância branca e outras áreas também como: o cérebro e a medula espinhal gerando lesões cerebrais e medulares (TRAPP *et al.*, 1999; SOUZA; RIESCO, 2021). Não é considerada contagiosa, porém o seu tratamento tem o objetivo de amenizar os sinais e sintomas e com isso e desacelerar sua progressão (FILLIS *et al.*, 2022). Seus sinais clínicos são: alteração do equilíbrio, depressão, fraqueza muscular, fadiga intensa, da coordenação motora, dores musculares, déficits visuais, disfunção intestinal e da bexiga, ansiedade, possíveis déficits auditivos, espasticidade e transtornos cognitivos (CAETANO, 2021; LUNDY-EKMAN, 2008).

O estudo de Santos, (2021) destacou que a realidade virtual pode ser uma boa aliada no tratamento fisioterapêutico de pacientes com esclerose múltipla, os principais benefícios foram Melhora da marcha, equilíbrio estático e dinâmico, qualidade de vida e, além disso, preveniu o risco de quedas. Por outro lado, o autor enfatizou que ainda que existam variações nas técnicas, escores de elegibilidade, duração e frequência aplicadas nos estudos analisados. Contudo, a realidade virtual aliada à robótica, faz-se necessário salientar a importância da criação de novos estudos. Todos os estudos que fizeram parte da revisão de Santos, (2021) sugerem que a fisioterapia neurofuncional associada à robótica e a realidade virtual causam benefícios e um desfecho favorável à reabilitação de indivíduos com esclerose múltipla. Os principais recursos utilizados

foram: Treino de marcha assistida por computador, Nintendo Wii Balance Board System e Sistema de treinamento de equilíbrio utilizando o ambiente de realidade virtual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados nesta revisão de atualização demonstraram que a realidade virtual promove bons resultados no desempenho da marcha, principalmente no equilíbrio, mobilidade funcional, sintomas motores e não motores em diversas patologias neurológicas como Doença de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico, Disfunção Cerebelar, Doença de Parkinson, Síndrome de Down e Esclerose Múltipla.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Érica Simões *et al.* Fatores que aumentam a incidência de mortalidade por acidente vascular encefálico. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, p. e30911124866-e30911124866, 2022.

AIRES, antônia neila Pinto *et al.* Tecnologia assistiva na fisioterapia neurofuncional: revisão de literatura. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)*, v. 7, 2020.

BALDERESCHI, Marzia *et al.* Parkinson's disease and parkinsonism in a longitudinal study: two-fold higher incidence in men. *Neurology*, v. 55, n. 9, p. 1358-1363, 2000.

BERTOLDI, Flavia Cristina; SILVA, José Adolfo Menezes Garcia; FAGANELLO-NAVEGA, Flávia Roberta. Influência do fortalecimento muscular no equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 117-122, 2013.

BRAGA, Mariluci. Realidade virtual e educação. *Revista de biologia e ciências da terra*, v. 1, n. 1, p. 0, 2001.

BRAZ, Nayara Felicidade Tomaz *et al.* Effectiveness of Nintendo Wii in functional and health outcomes of individuals with Parkinson's disease: a systematic review. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, n. 1, p. 100-106, 2018.

CARVALHO MELLO, Bruna Cavalcanti; RAMALHO, Tayse Figueiredo. Uso da realidade virtual no tratamento fisioterapêutico de indivíduos com Síndrome de Down. *Revista Neurociências*, v. 23, n. 1, p. 143-149, 2015.

CHO, Catherine *et al.* Frequency-velocity mismatch: a fundamental abnormality in parkinsonian gait. *Journal of neurophysiology*, v. 103, n. 3, p. 1478-1489, 2010.

CHOI, Jun Hwan *et al.* Effectiveness of commercial gaming-based virtual reality movement therapy on functional recovery of upper extremity in subacute stroke patients. *Annals of rehabilitation medicine*, v. 38, n. 4, p. 485-493, 2014.

COFFITO. Resolução N°. 396/2011 – Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Neurofuncional e dá outras providências. Brasil, 2011.

DEUTSCH, Judith E. *et al.* Use of a low-cost, commercially available gaming console (Wii) for rehabilitation of an adolescent with cerebral palsy. *Physical therapy*, v. 88, n. 10, p. 1196-1207, 2008.

DOMINGOS, Souza; BORLOTI, Elizeu. Medidas comportamentais de presença em ambientes virtuais. *Revista CES Psicologia* ISSN, v. 9, n. 1, p. 47-64, 2016.

FERLA, Fabíola Lindemann; GRAV, Magali; PERICO, Eduardo. Fisioterapia no tratamento do controle de tronco e equilíbrio de pacientes pós AVC. *Revista Neurociências*, v. 23, n. 2, p. 211-217, 2015.

FIORINDO, Vitoria Ferreira. Realidade virtual: uma valiosa simbiose entre tecnologia e fisioterapia. *ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498*, v. 17, n. 17, 2021.

FIUSA, Jessika Mehret; ZAMBONI, Jociléia Wilseque. Atualizações na doença de Parkinson através do tratamento com realidade virtual em 2018/2019. *Revista Neurociências*, v. 28, p. 1-8, 2020.

FUKUNAGA, Jackeline Yumi *et al.* Postural control in Parkinson's disease. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, v. 80, p. 508-514, 2014.

GAGLIARDI, Rubens José. Prevenção primária da doença cerebrovascular. *Diag tratamento*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 88-94, 2015.

GOLDMAN, Samuel M. Environmental toxins and Parkinson's disease. *Annual review of pharmacology and toxicology*, v. 54, p. 141-164, 2014.

GOMES, Shirley Rangel; SENNA, Mônica. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 2, 2008.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello *et al.* Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 4479-4486, 2014.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In: Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 2016.

LEE, Andrea; GILBERT, Rebecca M. Epidemiology of Parkinson disease. *Neurologic clinics*, v. 34, n. 4, p. 955-965, 2016.

LEITE, Vinicius; WANICK, Vanissa; XAVIER, Guilherme. Design e aplicabilidade interativa em realidade virtual: o caso do jogo Don Jorge VRXP. 2019

LEVY, José Antonio; OLIVEIRA, Acary Souza Bulle. Reabilitação em doenças neurológicas: guia terapêutico prático. Atheneu, 2003.

LIMA, Andressa Maria Amorim *et al.* O papel da fisioterapia no tratamento da Doença de Alzheimer: uma revisão de literatura. *BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, v. 7, n. 1, 2016.

LIMA, Deysiara Ferreira *et al.* A inserção da realidade virtual aplicada na recuperação físico-funcional de membros superiores após acidente vascular encefálico: uma revisão sistemática. *Fisioterapia Brasil*, v. 22, n. 3, p. 486-499, 2021.

LIMA, Kelly Oliveira; HAYASHI-XAVIER, Angela Mitzi; RODRIGUES, Thuam Silva. A realidade virtual e o idoso com sequelas de acidente vascular encefálico. *Revista Longeviver*, 2021.

LUNDY-EKMAN, Laurie. *Neurociência: fundamentos para a reabilitação*. Elsevier Brasil, 2008.

LUVIZUTTO, Gustavo José; DE SOUZA, Luciane Aparecida Pascucci Sande. *Avaliação Neurológica*

Funcional. Editora Appris, 2020.

MARINHO, Matheus Falcão Santos. A intervenção fisioterapêutica no tratamento motor da síndrome de down: uma revisão bibliográfica. *Revista Campo do Saber*, v. 4, n. 1, 2018.

MORAIS, Huana Carolina Cândido *et al.* Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, p. 136-143, 2015.

MORRIS, Meg E. Movement disorders in people with Parkinson disease: a model for physical therapy. *Physical therapy*, v. 80, n. 6, p. 578-597, 2000.

OLIVEIRA, Julimar Fernandes de *et al.* Qualidade de vida de idosos que cuidam de outros idosos com doenças neurológicas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, p. 428-438, 2018.

PAVÃO, Silvia Leticia *et al.* Impacto de intervenção baseada em realidade virtual sobre o desempenho motor e equilíbrio de uma criança com paralisia cerebral: estudo de caso. *Revista paulista de pediatria*, v. 32, p. 389-394, 2014.

POMPEU, José Eduardo *et al.* Os efeitos da realidade virtual na reabilitação do acidente vascular encefálico: Uma revisão sistemática. *Motricidade*, v. 10, n. 4, p. 111-122, 2014.

PRINGSHEIM, Tamara *et al.* The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement disorders*, v. 29, n. 13, p. 1583-1590, 2014.

SALES, Beatriz Alves *et al.* Acidente vascular encefálico hemorrágico: caso clínico multidisciplinar. *Facit Business and Technology Journal*, v. 2, n. 33, 2022.2. Intervenção educativa no conhecimento dos familiares de pessoas com acidente vascular cerebral. Monografia (curso de especialização em linhas de cuidados de enfermagem). Florianópolis. UFSC, 2014, 28p.

SANTANA, Charleny Mary Ferreira de *et al.* Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, p. 49-58, 2015.

SANTOS, Carla Chiste Tomazoli; RODRIGUES, Janara Raquel Sales Machado; RAMOS, Jacqueline Lima De Souza. A atuação da fisioterapia em crianças com síndrome down. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 4, n. 8, p. 79-85, 2021.

SANTOS, Fernanda Fernandes; DA SILVA SANTOS, Dayana. Benefícios da realidade virtual e robótica na reabilitação de pacientes com Esclerose Múltipla-Revisão Sistemática. *Ciência em Movimento*, v. 23, n. 47, p. 1-12. 2021

SANTOS, Lucas Bezerra; WATERS, Camila. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 1, p. 2749-2775, 2020.

SCHIAVINATO, Alessandra Maria *et al.* Influência da realidade virtual no equilíbrio de paciente portador de disfunção cerebelar: estudo de caso. *Revista Neurociências*, v. 19, n. 1, p. 119-127, 2011.

SHARP, Kathryn; HEWITT, Jonathan. Dance as an intervention for people with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 47, p. 445-456, 2014.

SILVA, Maria da Conceição Nascimento da; CAVALCANTI, Dominique Babini Albuquerque.

Avaliação da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla: impacto da fadiga, ansiedade e depressão. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 26, p. 339-345, 2019.

SILVA, Maria Eduarda *et al.* Doença de Parkinson, exercício físico e qualidade de vida: uma revisão. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 9, p. 71478-71488, 2020.

SIMON, David K.; TANNER, Caroline M.; BRUNDIN, Patrik. Parkinson disease epidemiology, pathology, genetics, and pathophysiology. *Clinics in geriatric medicine*, v. 36, n. 1, p. 1-12, 2020.

SOARES, Brunna Rodrigues *et al.* A realidade virtual na reabilitação do paciente com sequelas de acidente vascular encefálico: uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, p. e734986253-e734986253, 2020.

SOUSA, Angélica Vieira Cavalcanti *et al.* Influência do treino em esteira na marcha em dupla tarefa em indivíduos com Doença de Parkinson: estudo de caso. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 21, n. 3, p. 291-296, 2014

TABORDA, Bianca *et al.* Efeito da Realidade Virtual no deslocamento do COP de indivíduos com hemiplegia. *ConScientiae Saúde*, v. 15, n. 3, p. 354-360, 2016.

TADAIESKY, Raíssa Cunha *et al.* Atuação da fisioterapia e realidade virtual sobre a marcha de idosos com doença de Alzheimer. *Journal of Aging and Innovatoin*, v. 8, n. 3, p. 50-61, 2019.

TANNER, Caroline M. *et al.* The disease intersection of susceptibility and exposure: chemical exposures and neurodegenerative disease risk. *Alzheimer's & dementia*, v. 10, p. S213-S225, 2014.

THOMSON, Ann *et al.* Fisioterapia de TIDY. In: *Fisioterapia de Tidy*. 2002

TREML, Cleiton José *et al.* O uso da plataforma Balance Board como recurso fisioterápico em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, p. 759-768, 2013.

VIEIRA SANTOS, Lucileide; GASPAR OLIVEIRA, Jorge. Realidade virtual com fins terapêuticos. *Journal of Child & Adolescent Psychology/Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, v. 9, n. 1, 2018.

VIEIRA, Gisele De Paula *et al.* Realidade virtual na reabilitação física de pacientes com doença de Parkinson. *Journal of human Growth and Development*, v. 24, n. 1, p. 31-41, 2014.

WALKER, Martha L. *et al.* Virtual reality–enhanced partial body weight–supported treadmill training poststroke: feasibility and effectiveness in 6 subjects. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 91, n. 1, p. 115-122, 2010.

XUE, Junjun *et al.* Head Injury and Parkinson Disease: Updated Evidence from Meta-Analysis Studies. 2020.

Capítulo
25



Apropriação do mindfulness pela terapia cognitiva comportamental

Lucigleyson Ribeiro do Nascimento

<http://lattes.cnpq.br/1197065581622081>

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.25

RESUMO

A terapia cognitiva comportamental (TCC) é um modelo terapêutico que passou a ser amplamente aplicado e considerado eficaz para inúmeros sofrimentos psíquicos, dentre os quais as prevalente depressão, ansiedade e transtornos de personalidade. Mindfulness é a prática que orienta a atenção de uma forma plena para a realidade como ela de fato se apresenta, ou seja, sem julgamentos, proporcionando um despertar para fenômenos internos e externos, promovendo, por consequência, flexibilidade cognitiva, emocional e comportamental para circunstâncias desagradáveis. O presente trabalho pretende apresentar, através de um recorte histórico, o processo de como o Mindfulness é aplicado pelas terapias cognitivas comportamentais de terceira onda e, como cada uma, ao seu modo, o integra aos seus conceitos. O trabalho se propõe a discutir semelhanças e diferenças nesse processo de apropriação. Para isso, realizou-se uma revisão narrativa de literatura, método adequado para descrever, discutir e realizar a análise crítica do que vem sendo publicado sobre determinado tópico de interesse da comunidade científica. Este trabalho apresentou o panorama atual das publicações em relação à adoção, por parte da TCC, dos conceitos centrais de mindfulness, mesmo em tratamentos em que este termo não seja expressamente utilizado.

Palavras-chave: terapia cognitiva comportamental. atenção plena. mindfulness.

INTRODUÇÃO

Existem múltiplas abordagens na prática clínica terapêutica, sendo a terapia cognitiva comportamental, citada daqui em diante como TCC, um modelo direto e sintético, focado nos problemas atuais do paciente; também considerada uma das práticas mais consolidadas, por ser baseada em evidências científicas (BARLETA, 2022; DOBSON, 2018). Ela também vem ganhando espaço na clínica diária por se preocupar em agregar, de forma pioneira e transformadora, aspectos até então deixados de lado por outros campos da psicologia como a relação terapêutica e o mindfulness.

O termo TCC pode ser considerado um termo “guarda-chuva”, ou seja, genérico, pois não há apenas um tipo de psicoterapia cognitiva comportamental. De fato, quando se fala em psicoterapias cognitivas comportamentais, está se referindo a mais de vinte abordagens. Essas se diferenciam pelas ferramentas e conceitos adotados frente a múltiplos transtornos, unindo-se por uma essência comum, o Modelo Cognitivo, que é um modelo explicativo do funcionamento humano (BECK, 2021).

Os fundamentos práticos desse modelo envolvem as seguintes premissas: a atividade cognitiva, que influencia o comportamento; a atividade cognitiva que pode ser monitorada e alterada e, por fim, o comportamento desejado, que pode ser alcançado pela mudança cognitiva (DE ALMEIDA, 2021). Em 2004, Steven C. Hayes, renomado autor e professor do departamento de psicologia da Universidade de Nevada, propôs uma classificação das diferentes fases da TCC em “ondas”. Nela, ele propõe que as diferentes gerações das TCC, ao surgir, não rompem com o que já está consagrado e estabelecido, pelo contrário, incorpora aspectos pertinentes e duradouros de uma forma abrangente e ampla, dessa forma, dando continuidade e aperfeiçoando os trabalhos anteriores (HAYES, 2004).

A primeira onda tem como origem e fundamentações os trabalhos de Pavlov, que trouxeram o conceito de condicionamento e permitiram a aplicação da psicologia comportamental para

a prática clínica (PAVLOV, 1960). John Watson, considerado fundador do behaviorismo, traz ênfase na objetividade dos estudos dos comportamentos desenvolvendo técnicas de modelagem e dessensibilização (STRAPASSON, 2012).

A partir dos anos 60, as ideias de Albert Ellis e de Aaron Beck marcaram o que é conhecida como a segunda onda de TCC. Albert Ellis inova por trazer uma teoria que vai além do modelo comportamental, considerando aspectos cognitivos. Ellis acreditava que, ao se monitorar e desafiar as crenças básicas, poderia se conseguir promover a saúde psíquica, pois o comportamento dos indivíduos era regido por influências; dessa forma, não somente podem ser considerados inatos como também adquiridos (COLE, 2022).

Já Aaron Beck une técnicas comportamentais e cognitivas, ele compreende que em vez de focar nos sintomas, o terapeuta deve se voltar para os pensamentos distorcidos e esses, por sua vez, são os que deveriam ser tratados (ABREU, p. 322, 2006). Dessa forma, apesar das divergências entre o que se considera teoria comportamental e teoria cognitiva, de forma vanguardista, formulou-se um modelo terapêutico que passou a ser amplamente aplicado e considerado eficaz para inúmeros sofrimentos psíquicos, dentre os quais as prevalente depressão, ansiedade e transtornos de personalidade, sendo até hoje uma terapia sólida, embasada em prática científica como em diversas metanálises recentes, fazendo a TCC, atualmente, a terapia mais sólida em relação à validade científica (REAVELL, 2018; SPRINGER, 2018; LI, 2022; CHAKHSSI, 2021).

Com o tempo, novos estudos vêm surgindo e novas maneiras de tratamento são estudadas dando espaço para a terceira onda. Apesar de a segunda onda ter se mostrado empiricamente eficaz no tratamento dos mais diversos transtornos psiquiátricos (ALER, p. 7-16, 2017), as práticas de terceira geração, ou melhor dizendo “onda”, vêm acrescentar com novas perspectivas terapêuticas (conjunto de técnicas desenvolvidas e validadas pela psicologia baseada em evidência). Ressalta-se que, como o que se propõe, como nas metáforas das ondas, esses avanços são movimentos de abrangência que, ao surgirem, passam a manter atributos das consagradas técnicas de gerações anteriores como: automonitoramento, exposição e prevenção de resposta (LINARDON, 2017; FELIU-SOLER, 2018). Nesse terceiro momento, surgem diversas novas terapias. Para citar algumas de maior relevância, por serem amplamente empregadas e figurarem na maioria das publicações, tem-se: Terapia Comportamental Dialética, a Terapia da Aceitação e Compromisso, a Terapia Focada na Compaixão, a Terapia do Esquema e a Terapia Cognitiva Processual. Nessa onda, o foco maior é nos processos cognitivos, com destaque para as reações ao pensamento e um menor foco na natureza do pensamento. A terceira onda vem acrescentar, por sua maior abrangência e preocupação, não só com resultados práticos, mas em fincar uma proximidade com as dificuldades inatas ao homem de uma forma vasta.

Como se percebe, são numerosas as “terapias” que se encaixam dentro do universo da terceira onda, pois cada uma apresenta peculiaridades que as tornam únicas no seu *modus operandi*. Todavia, postula-se que elas se aproximam em sua essência em muitos conceitos e por estarem abertas a epistemologias outras como behaviorismo radical, construtivismo cognitivo, modelos interativos cognitivos, dentre os quais se destacam os conceitos da Filosofia zen, como o Mindfulness, que será exposto mais à frente. Em especial, o Mindfulness alinha-se a todas essas propostas, já que essa ferramenta vai ao encontro de uma das principais essências dessa terceira onda, em que as pessoas não devem se esforçar para modificar pensamentos e sen-

timentos, partindo do ponto de que pensamento não controla ação (VANDENBERGHE, 2006). O Mindfulness, como um braço da TCC, surge de crenças empíricas de que a aproximação do indivíduo aos seus pensamentos, emoções, sensações corporais levam-no a adquirir, como em um treino, a capacidade de controlar seus processos mentais.

O presente trabalho pretende apresentar, através de um recorte histórico, o processo de como o Mindfulness é aplicado pelas terapias cognitivas comportamentais de terceira onda e, como cada uma, ao seu modo, o integra aos seus conceitos. O trabalho se propõe a discutir semelhanças e diferenças nesse processo de apropriação.

Para isso, realizou-se uma revisão narrativa de literatura, método adequado para descrever, discutir e realizar a análise crítica do que vem sendo publicado sobre determinado tópico de interesse da comunidade científica. Tendo relevância para a educação continuada, permitindo ao leitor, de forma sucinta e breve, se atualizar em temas, ideias, informações e fundamentos de grande relevância para sua vida acadêmica e prática profissional, em um curto espaço de tempo (ERCOLE, 2014).

Para o entendimento dessa apropriação, buscou-se conceituar o Mindfulness: onde e como surgiu, aplicação dele para a clínica e o que ele proporciona, posteriormente. Propôs-se descrever e compreender, brevemente, algumas das terapias de terceira onda mais relevantes em seus conceitos gerais e bases teóricas, retratando como cada umas dessas abordagens se apropria do conceito por trás da atenção plena e como cada uma delas a aplica de maneira particularizada. Através de uma análise crítica, por fim, discutem-se as diferenças nas formas como a atenção plena é conceituada e praticada. Sendo, portanto, relevante produzir um material atualizado e conciso que consiga sintetizar de forma objetiva essa temática.

TEMAS REVISADOS

Mindfulness: origens e primeiras aplicações na saúde ocidental

Dentro de uma perspectiva ocidental, a definição de Mindfulness, amplamente divulgada, é a de prática que orienta a atenção de uma forma plena para a realidade como ela de fato se apresenta, ou seja, sem julgamentos, proporcionando um despertar para fenômenos internos e externos, promovendo, por consequência, flexibilidade cognitiva, emocional e comportamental para circunstâncias desagradáveis (RAZZERA, 2022). Conclui-se que não significa forçar a não pensar. Na prática do Mindfulness, infere-se, portanto, que há como ponto central a escolha e a intenção do direcionamento da atenção, demonstrando que se pode mudá-la para o que se deseja evitar e se distanciar das distrações.

Buscando entender suas reais origens, encontrou-se que sua prática remonta da filosofia budista que trabalha com o caminho do nobre óctuplo que se divide em: visão correta, intenção, fala correta, ação correta, vida correta, consciência correta e meditação correta. (ANDRADE, 2016). Diante disso, vê-se que o sétimo passo configura o cultivo de um tipo de consciência dita como a correta, assim, percebe-se que o Mindfulness já era tratado como um passo para libertação do sofrimento humano, que em si é a razão da existência do budismo. A mente humana tende a se comportar de modo a avaliar e reagir, emocionalmente, fazendo com que o indivíduo se afaste do ato segundo essa tradição.

Procurando-se entender o termo, a partir da sua origem, remonta-se ao sânscrito *smṛti*, o que na língua original, está relacionado com *sarati*, que significa “lembrar”; remete à atividade da mente, à constante presença da mente e à lembrança de manter a consciência; ressalta-se aí, que essa noção é mais ampla do que a que com frequência é replicada no ocidente, que se limita à atenção presente sem julgamento na maior parte das vezes (PEREIRA, 2021).

Percebe-se que essa discussão quanto à tradução ainda é um tema atual que abrange toda a comunidade acadêmica global e cânones budistas. Naturalmente, as palavras passam por mudanças contextuais e linguísticas de acordo com o contexto, idioma e sociedade em que são usadas.

Partindo do pressuposto da consciência correta no óctuplo budista, acima descrito, a mente tende a reagir emocionalmente e atribuir juízos de valores ao processo cognitivo como o pensar. Dessa forma, o indivíduo deverá se afastar do ato de sustentar sua consciência de momento a momento (GROSSMAN, 2011). Sendo essa a contraposição ao que Larger (1989) traz, ao se voltar para o que chamou de *Mindlessness*, que é definido como viver em piloto automático, portanto, uma forma de sentir, se comportar e pensar de forma unifocal.

Jon Kabat-Zinn, professor da Universidade de Massachusetts, trouxe o conceito da atenção plena de dentro do budismo para o âmbito acadêmico ocidental. Definindo de forma moderna o *mindfulness*, como “prestar atenção de uma maneira particular, de propósito, no presente” (KABAT-ZINN, 1994, p. 4). Kabat-Zinn baseou-se em uma de suas experiências pessoais ao se engajar em práticas como *Hatha Ioga* e *Meditação Zen Budista*, durante o período do seu doutorado em biologia molecular, observando, pessoalmente, os benefícios dessas práticas para a promoção de seu bem estar, tendo então, incorporado, sob uma ótica de método científico bem estruturado, tais conceitos no campo biomédico (WAGH-GUMASTE, 2022)

Em setembro de 1979, no centro médico da Universidade de Massachusetts, ele iniciou um programa que hoje é denominado *Mindfulness Based Stress Reduction* (Redução do estresse baseado na atenção plena). Esse é um programa (MBRS) intensivo de treinamento semanal durando cerca de 3 horas, nele há o ensinamento de múltiplas técnicas de exercício dentre as quais *Mindfulness*, meditação com atenção à respiração, varredura da consciência do corpo, consciência de corpo em movimento e *Ioga*. A duração total é de 8 semanas. Em sua proposta, deve ser realizado em grupo. Há ainda, orientações práticas diárias que podem ser realizadas em momentos específicos (HIMARAYAMA, 2014). Percebe-se, portanto, que cultivar a atitude plena no aqui e agora é subverter a tendência da sociedade moderna que se encontra automatizada, hiperestimulada e induzida a realizar multitarefas.

Tratamentos baseados em *mindfulness* foram, inicialmente, usados para combater estresse e dor crônica. (ARAÚJO, 2010). Os primeiros estudos científicos vieram do MBSR que, até os dias atuais, encontra resultados positivos para múltiplas afecções humanas. Como a recente revisão de Rezk Schuler *et al.* (2021) que encontrou efeito positivo no tratamento da dor crônica e não oncológica, apontando que o *Mindfulness* pode desempenhar um papel adjuvante no tratamento algico usual. No estudo de Guimarães *et al.* (2021), há evidências da eficácia do *Mindfulness* como técnica de intervenção não medicamentosa, com benefícios de não necessitar de equipamentos e sem efeitos colaterais para tratamento do estresse e da ansiedade na população adulta. Pereira (2020) demonstrou evidências de eficácia clínica de que o MBSR funciona para melhorar sintomas em pacientes com câncer de mama pós-tratamento, particularmente,

sintomas psicológicos e de fadiga.

Para além do MBRS, numerosas intervenções baseadas em Mindfulness passaram a ser criadas e aplicadas no campo da saúde, tendendo também a mostrar impactos positivos na qualidade de vida da população estudada (HIRAYAMA, 2014). As intervenções baseadas em Mindfulness (MBIs) incluem uma ampla gama de práticas de Meditação e Intervenções Psicológicas ligadas pelo conceito de “Mindfulness”. A seguir, apresenta-se como cada uma das TCCs de terceira onda (que foram eleitas para serem apresentadas nesse estudo) compartilham e se apropriam desse conceito e podem ser consideradas MBIs

Mindfulness na terapia comportamental dialética

Terapia comportamental dialética (DBT) é uma técnica psicoterápica que utiliza conceitos da TCC associados a treinamentos de habilidades emocionais e sociais desenvolvida por Dra. Marsha Linehan, tendo como principal objetivo tratar pessoas que sofrem com transtorno de Personalidade Borderline (TPB) (LINEHAN, 2018). Entendendo que técnicas de mudanças comportamentais comuns não eram satisfatórias para pacientes de difícil tratamento, Linehan desenvolveu a DBT, como forma de ir além do modelo cognitivo comportamental. Diferentes estudos mostraram a eficácia da DBT no manejo do sofrimento de pessoas que sofrem com TPB, mostrando-se ser um tratamento valioso na redução tanto da automutilação do adolescente quanto da ideação suicida recorrente (KOTHGASSNER, 2021; MCCAULEY, 2018).

Para além da personalidade limítrofe, a DBT foi vastamente aplicada para uma variedade de casos: foi demonstrado que o treinamento de habilidades DBT é viável na melhoria do comportamento de jovens adolescentes com transtorno opositor desafiador (NELSON-GRAY, 2006); tem sido sugerida também como uma intervenção promissora para aqueles com transtornos alimentares (KENNY, 2020; SAFER, 2001) e para uso abusivo de substâncias (DIMEFF, 2008)

Na DBT, entende-se que o indivíduo adoecido tem uma sensibilidade aumentada a estímulos emocionais, assim, um retorno lento à linha de base. Logo, ela visa aperfeiçoar a capacidade dos pacientes na regulação das respostas afetivas fazendo disso um dos focos do tratamento (PISETSKY, 2019). A base filosófica da DBT é a dialética. Ocorre ênfase em melhorar os padrões de pensamentos substituindo o que era antes visto como pensamento rígido e dicotômico por algo dialético, o que os gregos colocavam como dividir as ideias para poder debatê-las com clareza, colocando os opostos em debate, uma vez que a DBT teoriza que existe nesses pacientes uma incapacidade de ser flexível na resposta aos eventos da vida, o que leva a uma desregulação emocional, e que, por sua vez, induz a comportamentos como violência autodirigida, comportamentos autodestrutivos e inabilidades nos tratos interpessoais (DECOU, 2019).

A DBT foi concebida para terapia de grupo sendo um importante auxílio à terapia individual. Os participantes que se submetem ao cronograma de tratamento da DBT devem participar de uma sessão em grupo e uma individual, semanalmente. Na individual, tem-se a oportunidade de se discutir com mais particularidade e aplicar vivências privadas treinadas e aprendidas em grupo. As estratégias centrais da DBT envolvem avaliação comportamental, psicoeducação, orientação para a lógica, treinamento de habilidades e comunicação estratégica. As sessões em grupo abrangem as habilidades de atenção plena, regulação emocional, tolerância ao sofrimento e eficácia interpessoal. De tal forma, que o treino de competência em atenção plena é colocado na DBT, em sua grande parte, no grupo de treinamento de habilidades. Sendo ditas como cen-

trais e necessárias para o desempenho de habilidades nas outras áreas, entre as quais, tolerância ao sofrimento, regulação emocional e eficácia interpessoal.

De acordo com essas estratégias, tem-se na DBT princípios orientados para a aceitação, adaptados principalmente da filosofia Zen. Entender o processo de assimilação do Mindfulness pela DBT envolve entender o contexto em que ela foi criada.

Marsha Linehan (ano?) sofria com o TPB na sua juventude. Chegou a ser diagnosticada com esquizofrenia, fazendo uso de medicações, horas de análise freudiana e eletroconvulsoterapia. Por essa experiência, ela, como terapeuta, entendeu por que a abordagem que ela estava desenvolvendo deveria incluir habilidades do dia a dia. Ela “tomou emprestado” algumas ferramentas práticas que facilitassem o cotidiano dos clientes e incorporou ensinamentos de outras terapias comportamentais acrescentando elementos, como a meditação da atenção plena, uma técnica zen na qual as pessoas se concentram na respiração e observam suas emoções irem e virem sem agir sobre elas.

As habilidades de atenção plena são ensinadas nas primeiras sessões, posteriormente, revisadas no início de cada módulo. Durante o módulo de habilidades de atenção plena, o treinador apresenta e discute informações sobre os objetivos da prática de Mindfulness e envolve os participantes em inúmeros exercícios práticos. Tais exercícios, incluídos nos primeiros manuais de treinamento de habilidades Linehan, são originários do manual de meditação escrito pelo monge budista vietnamita (HANH, 2001). Os participantes ficam à vontade para externalizar momentos em que não se sentiram sob o controle da mente. A partir desses exemplos, se integram os objetivos da atenção plena através da apresentação de definições como “mente sábia” sob o ponto de vista da fusão da “mente emocional” (comportamento e pensamento sendo influenciados pelas emoções) e “mente racional”, avaliação matemática e lógica sem perpassar por valores e desejos, demonstrando, por meio de discussão de grupo, que pelas ideias Zen todos podem possuir a mente sábia.

Na filosofia budista, o caminho é o do meio, se vê a realidade de um ponto de vista dialético, onde fatos não são tidos como uma verdade unilateral independente ou como tendo uma identidade autônoma e duradoura, mas sim como tendo propriedades que nascem da fusão de múltiplos elementos, constantemente submetidos a mudanças dinâmicas, à medida que afetam outros objetos e são afetados por eles (KUMAR, 2002).

Percebe-se que a DBT incorpora o Mindfulness, na medida que a atenção plena é considerada como a consciência não-julgadora da própria experiência de momento a momento. Ao agregar a atenção plena na terapêutica, está se reconhecendo que a capacidade de focalizar a atenção sem julgamento em algo ou evento escolhido tem vantagens clínicas expressivas e que esta competência pode ser aperfeiçoada por treinamentos. Um problema relatado por muitos, em especial, em momentos de alta emoção, é estar “disperso”; quando os recursos de processamento cognitivo são sequestrados por esses estímulos emocionais, a capacidade de manter o foco é diminuída. Ademais, ainda há aqueles que caem em um ciclo de pensamento extenso e repetitivo sobre eventos que incomodam e têm dificuldade de desligar o fluxo de pensamentos.

O objetivo de instruir e praticar Mindfulness na DBT está na plausibilidade do monitoramento da atenção e na regulação emocional, para que se possa tomar decisões mais deliberadas resultando em melhora da saúde. Na DBT, como descrito acima, isso significa mente sábia.

Como os pacientes TPB tendem a julgar a si mesmos e aos outros, a prática de não julgamento, defendida na Zen, pode trazer enormes benefícios. Os pacientes podem aprender que seus estados emocionais e impulsos de ação vêm e vão como as ondas em um oceano, mas que eles, como observadores, permaneçam constantes. Em ambos os casos, maior capacidade de direcionar o foco de atenção seria útil. Para esta população em particular, um benefício potencial da prática de Mindfulness é que uma maior consciência dos impulsos de ação pode ajudar o indivíduo a agir menos impulsivamente. (ELICES, 2011)

Mindfulness na terapia de aceitação e compromisso

Terapia de aceitação e compromisso (ACT) é uma terapia psicológica que trabalha com base na relação do indivíduo com seus pensamentos, tendo como grandes pilares a modificação cognitiva por intermédio de Aceitação, Mindfulness e Ação baseada em valor (HAYES, 2004). A ACT é uma prática baseada em evidências científicas. Bai (2020), em sua metanálise, mostra sua eficácia para o alívio de sintomas da depressão, após intervenção de três meses.

Estudos recentes também apontam para o papel da ACT em transtorno de ansiedade, podendo inclusive melhorar o bem-estar psicológico e diminuir ruminações (RITZERT, 2020; DEMEHRI, 2018). A ACT tem fundamentos na filosofia chamada “contextualismo funcional”, que se baseia no preceito de que todos os fenômenos pertencem a um mesmo contexto. Essa teoria amplia o fundamento funcionalista do behaviorismo radical.

Os autores da ACT defendem ainda a consonância de recursos e estratégias de outras vertentes, desde que aplicados e analisados conforme o direcionamento analítico-comportamental. A análise contextualista implica que a ação não pode ser considerada isoladamente, ela ocorre em um contexto e interage com ele. Uma explicação baseada em pensamentos e sentimentos seria uma explicação incompleta, pois não atenderia aos propósitos da ciência adotados pelos analistas do comportamento. Levando em consideração o papel das diversas variáveis que podem previsivelmente modificar comportamentos em um contexto, nunca essa análise é tomada de forma isolada (BARBOSA, 2014)

A ACT explica o sofrimento humano através das restrições geradas por eventos fisicamente semelhantes com a situação aversiva original, situações equivalentes à original e relacionadas à original (COSTA, 2022). Sendo nos eventos considerados negativos que se originam inúmeras questões patológicas, dentre as quais fuga e esquivas.

Na esquivas experiencial, o paciente evita seus eventos aversivos; o que diminui o repertório comportamental origina sofrimento psíquico (DOS SANTOS, 2020). Assim, entende-se que ACT tem como objetivo central aumentar a “flexibilidade psicológica” que é entendida como a capacidade de estar atento às experiências no presente, sem julgamento, de forma consciente, com comportamentos voltados a valores, até quando os pensamentos e sentimentos experienciados vão de encontro aos seus valores (FREITAS, 2022).

A ACT, dessa forma, promove a aceitação de pensamentos e sentimentos que são tidos como indesejáveis e endossa ações que somam para a qualidade de vida, tendo como plano de fundo os valores do paciente.

O termo “flexibilidade psicológica” é um termo genérico que explica um modelo que consiste em seis pontos: difusão, aceitação, contato com o momento presente, valores, ação

comprometida e auto contexto.

Hayes *et al.* (2012) fornecem total clareza dos componentes principais do modelo de flexibilidade psicológica. Em termos práticos, a flexibilidade psicológica é expressa em diversos momentos da vida, quando o paciente se adapta a mudanças repentinas, é capaz de mudar de estratégias ao perceber que não se está tendo resultados esperados, ao controlar suas ações para não contrariar ou ferir os seus próprios valores (HAYES, 2012; HAYES, 2005).

Explorando, em seguida, componentes que convergem com o Mindfulness dessa terapêutica, tem-se a aceitação na ACT que significa entrar em contato ativamente com experiências psicológicas de forma direta, completa, sem defesa desnecessária enquanto se comporta de forma eficaz.

Quando as pessoas se envolvem em esquiva experiencial, que está do outro lado do espectro da aceitação, elas não estão dispostas a entrar em contato com seus sentimentos, sensações ou impulsos e tentam se defender contra essas experiências e, ao fazê-lo, não se comportam efetivamente em seus importantes valores.

Na ACT, os pacientes são estimulados a observar suas emoções mais intensas, olhar para os seus pensamentos e emoções como sendo eventos separados da pessoa que os possui, ou seja, fortalecem um reconhecimento do self observador: para exemplificar, as pessoas são encorajadas a dizer “estou tendo um pensamento que sou uma pessoa ruim” ao invés de se rotular como tal (KOHLENBERG, 1993). Dessa forma, entende-se, como pilar da ACT, a mudança de evitação experiencial para aceitação.

É desafiador olhar para o exterior sem tonalizá-lo com uma carga de vivências emocionais experimentadas, ver sob uma ótica da primeira vez o que, de fato, é uma verdade, uma vez que a impermanência das coisas é um fato, propondo-se dessa forma a ampliar o repertório de adaptabilidade.

Aumentar a flexibilidade psicológica tem como passo importante o processo de aprendizagem de observar e entender as emoções, a prática do Mindfulness pode ajudar nesse processo. Na ACT, por outro lado, os clientes são encorajados a reconhecer um self observador que é capaz de observar suas próprias sensações corporais, pensamentos e emoções ao ver esses fenômenos como separados da pessoa que os possui. Por exemplo, as pessoas são ensinadas a dizer: “Estou tendo o pensamento de que sou uma pessoa má”, em vez de “sou uma pessoa má” o que vai de encontro com os preceitos do mindfulness.

Na ACT, as ferramentas da flexibilidade psicológica não são expressamente descritas como Mindfulness ou Meditação como acima exposto, mas entende-se que é na prática do Eu como uma perspectiva e não como conteúdo que a atenção plena ganha espaço. No objetivo de aumentar a consciência de vivências interiores e exteriores por treino de habilidades de aceitação, preceitua-se que o indivíduo não é em si seu fluxo de consciência já que o conteúdo em si é efêmero, passageiro, enquanto o “Eu” permanece perene em sua essência.

A ACT estimula, como visto, a tomada da posição de atenção sem julgamento, à semelhança do mindfulness, dessa forma, se apropriando de conceitos amplamente difundidos em terapias de terceira onda. Mindfulness em ACT permite que o paciente viva de acordo com os seus valores.

Mindfulness e terapia focado na compaixão

A Terapia Focada na Compaixão começou seu desenvolvimento a partir de uma tese de doutorado do professor inglês, Paul Gilbert, em seus estudos sobre depressão, defendida na Universidade de Edinburg, ao entender padrões de auto-criticismo na fala desses pacientes, tendo entendido também que quanto mais intenso e severo era esse autocrítico mais difícil era a melhora patológica (GILBERT, 1980).

Quanto ao conceito de compaixão, a definição mais conhecida é a de Dalai Lama, e embora sua crença fundamental sobre a compaixão venha de seu aprendizado religioso, ele entende que a compaixão transcende esse âmbito e é um conceito pragmático e secular sendo trazida por ele como uma emoção inata profunda e a fonte da verdadeira felicidade. Definindo compaixão verdadeiramente como o profundo engajamento e comprometimento em se envolver e se importar com outras pessoas.

A compaixão é uma característica inerente, mas não necessariamente mantém seu foco e intensidade em um mundo com tantos fatores que a suprimem. Ainda indica que a compaixão pode ser aumentada pela atenção, requerendo disciplina mental para sustentá-la (SNYDERMAN, 2019). As pesquisas têm mostrado relação entre este auto-criticismo e o sofrimento emocional que reverberam em sintomas depressivos e ansiosos.

Essas pesquisas e intervenções baseadas na compaixão vêm sendo desenvolvidas e utilizadas por terapeutas com grande sucesso nos tratamentos de pacientes com sofrimento emocional e psicológico (LEAVISS, 2015).

Terapia Focada na Compaixão (TFC) tem como foco fomentar uma atitude calorosa, compassiva e de aceitação voltada para si mesmo e outros, a fim de trabalhar a autocrítica e isolamento (GILBERT, 2014). Na visão proposta pela TFC, consideram-se três subsistemas neurobiológicos importantes no funcionamento do ser humano que consegue explicar o sistema biológico da compaixão.

Tem-se como primeiro, o sistema de satisfação, calma e segurança: é a base biológica do sistema de “apego” com os demais, proporcionando segurança, paz e alegria. Os vínculos, principalmente na infância, ativam esse sistema, como quando uma criança é abraçada, na vida adulta, através de relações sociais agradáveis e sinérgicas. Relaciona-se neurobiologicamente com endorfinas e com a oxitocina, resultando numa sensação de tranquilidade e segurança. Em segundo, tem-se o sistema de ameaça e proteção que dá origem ao medo, à ansiedade, à raiva e à aversão. Podendo ser desencadeado por eventos internos, como apreensão em relação aos eventos futuros, à autocrítica ou às ruminções mentais. Por fim, o sistema de conquista e recompensa, que aponta para a busca de alimentos, proteção, e o encontro das necessidades básicas para a vida. E à medida que essas necessidades são superadas em sociedades férteis, esse sistema se volta para itens como dinheiro, para objetos que fomentam o status social.

Refletindo sobre esses sistemas, pode-se dizer que o mundo atual pode ser qualificado por um grande aumento da atividade tanto do sistema de ameaça e sistema de conquista, ao passo que o sistema da satisfação se encontra de lado (GILBERT, 2009). Assim, o treino da compaixão ativará o sistema de satisfação, que tem capacidade de se opor e equilibrar os outros dois, e de promover uma felicidade mais sustentável baseada nas relações sociais saudáveis.

A TFC reconhece suas bases nas psicologias orientais, como o budismo, que por milhares de anos têm defendido que a vida tem muita dor e sofrimento e que desenvolver compaixão é uma maneira de ajudar nas dificuldades. Todavia, a TFC foi desenvolvida para e com pessoas que sofrem com altos níveis de vergonha e auto-criticismo e que consideram experiências de apoio, gentileza e compaixão extremamente difíceis e dolorosas. Dessa forma, a TFC introduz mecanismos e ferramentas de autorregulação e, através de estruturas cerebrais relacionadas ao sistema de tranquilização, proporcionar uma experiência embasada em emoções e sentimentos como benevolência, altruísmo, aceitação, paciência e não julgamento.

De fato, A TFC intenciona que os pacientes ajam de forma menos autocrítica consigo mesmos e fomentem o Eu Compassivo como uma voz interior gentil, a partir do processo de atenção plena. Dessa forma, na prática clínica, tem-se as atividades realizadas na Terapia Focada na Compaixão: desenvolvimento de um ideal de compaixão para com os outros, desenvolvimento de um ideal do Eu Compassivo, treino de autocompaixão em duas direções, treino respiratório, Trabalho dos diferentes “Eu” baseados nas emoções, experimento da cadeira vazia (trabalho para minimizar efeitos do criticismo), atenção plena (Mindfulness) e insights sobre compaixão.

Percebe-se que, novamente, o Mindfulness se faz presente no escopo de terapia de terceira onda (GILBERT, 2010). Essa prática é prestar atenção de uma maneira específica e reconhecer as distrações. Quando nossa mente fica dispersa, passamos a detectar as distrações e, suavemente, reorientamos a atenção. Muitas vezes, ocorre a percepção de que nossas mentes vagam, mas não precisamos nos preocupar com isso, porque temos a capacidade de voltar a atenção à nossa tarefa. O benefício do desenvolvimento do Mindfulness nesse contexto da TFC é aprender a ser compassivo com as emoções de diferentes naturezas em diferentes contextos; reconhecê-las como partes da vida, sem desmerecê-las como estressantes e difíceis. Não sendo, portanto, autocrítico e ficando preso a esses eventos. Tornar-nos receptivos à atitude de expor esses eventos, ponderando sobre ganhos e perdas e, assim, reconhecer que, às vezes, a mudança envolve custo e é aí que a compaixão coragem pode entrar.

Mindfulness na terapia dos esquemas

A Terapia dos Esquemas (TE) é uma técnica psicoterapêutica constituída de forma integral, sistemática e estruturada. Trata-se de uma ampliação da Terapia Cognitiva para o tratamento de transtornos de personalidade, mas desde então desenvolveu uma identidade própria. Como outras abordagens de terceira onda, utiliza várias definições e mecanismos oriundos de outras correntes de pensamento como Gestalt e da psicanálise (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2006).

Considerado fundador da Terapia do Esquema, Jeffrey Young é um nome influente no campo da psicologia, sendo conhecido desde seus trabalhos na TCC junto a Aaron Beck, como escalas para terapia cognitiva (YOUNG; BECK, 1980)

No início dos anos 1980 e 1990, Young estabeleceu a TE como inovadora e uma própria expansão das abordagens clássicas da TCC (SCHMIDT, 1995; YOUNG, 1996). A Terapia do Esquema aborda mudanças de padrões cognitivos e emocionais arraigados chamados de esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) e esquemas emocionais mal adaptativos (EEM) (BERNSTEIN, 2021). Dessa forma, compreende-se que Young desenvolveu a Terapia do Esquema para pacientes com questões que não estavam obtendo êxito com abordagens tradicionais, enfocan-

do nas possíveis origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos e estilos desadaptativos de enfrentamento. Baseia-se mais em técnicas emotivas. Comparada à TCC, a Terapia do Esquema dá maior ênfase às necessidades emocionais, apego, relacionamentos interpessoais e ao desenvolvimento de problemas psicológicos na primeira infância e adolescência.

O primeiro modelo de modo específico foi definido para o transtorno de personalidade limítrofe. Outros modelos também foram definidos para a maioria dos transtornos de personalidade; os resultados preliminares de estudos nesses grupos de pacientes também são promissores.

Importantes desenvolvimentos atuais e futuros incluem aplicações da TE em outros tratamentos (JACOB, 2013). A abordagem tem sido aplicada a uma ampla variedade de problemas clínicos e populações, incluindo, entre outros, depressão, traumas de infância, transtornos alimentares, terapia de casais e prevenção da recaída de problemas com drogas e álcool (LIM, 2018; MAHER; 2022). Entende-se, portanto, que a TE volta-se para o manejo de situações crônicas que são traduzidas como padrões disfuncionais de comportamento, atitudes e formas de se sentir.

Os quadros principais componentes da TE são: necessidades emocionais, esquemas iniciais mal adaptativos, estilos de enfrentamento mal adaptativos e modos de esquema (BERNSTEIN, 2021). Os grandes cinco domínios dos 18 esquemas iniciais mal adaptativos são por sua vez: (1) Desconexão e Rejeição, (2) Autonomia e Desempenho Prejudicados, (3) Limites Prejudicados, (4) Outras Direções e (5) Supervigilância e Inibição (YOUNG; KLOSKO; WEISHAR, 2006). Dessa forma, pode-se pensar nos esquemas como estruturas por meio das quais organizamos e damos sentido às nossas experiências de vida.

Em 2014, o primeiro livro a integrar a teoria da terapia do esquema com as técnicas de Mindfulness, com a proposta de aprimorar a TE com técnicas extraídas da terapia cognitiva baseada em Mindfulness (MBCT), foi lançado - uma integração única que mesclava dois dos tópicos atuais e importantes da psicologia clínica e psicoterapia contemporâneas (VAN VREESWIJK, 2014). No contexto da TE, foi proposto que as intervenções baseadas em Mindfulness aumentassem a consciência do indivíduo de esquemas e modos que foram desencadeados e a capacidade de responder de forma mais reflexiva e consciente, podendo reduzir estratégias de respostas mal adaptativas (VAN VREESWIJK, 2012).

Entende-se, portanto, que é crucial tornar-se consciente do funcionamento esquemático e de seus modos e como a relação disso pode colocar o paciente na ação automática. Ao se apropriar desse conceito, o terapeuta do esquema pode munir o paciente de uma ferramenta onde ele identifica seus padrões, através de sua capacidade de atenção plena constantemente praticada e desenvolvida, o que reduz a quantidade de ações automáticas e comportamentos impulsivos.

Ao ensinar conscientização dos pensamentos e processamento internos, os pacientes têm uma maior facilidade em lidar com essas questões na TE. A consciência dos processos internos é central para qualquer sistema de psicoterapia, principalmente em TE (BRICKER, 2012). Dessa forma, eles aprendem que, quando se sentem deprimidos ou ansiosos, podem desviar a atenção para outra coisa, em vez de continuar a se concentrar nos pensamentos negativos. Aplicam esse treinamento de atenção plena a múltiplos contextos, como no trabalho, onde eles podem optar por mudar o foco de seus pensamentos deprimidos e se concentrar nas tarefas atu-

ais. Recentes achados apoiam o uso de técnicas que promovem a atenção plena no tratamento dos esquemas iniciais mal adaptativos (THIMM, 2017)

Mindfulness na terapia cognitiva processual

A terapia cognitiva processual (TCP) é conduzida como uma formulação de caso em três níveis e em três fases, desenvolvida por Irismar de Oliveira, na Universidade Federal da Bahia, Brasil. Embora os fundamentos da TCP sejam os da TC, como desenvolvida por Beck, ela possui conceituação e técnicas próprias, que a tornam uma intervenção distinta quanto à modificação das crenças nucleares dos pacientes, especialmente, daqueles referentes a si mesmos (DE OLIVEIRA, 2014).

As evidências dos benefícios da TCP foram publicadas em uma recente pesquisa que mostrou sua eficácia também no transtorno depressivo maior (SANTOS, 2017). Dessa forma, a TCP se torna uma abordagem que se propõe a manejar a natureza persecutória dos pensamentos e crenças durante a elaboração do registro de Pensamentos com Base na Reversão de Sentença (RPBRS).

Foi usada a técnica da seta descendente para identificar as crenças nucleares (negativas disfuncionais, adicionadas à reversão de sentenças) para trazer novos significados positivos às frases invertidas e, após, acrescentada a técnica da seta ascendente para ativar crenças nucleares positivas mais saudáveis. Assim, consegue-se a ativação de modos mais adaptativos. Apesar disso, o terapeuta era aconselhado a encorajar o paciente a confrontar diretamente as CN, apresentando evidências que as contrariavam.

O autor da técnica considerou esse problema e, para resolvê-lo, recorreu à metáfora do tribunal, inspirado no romance “O processo”, de Franz Kafka (1925 - 1998). Propôs conceituar a crença nuclear como autoacusação e adicionar duas colunas aos registros de pensamento, correspondendo às evidências que confirmavam as crenças nucleares, agora ditas como promotória e as contrárias, consideradas então como advogado deles. Ademais, todas as outras colunas receberam uma conotação relativa ao tribunal.

O registro, reformulado, foi chamado de Registro de Pensamentos Baseado no Processo (DE OLIVEIRA, 2014). Logo, entende-se que na TCP há um estímulo para que o paciente se debruce sobre sua cognição, se embasando em evidências que podem ser lidas como favoráveis e contras, ponderando, de forma racional, e organizando o procedimento à semelhança de um processo jurídico, no qual a autoacusação se torna vulnerável à reestruturação e isso leva a cognições e comportamentos mais adaptados

A TCP, muito bem estruturada, usa de ferramentas tais como : Diagrama de conceituação de caso (DCC), Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest); Registro de Pensamentos Intrapessoal (RP-Intra); Registro de Pensamentos Interpessoal (RP-Inter); Grade de Participação (GP) Hierarquia dos Sintomas Codificada por Cores (HSCC); Role-play consensual (RPC); Registro de Pensamentos Baseado no Processo (RPBP ou Processo I) Consciência Metacognitiva Baseada no Processo (CMBP ou Processo II) Relaxamento com a Metáfora do Barco a Vela (de OLIVEIRA, 2014).

Enfocando na ferramenta de Consciência Metacognitiva Baseada no Processo da TCP, refere-se que a metacognição diz respeito a todos os processos cognitivos, como o fato de pen-

sar sobre o próprio pensamento e aprender a regulá-lo. Refere-se a um conjunto de processos que um indivíduo usa para monitorar a cognição em andamento, a fim de controlar efetivamente seu próprio comportamento (RHODES, 2019). Dessa forma, a metacognição é usada na terapia cognitiva processual, na medida que o paciente é incentivado a se colocar à frente de pensamentos gerados pelo promotor, aprendendo a inverter os papéis e, em vez de ser controlado pelas acusações do promotor, obtém autoridade para inculpá-lo e sentenciá-lo

Um ponto significativo da atenção plena é o que diz respeito a uma consciência focada, não reativa dos pensamentos e emoções que experimentamos. A atenção plena consente que o paciente, sob uma nova perspectiva, passe a observar o conteúdo de sua mente. Nesse sentido, o mindfulness é uma etapa essencial no processo metacognitivo de monitorar, avaliar e regular o aspecto cognitivo do processo de aprendizagem que vem de encontro a essa fase da TCP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou compreender, a partir de uma perspectiva de história, relevância e abrangência, cada uma das terapias cognitivas comportamentais de terceira onda em sua relação com o Mindfulness. Observando que, na essência, tratam de ferramentas semelhantes a despeito das dinâmicas e abrangências de cada uma delas.

Como postulado, Mindfulness faz parte em algum grau da construção de todas as abordagens elegidas pelo autor para serem estudadas. Entendeu-se que o processo de “apropriação” nasceu muitas vezes de vivências pessoais. O termo “apropriação” remete à ação de tomar para si. Podendo ter percepção de conotação positiva e negativa, à medida em que a prática não é explicitamente creditada a tradições milenares em suas publicações tecno-científicas.

Nesse trabalho, ficou clara a influência direta do Zen budismo nas vivências pessoais de muitos autores como Marsha Linehan e em Paul Gilbert, esse reconhece as bases da Terapia Focada na Compaixão nas psicologias orientais, como o budismo, que por milhares de anos têm defendido que a vida tem muita dor e sofrimento e que desenvolver compaixão é uma maneira de nos ajudar nas dificuldades. Fica claro entender isso quando Paul Gilbert coloca que A terapia Focada na compaixão (TFC) se baseia em uma série de terapias cognitivo-comportamentais (TCC), em mindfulness e se fundamenta também de ensinamentos budistas, na teoria evolutiva, na neurociência da regulação do afeto, bem como em pesquisas psicológicas básicas. Já em DBT, a apropriação está marcada pelas influências cristã budista de Linehan. Ela realizou treinamento em meditação zen, morou com um monge beneditino por três meses. Linehan afirma que o foco que existe na DBT sobre o equilíbrio entre aceitação e mudança pode ser associado à sua experiência pessoal com estudos de meditação e espiritualidade oriental (LINEHAN, 2018).

Quando se estuda esse processo, por outro lado, em ACT, não se identifica motivações pessoais em Hayes. Entende-se, por essa revisão, que existe um maior enfoque na filosofia de contextualismo funcional que mais embasa o desenvolvimento das suas ações. Voltando-se para os caminhos para a flexibilidade psicológica onde, em meio a diversas pontuações, figuram pontos como aceitação e contato com o momento presente. Embora a ACT não descreva seus métodos de tratamento em termos de atenção plena ou meditação, muitas vezes suas estratégias são geralmente referidas como com as abordagens de Mindfulness, todavia talvez esse movimento esteja correto a partir do momento em que para além da filosofia budista, o Mindful-

ness se construa a partir de conceitos provenientes de pensadores ocidentais, fenomenologia, existencialismo e humanismo.

Em paralelo, Young no início dos anos 1980 desenvolveu a terapia do esquema pela falta de êxito com casos clínicos, partindo de uma inquietação com o material que ele trabalhava, e quando foi proposto o uso do Mindfulness na revisão, não ficou clara a motivação e o como seu contato se deu com a “técnica”. Por outro lado, é explícito nos materiais revisados que a atenção plena facilitaria a consciência dos esquemas iniciais mal adaptativos.

Pelo exposto, verifica-se que a maior mudança filosófica proposta pelas Terapias Cognitivo Comportamentais em terceira onda é a diminuição do controle dos pensamentos e sentimentos, assim como a adoção de uma postura de aceitação e atenção plena (mindfulness).

É importante ressaltar que aprender uma nova forma de trabalho não invalida tudo que já foi aprendido. Pelo contrário, sem o conhecimento da TCC tradicional, é mais difícil aplicar as TCCs de terceira geração, pois muitas técnicas cognitivas e comportamentais desenvolvidas, ao longo de todos esses anos, são utilizadas na prática clínica das TCCs dessa geração.

Esse trabalho não se propôs a estudar a efetividade do uso de ferramentas de Mindfulness na terapêutica de transtornos mentais, mesmo quando aplicados dentro de protocolos de TCC de terceira onda. Sugerem-se estudos práticos para definir Mindfulness em contextos clínicos, para se descobrir os pontos em comum encontrados em vários programas de treinamento, ou investigar o que parece ser útil para os pacientes no tratamento orientado a essa técnica, as limitações intrínsecas aos métodos.

Este trabalho usou fonte e dados não especificados, dessa forma, uma limitação é que as inferências são baseadas em resultados de pesquisa de terceiros. Uma outra importante limitação desse trabalho é que seus métodos de escolha do artigo e a seleção somente passar pelo crivo do autor.

Dessa forma, a presente revisão narrativa de literatura apresentou, de forma abrangente, o panorama atual das publicações em relação à adoção, por parte da TCC, dos conceitos centrais de mindfulness, mesmo em tratamentos em que este termo não seja expressamente utilizado.

REFERÊNCIAS

ABREU, Paulo Roberto. Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 33, p.322, 2006.

ALER, Carme Rovira *et al.* Efectividad de la terapia racional emotiva comportamental en la práctica del trabajo social clínico: Impacto en frecuentación médica y prescripción de psicofármacos. *Trabajo social y salud*, [s.l.], v. 86, n. 86, p. 7-16, 2017.

ANDRADE, Clodomir B. de. O caminho e as suas etapas: as quatro nobres verdades (catvaryaśatyaṇi), o nobre óctuplo caminho (āryāṣṭāṅgikamarga) e os estágios dos buscadores. *Kriterion: Revista de Filosofia*, [s.l.], v. 57, p. 105-125, 2016.

ARAUJO, Mariana Sponholz *et al.* Mindfulness-based treatment for smoking cessation: a randomized

- controlled trial. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [s.l.], v. 47, n. 06, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210254>. Epub 07 Jan 2022. ISSN 1806-3756. Acesso em: 30 jun. 2022.
- BAI, Zhenggang *et al.* Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 260, p. 728-737, 2020.
- BARBOSA, Leonardo Martins; MURTA, Sheila Giardini. Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 16, n. 3, p. 34-49, 2014.
- BARLETTA, Janaína Bianca; RODRIGUES, Carlos Manoel Lopes; NEUFELD, Carmem Beatriz. A Formação de Supervisores em Terapia Cognitivo-Comportamental. *Rev. bras. orientac. prof*, Campinas, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 61-72, jun. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902021000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jun. 2022.
- BECK, Judith S. *Terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2021.
- BERNSTEIN, David P. *et al.* Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological medicine*, [s.l.], p. 1-15, 2021.
- BRICKER, David; LABIN, Miriam. within a Schema Therapy Framework. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*, 2012.
- CHAKHSSI, Farid *et al.* Effect of psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of personality disorders*, [s.l.], v. 35, n. 2, p. 255-269, 2021.
- COLE, Galen. The trans-theoretical model for mindful cognitive behavioral therapy a paradigm for systematically advancing evidence-based practice and research. *Cogent Psychology*, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 2080320, 2022.
- COSTA, Roberta Seles da; SOARES, Maria Rita Zoéga. Terapia de Aceitação e Compromisso: o sofrimento psicológico em um caso clínico. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 19-27, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jul. 2022.
- DE ALMEIDA, Érica Aparecida Schefer; SARTES, Laisa Marcorela Andreoli. A Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicada ao CAPS ad: Uma Revisão de Escopo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 674-692, 2021.
- DE OLIVEIRA, I. R. *Trial-based cognitive therapy: a manual for clinicians*. Londres: Routledge, 2014.
- DECOU, Christopher R.; COMTOIS, Katherine Anne; LANDES, Sara J. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, [s.l.], v. 50, n. 1, p. 60-72, 2019.
- DEMEHRI, Farangis; SAEEDMANESH, Mohsen; JALA, Narges. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on rumination and well-being in adolescents with general anxiety disorder. 2018.
- DIMEFF, Linda A.; LINEHAN, Marsha M. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 39, 2008.

DOBSON, Deborah; DOBSON, Keith S. Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy. Nova Iorque: Guilford publications, 2018.

ELICES, Matilde; CORDERO, Soledad. Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 132-152, 2011.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FELIU-SOLER, Albert *et al.* Economic impact of third-wave cognitive behavioral therapies: a systematic review and quality assessment of economic evaluations in randomized controlled trials. *Behavior therapy*, [s.l.], v. 49, n. 1, p. 124-147, 2018.

FREITAS, Lucas de Paula Pereira *et al.* Noções sobre os fundamentos teóricos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). *ANALECTA - Centro Universitário Academia*, [s.l.], v. 7, n. 2, 2022.

GILBERT, Paul. *An investigation of cognitive factors in depression*. Londres: Routledge, 1980.

GILBERT, Paul. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 199-208, 2009.

GILBERT, Paul. Uma introdução à terapia focada na compaixão na terapia cognitivo-comportamental. *International Journal of Cognitive Therapy*, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 97-112, 2010.

GILBERT, Paul. As origens e a natureza da compaixão focada terapia. *British Journal of Clinical Psychology*, [s.l.], v. 53, p. 6-41, 2014.

GROSSMAN, P.; DAM, N.T.V. Mindfulness, by any other name.: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemp Budd*, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 139-219, 2011.

GUIMARÃES, Suely; GALLI, Lucas; NUNES, Julia. Efeitos da meditação no tratamento do estresse e da ansiedade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 590-602, 2021.

HANH, Thich Nhat. *Thich Nhat Hanh: Essential writings*. Nova Iorque: Orbis Books, 2001.

HAYES, Steven C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, [s.l.], v. 35, p. 639-665, 2004.

HAYES, Steven C.; PISTORELLO, Jacqueline; LEVIN, Michael E. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, [s.l.], v. 40, n. 7, p.976-1002, 2012.

HIRAYAMA, Marcio Sussumu *et al.* A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 9, p. 3899-3914, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12272013>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 30 jun. 2022.

JACOB, Gitta A.; ARNTZ, Arnoud. Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 171-185, 2013.

KABAT-ZINN, J. *Wherever You Go, There You Are: mindfulness meditation in everyday life*. Rio de Janeiro: Sextante, 1994.

- KENNY, Therese E.; CARTER, Jacqueline C.; SAFER, Debra L. Dialectical behavior therapy guided self-help for binge-eating disorder. *Eating disorders*, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 202-211, 2020.
- KOHLBERG, Robert J.; HAYES, Steven C.; TSAI, Mavis. Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, [s.l.], v. 13, n. 6, p. 579-592, 1993.
- KOTHGASSNER, Oswald D. *et al.* Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, [s.l.], p. 1-11, 2021.
- KUMAR, Sameet M. An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 9, n. 1, p. 40-43, 2002.
- LANGER, E.J. 1989. *Mindfulness*. Reading: Da Capo, 1989.
- LEAVISS, Joanna; UTTLEY, Lois. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, [s.l.], v. 45, n. 5, p. 927-945, 2015.
- LI, Yanni *et al.* The efficacy of cognitive behavioral therapy-based intervention on patients with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, [s.l.], p. 109965, 2022.
- LIM, Charmaine Ruling; BARLAS, Joanna; HO, Roger Chun Man. The effects of temperament on depression according to the schema model: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, [s.l.], v. 15, n. 6, p. 1231, 2018.
- LINARDON, Jake *et al.* The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, [s.l.], v. 58, p. 125-140, 2017.
- LINEHAN, Marsha M. *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2018.
- MAHER, Anthea *et al.* Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, [s.l.], v. 30, n. 1, p. 3-22, 2022.
- MCCAULEY, Elizabeth *et al.* Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, [s.l.], v. 75, n. 8, p.777-785, 2018.
- NELSON-GRAY, Rosemary O. *et al.* A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour research and therapy*, [s.l.], v. 44, n. 12, p. 1811-1820, 2006.
- PAVLOV, I. P. *Conditioned reflex: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. 1960.
- PEREIRA DE SOUZA, Rafael. *Intervenções baseadas em Mindfulness em pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço*. 2020.
- PEREIRA, Fabio Nogueira; DALGOLBO, Carla Gomes; SILVA, Monalisa Oliveira da. Revolução budista ou apocalipse zumbi? Discussões sobre mindfulness a partir de uma perspectiva gestáltica. *Psicol. USP, São Paulo*, v. 32, e200146, 2021. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642021000100238&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2022.
- PISETSKY, Emily M. *et al.* Emerging psychological treatments in eating disorders. *Psychiatric Clinics*,

[s.l.], v. 42, n. 2, p. 219-229, 2019.

RAZZERA, Bruno Nunes *et al.* Impacts of mindfulness-based interventions in people undergoing hemodialysis: a systematic review. *Brazilian Journal of Nephrology*, [s.l.], v. 44, n. 1, p. 84-96, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0116>. ISSN 2175-8239. Acesso em: 30 jun. 2022.

REAVELL, James *et al.* Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, [s.l.], v. 80, n. 8, p. 742-753, 2018.

RHODES, Matthew G. Metacognition. *Teaching of Psychology*, [s.l.], v. 46, n. 2, p. 168-175, 2019.

RITZERT, Timothy R. *et al.* Evaluating ACT processes in relation to outcome in self-help treatment for anxiety-related problems. *Behavior Modification*, [s.l.], v. 44, n. 6, p. 865-890, 2020.

SAFER, Debra L.; TELCH, Christy F.; AGRAS, W. Stewart. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, [s.l.], v. 158, n. 4, p. 632-634, 2001.

SANTOS, CURT HEMANNY MENEZES. Eficácia da terapia cognitiva processual e da ativação comportamental no tratamento do transtorno depressivo maior: um ensaio clínico randomizado. Tese de Doutorado. Tese de Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SCHMIDT, Norman B. *et al.* The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 295-321, 1995.

SNYDERMAN, Ralph *et al.* Compassion and health care: A discussion with the dalai Lama. *Academic Medicine*, [s.l.], v. 94, n. 8, p. 1068-1070, 2019.

SPRINGER, Kristen S.; LEVY, Hannah C.; TOLIN, David F. Remission in CBT for adult anxiety disorders: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, [s.l.], v. 61, p. 1-8, 2018.

STRAPASSON, Bruno Angelo. A caracterização de John B. Watson como behaviorista metodológico na literatura brasileira: possíveis fontes de controle. *Estud. psicol.*, Natal, v. 17, n. 1, p. 83-90, 2012. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2022.

THIMM, Jens C. Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, [s.l.], v. 17, n.1, p. 3-17, 2017.

VAN VREESWIJK, Michiel; BROERSEN, Jenny; SCHURINK, Ger. Mindfulness and schema therapy: A practical guide.

WILEY, J.; VANDENBERGHE, Luc; SOUSA, Ana Carolina Aquino de. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 35-44, 2006.

WAGH-GUMASTE, Shreya. Influence of Hindu Spiritual Teachers on Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) of Jon Kabat-Zinn: Focusing on the Teachings of Sri Nisargadatta Maharaj and Sri Ramana Maharshi. *International*

Journal of South Asian Studies, [s.l.], v. 12, p. 1-18, 2022.

YOUNG, J. E.; BECK, Aaron T. Cognitive therapy scale. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, 1980.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. Schema therapy: A practitioner's guide. Nova Iorque: Guilford press, 2006.

YOUNG, Jeffrey E.; MCGINN, L. K.; SALKOVSKIS, P. M. Schema-focused therapy. Frontiers of Cognitive Therapy. New York: Guilford, 1996.

A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT): avanços e desafios na gestão contemporânea do SUS

Michelle Carneiro Fonseca

Mariana Furtado Barros de Souza

Alessandra Gurgel Camara

Daniella Santos Guedes Alcoforado

Maria de Lourdes Ponte Neta

Luan Nogueira Bezerra de Medeiros

Priscilla Pereira de Menezes

Carmem Cristina Torquato Nunes

Katiuscia Kelly Medeiros de Araujo

Liva Gurgel Guerra Fernandes

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.26

RESUMO

As políticas públicas podem ser conceituadas conforme o Estado atua para reduzir os conflitos e desigualdades sociais. A saúde, de forma geral, não apresenta distinção de raça, cor ou gênero e passou a ser um direito garantido a partir da Constituição Federal de 1988. A população LGBT apresenta-se vulnerável e seu acesso precário aos serviços de saúde são desafios a serem enfrentados, mesmo com as conquistas no âmbito das políticas públicas. Este estudo trata-se de revisão integrativa da literatura, com identificação e síntese de outras publicações. Definiu-se a questão norteadora que orientou o estudo: realizar uma análise crítica das políticas públicas do SUS voltadas a população LGBT e seus desafios na atualidade. Percebe-se a necessidade de elaboração de novas políticas públicas, para que sejam implantadas e sobre as que já existem que haja implementação para melhor assistência a esses grupos.

Palavras-chave: política pública. saúde. LGBT.

ABSTRACT

Public policies can be conceptualized as the State acts to reduce conflicts and social inequalities. Health, in general, has no distinction of race, color or gender and became a guaranteed right from the Federal Constitution of 1988. The LGBT population is vulnerable and their precarious access to health services are challenges to be addressed, faced, even with the achievements in the field of public policies. This study is an integrative literature review, identifying the synthesis of other publications. The guiding question that guided the study was defined: to carry out a critical analysis of SUS public policies aimed at the LGBT population and its challenges today. There is a need to develop new public policies, so that they can be implemented and on those that already exist, they should be implemented to better assist these groups.

Keywords: public policy. health. LGBT.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas, são conjuntos de programas, ações e decisões que governos nacional, estadual ou municipal criam e atingem todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social. Devendo ser construídas, com participação direta ou indireta da sociedade civil, objetivando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa. No Brasil, o direito à saúde se faz por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo ser universal, integral e gratuito (FIOCRUZ, 2019).

As políticas públicas são formas úteis, de atuação dos governos, para legitimação dos direitos e melhora na produção de acessos dos serviços à população. Pois são criadas e pensadas para fins específicos.

Vianna e Lowenkron (2017) afirmam que, em relação às interações entre as questões de gênero e o Estado, tem-se uma dinâmica mutuamente produtiva ou um “duplo fazer”. Portanto, consideramos Estado o termo que designa unidades sociopolíticas, institucionalidades e símbolos que moldam e afetam ordens macropolíticas e rotinas burocráticas regem diretamente a sociedade e que possui controle na distribuição de recursos materiais e simbólicos, ultrapassando

o cotidiano dos sujeitos e está presente nos diversos modos da própria produção dos desejos relacionados a gênero .

Letícia Lanz (2015) afirma que não faz sentido o uso “travestis, transexuais e transgêneros”, ou TTT na sigla LGBTI+, porque travestis e transexuais são transgênero por definição. Ou escreve travestis e transexuais, ou transgêneros, ou ainda, mais interessante, pessoas trans.

Gênero é considerado como a formação social e pessoal que o indivíduo tem (AMARAL *et al.*, 2017). Já a Expressão “de Gênero” é a maneira com que a pessoa expressa sua sexualidade para a sociedade, podendo variar de acordo com a cultura e o aspecto social que o indivíduo vivencia (LOURO, 2017).

A Identidade de Gênero é a forma em que alguém se apresenta, indiferente da sexualidade e do gênero que foi atribuído ao nascimento. Portanto, pessoas trans podem ser heterossexuais, gays, lésbicas, bissexuais e assexuadas, igualmente se falando de pessoas cisgênero (DA CONCEIÇÃO, 2017).

Em virtude do conservadorismo e machismo ainda existente e muito predominante, no Brasil, o padrão, ou melhor, a escolha de gênero de alguém vista e melhor aceita, por parte da sociedade, é a do sexo aparente característico, no nascimento: masculino ou feminino. Isso é antagônico às palavras “aceitação” e “respeito”. Visto que, essa escolha deve ser recepcionada sem preconceitos.

É apreciável inserir objetivos educativos nas políticas públicas, uma vez que, a educação é algo que perpassa aos campos profissionais. Educar para aprender, ter conhecimento, aceitar e entender melhor os contextos e as escolhas. Muitas vezes, somente é possível compreender situações quando se tem conhecimento das causas.

Sexualidade e política apresentam destaque no discurso, uma vez que, nesses espaços a interdição está intimamente ligada ao poder. Tratando-se das políticas públicas LGBT, a sexualidade e a política se “encontram” e é nesse campo que se determina quem tem o direito privilegiado de falar sobre o assunto e o que se permite falar. O discurso, não consiste simplesmente naquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas o objeto da luta. À medida que as políticas são construídas institui-se como verdade um saber sobre quem são as pessoas LGBT e quais são as suas necessidades (FOUCAULT, 2008).

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de revisão integrativa da literatura, com identificação e síntese de outras publicações. Esse tipo de estudo, identifica lacunas no conhecimento, analisa criteriosamente os assuntos e acessa os resultados para auxiliar nas pesquisas (BOTELHO, MACEDO, 2011; BREVIDELLI, 2010).

Definiu-se a questão norteadora que orientou o estudo: realizar uma análise crítica das políticas públicas do SUS (Sistema Único de Saúde) voltadas a população LGBT e seus desafios na atualidade.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos referentes às políticas públicas de saúde do SUS para população LGBT, podendo ser: monografias, dissertações, te-

ses, artigos originais e revisões de literatura. O levantamento compreendeu trabalhos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2015 a 2020.

Foram excluídos trabalhos duplicados, os que não fossem gratuitos, os não disponíveis na íntegra e os que não abordassem a questão norteadora da pesquisa.

As publicações foram coletadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne revistas e periódicos científicos, tais como: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line), e BDENF (Base de Dados de Enfermagem). E, nas bases de dados: SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico.

Para busca foram selecionados, os seguintes descritores: gestão, sus, lgbt, políticas públicas de saúde e Atenção integral à saúde.

Foram encontrados 58(cinquenta e oito) artigos na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), 03(um) estavam repetidos na Base de Dados SCIELO, vinte e oito foram descartados, pois não houve relacionamento com a temática desta pesquisa, 18 (dezoito) não estavam disponíveis para leitura. E, doze, desses foram selecionados para essa pesquisa.

Na base de dados SCIELO foram encontrados 35 artigos, desses, três se enquadram a questão norteadora desta pesquisa.

Após o levantamento das publicações, realizou-se a leitura do título e do resumo, logo após foram selecionados os que estavam dentro dos critérios de inclusão. Em seguida, foi feita leitura na íntegra das publicações e a categorização dos dados extraídos nessas.

DESENVOLVIMENTO

Os modelos de atenção e gestão à saúde, por meio de programas, políticas e serviços de saúde, que estejam de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, representam a organização do sistema de saúde e suas práticas frente às necessidades da população. (FIOCRUZ, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define transexualidade como um tipo de transtorno de identidade de gênero. O homem transexual e a mulher transexual tem o reconhecimento em si de uma masculinidade e/ou feminilidade distinta da qual a sociedade os veem em função do seu sexo biológico, causando-lhes uma “disforia de gênero”, o que os fazem, por vezes, demandar a mudança de sexo, através de procedimento cirúrgico. A medicina e as ciências psi (Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise), veem as pessoas transexuais como seres portadores de patologia e de uma Classificação Internacional de Doenças (CID) que lhes identifica. Um dos percussores em estudos de pessoas transexuais foi o endocrinologista alemão Harry Benjamin, que publicou o livro O fenômeno Transexual (1966), o qual estabelecia critérios para diagnosticar pessoas transexuais, sendo um deles a abjeção de longa permanência em relação à genitália (ABHT, 2016; BENTO e PELUCIO, 2016; BENTO, 2012).

O termo “homossexualismo” foi incluído na 6ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, na categoria 320, “personalidade patológica”. Na 8ª Revisão da CID, em 1965, a categoria 302, “desvio e transtornos sexuais”, a qual incluiu o homossexualismo na subcategoria 302.0. Já na 9ª revisão, manteve-se esta

classificação, entretanto, foi alvo de críticas nos campos da medicina, psiquiatria e psicologia, e não foi bem aceita pelos movimentos homossexuais em muitos países (CARNEIRO, 2015).

Abordar-se-á a seguir, as políticas voltadas a população LGBT e suas lutas, ao longo dos anos.

O grupo de militância homossexual “Somos” teve proeminência no início dessas ações, mas não as levou adiante devido à sua fragmentação interna e ao encerramento de suas atividades em 1982. Foi o Grupo Gay da Bahia (GGB) que tomou a frente da batalha, organizando manifestações nos encontros anuais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), angariando o apoio do então ministro da Previdência Social, Dr. Jair Soares, organizando um abaixo-assinado que contou com mais de 16 mil assinaturas, obtendo a aprovação da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Anpocs), entre outras instituições. O reconhecimento internacional da despatologização da homossexualidade por parte da Organização Mundial de Saúde só foi alcançado em 1990 (OMS, 2015).

A homofobia é mais que uma violência, vai além das violências tipificadas pelo código penal, não se reduz à rejeição irracional ou ódio em relação aos homossexuais, subestimando o outro, desqualificando-o, como ser inferior ou anormal. Visto sua diferença, esse outro é excluído de sua humanidade, dignidade e personalidade” (BRASIL, 2016).

A resolução nº 1/99 do Conselho Federal de Psicologia, proíbe profissionais da área de oferecerem cura ou tratamento para a homossexualidade, foi expedida em 1999

No ano de 2004, foi criado o programa Brasil sem Homofobia, que foi uma conquista no direito à dignidade e no respeito à diferença. Estando de acordo com a ideia apresentada inicialmente da necessidade de associações cobrarem as políticas públicas, o programa é resultado da integração entre o governo federal e a sociedade civil organizada. Criado pelo Ministério da Saúde e no Conselho Nacional de Combate à Discriminação, através do Plano Plurianual 2004-2007, tendo como características principais: fornecer apoio as instituições públicas não governamentais que atuam no combate à homofobia; capacitação dos profissionais do movimento homossexual na defesa de direitos humanos; disseminação da comunicação de direitos da comunidade; e incentivo às denúncias de violação de direitos humanos contra GLBT (CONSELHO, 2004).

O II Plano Operativo da PNSI-LGBT (Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT), publicado em 2017(Brasil, 2017), compreendendo o período de 2017-2019. E, dando continuidade às propostas do I Plano Operativo da PNSI-LGBT (2012-2015). Com os seguintes eixos norteadores:

I - Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; II - Promoção e vigilância em saúde; III - Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; IV - Mobilização, articulação, participação e controle social; e, V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Sendo competência da gestão municipal do SUS articular a implementar as estratégias referentes aos eixos norteadores, além de promover a inclusão no Plano Municipal de Saúde e monitorar por meio do Relatório Anual de Gestão, as ações, que estejam de acordo com a reali-

dade, demandas e necessidades do território (BRASIL, 2011).

Em 2008, ocorreu a I Conferência Nacional de LGBT, que teve por debate problemáticas LGBT através do tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania LGBT” e ocorreu ainda a publicação da Portaria nº 457, de 19 de agosto, onde foi conquistado o implante das cirurgias de redesignação de sexo para transexuais femininas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL 2008, BRASIL, 2013).

No Brasil, o conjunto de procedimentos médico-cirúrgicos a que – de forma consciente, esclarecida e voluntária – se submete uma pessoa diagnosticada como portadora do chamado “transtorno de identidade sexual” e que deseja ajustar sua genitália à sua identidade de gênero, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), denomina-se Processo Transexualizador (BRASIL, 2015).

A seguir abordar-se-á alguns conceitos relacionados à sexualidade e opção de gênero das pessoas.

O indivíduo Bissexual é aquele que tem atração por pessoas, indiferente do sexo, sexualidade ou gênero, podendo relacionar-se com os dois sexos. O indivíduo Heterossexual é aquele que se sente atraído sexualmente por pessoas do sexo oposto. Já o Homossexual é o que sente atração por pessoas com o gênero igual ao que ele se identifica. Atualmente, a comunidade homossexual é vista com um tom de normalidade, mas é preciso discutir, refletir e estudar sobre isso (LEWIS, 2012; FRY, 2012).

Cisgênero é aquele indivíduo que se adequa ao gênero que lhe atribuído na hora de seu nascimento, independente da sua sexualidade. Dessa forma, o cisgênero pode ser homossexual, bissexual ou heterossexual (GOIS, 2017). Tem-se o Transgênero, sendo esse considerado o indivíduo que não se adequa ao gênero de nascimento (PERES, 2018).

A assexualidade consiste no indivíduo que não sente atração sexual por qualquer pessoa, seja do sexo feminino ou masculino (LEMOS *et al.*, 2011).

A pessoa Intersexual é aquela percorre entre ser considerado masculino e feminino. São diferenciadas desde níveis cromossomais até de expressão de genitálias e gônadas reprodutoras. São os indivíduos que os testículos não migraram para a bolsa escrotal ou não se desenvolveram, micropênis, tamanho exacerbado do clitóris, não possuem vagina, apresentam tecidos masculinos e femininos na genitália. Denominados na medicina como hermafroditas ou pseudo-hermafroditas (CASTRO; ELIAS, 2005).

Homem Transexual ou Female-to-Male (FtM) é o indivíduo que requer o direito e o reconhecimento social e legal de ser visto homem. Já a Mulher Transexual ou Male-to-Female (MtF) é requer o direito de reconhecimento de ser mulher (BENTO, 2006; ALMEIDA, 2016)

No campo das políticas públicas, destaca-se o “Brasil sem Homofobia” – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual, em 2004. Instituído pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação, com participação significativa da sociedade. Foi essencial para alcance da integralidade da saúde dessa população, estabelecendo diretrizes para o combate à violência e à discriminação, além do respeito às especificidades e da promoção da cidadania (BRASIL, 2004).

No início, o Brasil Sem Homofobia (BSH) abordou mais questões de violência física e assassinatos de homossexuais. Mas, depois abraçou outros temas, como, por exemplo, a cidadania, problematizando a questão da desigualdade de direitos, o que foi um avanço no tratamento da questão por parte do governo e da agenda LGBT com a perspectiva de justiça social (VIANNA, 2015).

Merece destaque, os capítulos V e VI, da política BSH, que dispõe sobre direito à educação e direito à saúde, consolidando atenção e tratamentos igualitários. Nesse último, houve como desdobramento o lançamento, em 2010, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, que tem como fundamento a implementação de ações para cessar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis e citou ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde (MOTTA, 2016).

A Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) que tem como objetivo promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, somado a isso contribui para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

No ano de 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF), através de jurisprudência reconheceu a família homoafetiva, o que possibilitou direito à união estável aos casais homossexuais. No ano de 2016, a conquista do uso do nome social por transexuais em documentos oficiais da administração pública oficial (Decreto nº 8.727/2016) (MDH, 2017, p. 6).

A Resolução Nº 26, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT- PNILGBT) no âmbito do SUS. Apresentando estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, para as gestões federal, estadual, distrital e municipal do SUS no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na população LGBT.

A PNILGBT representa um marco dos movimentos sociais nas questões de gênero e foi uma conquista no sentido da equidade e integralidade, no SUS (BRASIL, 2013).

A integralidade, nessa política, emerge a necessidade de pensar o outro a fim de produzir saúde, o outro é visto como diferente, assinalando a diferença como potencial de criatividade e exercício de alteridade (MOTTA, 2016).

Assinado pela então presidente do Brasil, Dilma Roussef, o decreto 8.727/2016, permite o uso do nome social para Travestis e Transexuais em todos os órgãos públicos, autarquias e empresas estatais federais; obrigando o tratamento dessas pessoas pelo nome que optarem independente de ser funcionário ou usuário (BRASIL, 2016).

Leite Júnior (2016) afirma que a sociedade brasileira cultua o ódio à travesti com base em conceitos históricos estereotipados e estigmas relacionados, na concepção que as travestis retrocedem o que se considera comum, associados à gênero e sexualidade.

A comunidade LGBT, no campo da saúde, hoje em dia possui muitas medidas protetoras

relacionadas aos direitos humanos, às discriminações e ao estigma que esta comunidade possui por si só. Porém, mesmo assim podemos destacar que diversos são os influenciadores para a negligência na prática desta proteção e inserção nos atendimentos à saúde desta população (BRASIL, 2004; SEHNEM *et al.*, 2017).

Difundir práticas transformadoras é um grande desafio devido o condicionamento das organizações/sistemas a fatores complexos e as percepções individuais e coletivas sobre inovação, somado a isso os fatores contextuais e políticos de uma organização/sistema (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

O público LGBT compartilha um cenário de estigmas, rejeição, preconceito e violência em diferentes relações e contextos. Porém, generalizar as demandas de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais como uma demanda universal seria reduzir os processos envolvidos em cada vivência, independente de sexuais ou identitárias, e generalizar as demandas que cada uma dessas experiências gera para o indivíduo (MOSCHETA *et al.*, 2016).

Peres (2002) destaca que mesmo com esse rol de leis, diretrizes, programas, projetos, resoluções que visam melhorar a qualidade de vida e tornar equânime o cuidado com a comunidade LGBT, para o público travesti, a realidade não funciona como é prevista em lei.

As travestis podem ser consideradas como algo que não pode ser visto ou encarado, sendo julgadas como sujeitas sujas, que sociedade comum não deve visualizar. Pois são na maioria das vezes desacreditadas, antes mesmo de firmarem qualquer forma de diálogo ou ligação (GOFFMAN, 1988; PERES, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 01

Artigo	Autor	Ano	Base de dados	Nível de Evidência	Periódico	Evidência
O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT	GOMES, Sávio Marcelino et al	2018	Scielo	Estudo transversal, exploratório, com abordagem qualitativa	Revista saúde e sociedade	Existem fragilidades nos trâmites das estratégias federais para as instâncias locais, o que resulta em prejuízo a consolidação de ações e causa inviabilidade, na esfera local, do processo de implementação da PNSI-LGBT, tornando necessário o reconhecimento dos obstáculos a partir de contextos locais para a efetivação da PNSI-LGBT no âmbito nacional.

<p>A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios</p>	<p>POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio</p>	<p>2017</p>	<p>Lilacs</p>	<p>Estudo exploratório, combinando métodos quanti e qualitativos</p>	<p>Revista Ciência e Saúde coletiva</p>	<p>Com a implantação do SUS, percebe-se um avanço na política de saúde direcionada à população LGBT. A linha do tempo evidencia o esforço na conquista do acesso do PrTr e na constituição da PNSILGBT. A análise das memórias das reuniões do CTSLGBT demonstra um esforço do Ministério da Saúde para colocar em prática os eixos da PNSILGBT, seja na garantia do acesso à saúde das pessoas trans, na tentativa de estabelecer portas de entrada, nas ações de vigilância em saúde, na formação de profissionais para a qualificação do atendimento e na avaliação e monitoramento das ações em saúde.</p>
<p>Não tem essas pessoas especiais na minha área": saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde</p>	<p>FERREIRA, Breno de Oliveira et al</p>	<p>2019</p>	<p>Lilacs</p>	<p>Estudo Descritivo</p>	<p>Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde</p>	<p>As questões relativas à saúde das populações LGBT ainda são consideravelmente negligenciadas, no cotidiano de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família. Acredita-se em uma formação de qualidade para o SUS, visto que, seria um caminho potente e desafiador a fim de se proporcionar mudança de paradigmas na atuação profissional das equipes da Estratégia Saúde da Família, de modo que estas passem a agregar, em seu cotidiano de trabalho, os aspectos sociais, econômicos e políticos que se inscrevem na dinâmica de saúde das populações LGBT. Contudo, não se espera que resultados diferentes aos identificados pela localidade estejam presentes na cultura de outros serviços de saúde do Brasil.</p>

Assistência em saúde às travestis na atenção primária: do acesso ao	SEHNEM, Graciela Dutra et al	2017	Bdenf	Estudo Descritivo	Revista de Enfermagem on line UFPE (Universidade Federal de Pernambuco)	Existem lacunas no cuidado às travestis, o que facilita adoecimento desse grupo. Sendo assim, possivelmente seria viável uma melhor aplicabilidade das políticas públicas a essa população; o acesso aos serviços de saúde; a organização do setor saúde para acolhê-las; a qualidade dessa assistência; a integralidade da atenção; a equidade das ações; a integração entre prevenção, promoção e assistência; um melhor preparo tecnocientífico dos profissionais de saúde para cuidar desse público, principalmente o respeito, a proteção e a promoção dos direitos humanos
Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde	FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos, NASCIMENTO, Elaine Ferreira do	2017	Lilacs	Estudo exploratório	Revista Brasileira em Promoção da saúde	A própria sigla LGBT já é algo limitado, e que há muitos desafios a serem superados tanto para o SUS quanto para a sociedade de um modo geral. Destaca que a principal barreira no acesso aos serviços de saúde se dá no acolhimento a essas pessoas, quanto a seus direitos, desejos e particularidades. Portanto, é fundamental que o SUS esteja para isso e implante estratégias de intervenção na oferta dos serviços de saúde. Percebe-se que há uma emergência na organização das redes de atenção à saúde, a fim de promover a inclusão da população LGBT em seus diversos equipamentos sociais, garantir o respeito e valorização à vida, facilitar práticas de equidade e desmistificar os mitos sobre as minorias sexuais. Desse modo, destacou-se a necessidade essencial de conhecimento das especificidades de assistência a cada grupo da comunidade LGBT, destacando o potencial do SUS enquanto equipamento social, político e ético privilegiado no enfrentamento às "LGBTfobias".

Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa	ROCON, Pablo Car-dozo et al	2019	Scielo	Revisão de literatura	Revista trabalho educação e saúde (on line)	Há limitação nos recursos para o financiamento de políticas e programas voltados ao combate à discriminação de origem homofóbica e trans-travestifóbica e ausência da garantia de serviços específicos à população LGBT – como o processo transexualizador –, assumem protagonismo como barreira no acesso à saúde pela população trans. Existe uma lacuna na produção científica que analise com destreza a relação entre decisões e políticas econômicas do Estado brasileiro para financiar as políticas públicas de saúde voltadas à população trans, como, por exemplo, o processo transexualizador.
Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde	GOMES, Romeu; MURTA, Daniela; FACCHINI, Regina and MENE-GHEL, Stela Nazareth	2018	Scielo	Estudo descritivo	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Teve-se avanços nas políticas do SUS. Porém, a fim de garantir dos direitos à saúde e à vida de mulheres e de pessoas LGBT, ainda existe muito a se conquistar.
O Processo Transexualizador no SUS e a Saúde Mental de Travestis e Transexuais	FERREIRA, Syndell Cássia Cruz	2018	Bireme	Estudo Exploratório	Coleciona Sus	A partir do ingresso desses pacientes no processo transexualizador os conflitos de ordem emocional que os acompanha desde a infância passam a ser desvendados e esclarecidos, o que os proporciona melhora da autoestima, autoimagem e melhora na qualidade de vida. Foi verificado também que a busca pelo acompanhamento e tratamento pelo SUS quanto à transexualidade é predominantemente de trans homens. Mas para que estes estejam aptos à realização das cirurgias necessárias assim como ao tratamento com hormonioterapia manter critérios estabelecidos no processo de acesso à identidade de gênero. Portanto, é preciso que estes pacientes realizem atendimento regular e disciplinado, e, possuam condições físicas e emocionais para que através do senso crítico tenham a possibilidade de decisão de mudança do corpo.

Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios	LONGHI, Marcelen Palu	2018	Medline	Estudo Descritivo	Bis, Boletim do Instituto de Saúde Impresso	O diálogo com a população transgênero mostrou a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde da população LGBT, uma vez que, não possuem seus direitos básicos garantidos devido as discriminações isso os tornam mais vulneráveis ao adoecimento. Isso se caracteriza como um determinante social do processo saúde-doença e a saúde tem o compromisso ético e social de transformar suas práticas em direção à inclusão e cidadania dessa população LGBT.
Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?	FERREIRA, Breno de Oliveira et al	2019	Lilacs	Estudo descritivo	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde	Implementar ações na ponta dos sistemas de saúde é bem mais difícil a implementar políticas no centro. Então é preciso investir em metodologias ativas que permitam aos atores sociais expor e trabalhar seus valores e crenças, e reconhecer estigmas e preconceitos a fim de desconstruí-los. Para que, seja oferecida uma atenção à saúde qualificada à população LGBT. O que contribuirá para a formação de profissionais tecnicamente e eticamente preparados.
Competência Cultural e Atenção à Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT)	COSTA, da Luana Dias et al	2017	Lilacs	Estudo descritivo	Revista eletrônica Tempus Actas de saúde coletiva	Sugere-se que as instituições pensem em ações que vão contribuir com uma atenção que se aproxime da realidade da população LGBT e que seja competente culturalmente. Dentre as quais deve-se utilizar uma linguagem que seja adequada a população LGBT, mais inclusiva e que leve em consideração as diferenças desta população

Percepções do grupo LGBT sobre o câncer de próstata: uma revisão de literatura integrativa	DA SILVA, Arlean Salvador; DE OLIVEIRA, Felyckson Sosttenes Carvalho de ; SILVA, Alexandre Bezerra	2018	Lilacs	Revisão integrativa	Revista Ciência Plural	O atendimento nos serviços de saúde às pessoas do grupo LGBT e o despreparo dos profissionais é um dos desafios a serem superados. A identidade de gênero e a orientação sexual não são tratadas com a relevância merecida, em consequência, os profissionais da saúde deixam se levar pelo déficit da não assistência da população LGBT, Fazendo com que esses não possuam o devido conhecimento das redes de atenção a sua saúde, das políticas. O que os torna, cada vez mais distantes dos serviços de saúde.
Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa	PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; DE SOUSA, Maria de Fátima	2017	Lilacs	Revisão de literatura	Revista eletrônica Tempus Revista Actas de saúde coletiva	A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, trata-se de um ladrilho deste caminho, percebendo-se a necessidade do cuidado transversal em saúde dentro do Ministério da Saúde e os demais entes federados. E não patologizar algo que é inato à pessoa humana a expressão de sua sexualidade deve ser revelada uma política sexual e que se considere as diversas expressividades da sexualidade humana, não por homo ou hetero ou, por mulher ou homem, mas sim, pelo ser humano que ali se expressa e tem como direito escolher ser o que quiser.
Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família.	BELÉM, Jamesom Moreira et al	2018	Bdenf	Estudo descritivo	Revista Baiana de enfermagem	Ainda há muito para se avançar para que os eixos da política LGBT situados em um plano teórico organizacional sejam colocados em prática transformem, eliminando, as iniquidades, desigualdades e disparidades em saúde vivenciadas por essa população LGBT.

De acordo com o Quadro 1, far-se-á uma abordagem a respeito dos resultados encontrados nos estudos dos autores.

Longui (2018) afirma que trabalhadores da saúde apresentaram dúvidas em relação a forma de abordagem ao usuário LGBT, em relação ao uso do nome social. Ficam na dúvida quanto a abordagem se o usuário usa nome social ou não, e se perguntam ou esperam que o paciente solicite. Isso é uma dificuldade desses profissionais, principalmente médicos, mesmo estando o nome social na ficha de atendimento.

De maneira idêntica, Ferreira *et al.* (2019) citaram que existe necessidade de formação

de qualidade para o SUS no intuito de melhora na atuação profissional das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Da Silva, Oliveira e Silva (2018) concordam nesse aspecto, pois afirma que existem profissionais da saúde que não estão preparados para assistir a um paciente transexual, travesti, dentre outros.

Ferreira et al (2019) vão ao encontro desse pensamento e citam que uma maneira de melhorar essa situação, seria a capacitação dos profissionais, através de cursos, qualificações, seminários, simpósios, congressos, extensões, pesquisas, ligas acadêmicas, encontros de imersão, entre outros, a fim de fortalecer os diálogos sobre a saúde das populações LGBT.

Sob o mesmo ponto de vista, Prado e Souza (2017) mostraram em suas pesquisas que, a luta da população LGBT está na desconstrução do caráter de anormalidade que suas escolhas, na sociedade atual. E que, há muitas barreiras, inclusive na saúde e bem-estar social, visto os julgamentos e preconceitos, por parte dos profissionais de saúde, responsáveis por seu atendimento. E, a luta para efetivação dos direitos civis, inclusive o direito à atenção integral à saúde, foi árdua e infelizmente é negligenciado na prática.

Ferreira (2018) afirmou que os indivíduos que realizam cirurgia precisam de um acompanhamento biopsicossocial, a fim de que estejam realmente prontos para a mudança que desejam no processo transexualizador. Visto que, as pessoas transexuais não mudam o sexo, fazem correção nos seus corpos, preservando seus interesses.

Do mesmo modo, Belém *et al.* (2018) afirmaram que o grupo LGBT apresentam reduzida assiduidade aos serviços de saúde e baixa adesão às ações e, que isso se dá, devido à ausência de uma agenda de cuidados e envolvimento dos profissionais com as demandas e acolhimento para com esse público.

Sehnen (2017) evidenciou que ações de assistência à saúde não são implantadas e implementadas com direcionamento ao atendimento das travestis. Acrescentou que as esferas federal, estadual e municipal são importantes na implantação e implementação efetiva da política LGBT nos municípios.

Ferreira, Pedroza e Nascimento (2017) mencionaram que é fundamental que o SUS esteja atento e promova acolhimento criando estratégias para melhor intervir na oferta dos serviços de saúde.

Popadiuk (2016) destacou que com a implantação do SUS, em 1988, houve avanço na política de saúde direcionada à população LGBT.

Rocon *et al.* (2019) afirmaram que existe ausência de política de atenção básica e inexistência de rede de saúde. Pois os recursos para os processos transexualizadores são insuficientes, há déficit de políticas de promoção da equidade e respeito às identidades de gênero trans, despreparo dos profissionais e acolhimento inadequado.

Gomes *et al.* (2019) alegaram que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) apresentam-se desarticuladas e sem comunicação para com as demandas da população LGBT que perpassam os níveis de atenção. Isso faz com que esses sujeitos se afastem dos serviços de saúde. Sendo necessário realizar capacitações de recursos humanos, de acompanhamento da agenda da

saúde e de participação social para essa população em específico.

O mesmo autor mencionou que os avanços das políticas de saúde do SUS nos últimos anos, são evidentes, porém evidenciou que ainda há muito a se fazer.

Considerando os estudos dos pesquisadores supracitados, percebe-se uma carência nas Políticas Públicas de saúde à população LGBT. Merecendo destaque, o fato da falta de preparo de alguns profissionais de saúde para com esse público em questão. O que pode gerar como consequência o afastamento da busca pelos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda é muito presente o conservadorismo neste país, uma “moralidade” discriminatória, julgar o outro subestimando-o, até mesmo por sua identidade de gênero. E, isso é algo desfavorável à construção dos direitos, principalmente quando fala-se do público LGBT.

É algo contraditório em um país que é visto por suas múltiplas belezas, de um povo receptivo, acolhedor e sorridente. Acrescentando-se a isso, o nosso tropicalismo, nossas danças, nosso gingado. E assim conhecidos, o famoso: “país do carnaval”, por trás de toda essa alegoria esconder, sob alguns o preconceito, que leva cidadãos aos extremos, praticando crimes, os quais, por vezes custam vidas, como já foram muitos casos contra pessoas pertencentes à população LGBT.

Portanto, é interessante a atuação do Estado para proteção desse público e isso pode ser feito por meio das políticas públicas, de forma transversal, que vão desde promoção até reabilitação, ou seja, que cuide, trate, facilite processos cirúrgicos para os que desejam modificar seu corpo no intuito de aproximar-se cada vez mais dos seus desejos. Visto que, quando desassistidos pelo Estado, esse torna - se omisso e compactua com o desfavorecimento dessa população nos seus direitos constitucionais.

Mas não se pode negar que avanços existiram nas Políticas Públicas voltadas à população LGBT. Porém a discriminação institucional contra gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais ainda persiste neste país. E que há barreiras para as políticas públicas para LGBT's serem postas em prática. Trazendo a certeza de que muito ainda deve- se fazer por esse público.

Quanto à atuação profissional, é importante a articulação de saberes voltados à prática, de acordo com as realidades que sejam possíveis atuar. Tendo em vista, as amplas e aceleradas mudanças existentes. Ter conhecimento e ser resiliente é algo eficaz e acolhedor para atuação profissional.

No tocante aos “desafios”, faz-se necessário superar essa atmosfera de discriminação, preconceitos e exclusão em respeito à diversidade de comportamentos, inclusive quando menção é feita a sexualidade das pessoas. E que, novas políticas públicas sejam implantadas e, para as que já existem, sejam implementadas para melhor assistência a esses grupos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, set, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de setembro de 2022.

ALMEIDA, G. "Homens trans": novos matizes na aquarela das masculinidades? *Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 513-523, 2016.

AMARAL, Alice Mayra Santiago *et al.* Adolescência, gênero e sexualidade: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 6, n. 1, p. 62-67, 2017.

Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT). Quem são as pessoas trans? Blog da ABHT. [periódico na Internet]. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/tKrcIH>. Acesso em: 09 de agosto de 2022.

BELÉM, Jamesom Moreira *et al.* Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família. *Rev baiana enferm*(2018);32:e26475. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26475/17380>. Acesso em: 30 de julho de 2022.

BENTO, B.; PELUCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, 2016.

BENTO, Berenice. *A Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, Berenice. Sexualidade e Experiências trans: Do Hospital à alcova. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2655- 2664

BOTELHO, Louise Lira Roedel *et al.* M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. 2011; 5(11):121-136.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS) Brasil sem Homofobia, 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT. Brasília: MS; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

_____. Bissexuais, Travestis e Transexuais. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 09 de julho de 2022.

_____. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 03 Dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o

Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília; 2013.

_____. Ministério da Saúde (MS). Transexualidade e Travestilidade na Saúde. Brasília: MS; 2015.

_____. DECRETO Nº 8.727, de 28 de abr. de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

_____. Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 dez. 2011. Seção 1, p. 35.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017a. Seção 1, p. 68-69.

_____. Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 out. 2017b. Seção 1, p. 90-91.

_____. Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 out. 2017b. Seção 1, p. 90-91.

BREVIDELLI, Maria Meimei; Sertório, Sonia Cristina. Trabalho de Conclusão de Curso - Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde. 4ª ed. Iatria: Erica; 2010.

CARNEIRO, Ailton José dos Santos. 2015. "A morte da clínica: movimento homossexual e luta pela despatologização da homossexualidade no Brasil 1978-1990". XXVIII Simpósio Nacional de História. Lugares dos historiadores: velhos e novos desafios, Florianópolis.

CASTRO, Margaret de; ELIAS, Lucila Leico. Causas raras de pseudo-hermafroditismo feminino: quando suspeitar? Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 126-137, fev, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de setembro de 2022.

Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, da Luana Dias *et al.* Competência Cultural e Atenção à Saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBTB). Tempus Actas Saude Colet [Internet]. 2017 [citado em 2019 fev. 3];11(1):105-119. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2314>. Acesso em: 30 de julho de 2022.

DA CONCEIÇÃO, Antônio Carlos Lima da. Teorias feministas: da "questão da mulher" ao enfoque de gênero. 2017. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Conceicao_art.pdf. Acesso em: 22 de julho de 2022.

DA SILVA, Arlean Salvador; DE OLIVEIRA, Felyckson Sosttenes Carvalho de ; SILVA, Alexandre Bezerra. PERCEPÇÕES DO GRUPO LGBT SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Revista Ciência Plural, v. 4, n. 3, p. 91-99, 4 abr. 2019.

FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos, NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 31, núm. 1, jan-mar, pp. 1-10, Universidade de Fortaleza Fortaleza-Ceará, Brasil, 2018. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/408/Resumenes/Resumo_40854841018_5.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2022.

FERREIRA, Breno de Oliveira *et al.* “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [S.l.], v. 13, n. 3, sep. 2019. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1733/2306>>. Acesso em: 24 de junho de 2022.

FERREIRA, Syndell Cássia Cruz. O Processo Transexualizador no SUS e a Saúde Mental de Travestis e Transexuais. Universidade do Estado do Pará. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Escola de Enfermagem Magalhães Barata. Belém/PA. 2018. Disponível em: <http://colecciona-sus.bvs.br/lidbi/docsonline/get.php?id=1689>. Acesso em: 30 de maio de 2022.

FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France. (L. Sampaio, Trad.). São Paulo, Loyola. (Original publicado em 1970), 2008.

FRY, Peter; MACRAE, Eduard. “O que é homossexualidade.” 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Presidência. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>. Acesso em: 24 de novembro de 2019.

GOMES, Romeu; MURTA, Daniela; FACCHINI, Regina and MENEGHEL, Stela Nazareth. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1997-2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601997&script=sci_abstract&lng=pt . Acesso em: 28 de julho de 2022.

GOMES, Sávio Marcelino *et al.* O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. Saude soc., São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1120-1133, out, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401120&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 de junho de 2022.

LANZ, Leticia. O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Uma introdução aos estudos transgêneros. Curitiba: Transgente, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/36800/R%20-%20D%20-%20LETICIA%20LANZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 06 Dez. 2019.

LEMOS, Diana da Silva Couto Manero de. Assexualidade: fatores de vulnerabilidade psicológica. 2011. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/8372>. Acesso em 03 de setembro de 2022.

LEWIS, Elizabeth Sara. Eu quero meu direito como bissexual: a marginalização discursiva da diversidade sexual dentro do movimento lgbt e propostas para fomentar a sua aceitação. Anais do III Simpósio Nacional Discurso, Identidade e Sociedade, 2012. Disponível em: <https://www.iel.unicamp.br/>

sidis/anais/pdf/LEWIS_ELIZABETH_SARA.pdf. Acesso em: 03 Dez. de 2019.

LIONCO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, Jun, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 de julho de 2022.

LONGHI, Marcelen Palu. Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios. São Paulo/SP. vol. 19, n. 2 – dez. 2018. *Revista: BIS, Bol. Inst. Saúde*. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bis_19_2_final.pdf. Acesso em: 06 de setembro de 2022.

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação*. Petrópolis: vozes, p. 14-56, 1997.

MDH - Ministério dos Direitos Humanos. 3º Relatório Nacional do Estado Brasileiro ao Mecanismo de Revisão Periódica Universal do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas -2017. Brasília, SEDH, 2017. Disponível em: <http://www.dedihc.pr.gov.br/arquivos/File/2017/RPUrelatorionacional2017portugues.pdf> Acesso em: 28 de julho de 2022.

MELLO L. et al. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 2, maio 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200005. Acesso em 03 Dez. de 2019.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm. Florianópolis*, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 setembro de 2022.

MOSCHETA, Murilo *et al.* Da (im)possibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGBTs. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 516-525, dez, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000300516&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de setembro de 2022.

MOTTA, Jose Inacio Jardim. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde Debate*. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000500073&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 03 Dez. 2019.

PERES, William Siqueira. Biossociabilidade contemporânea e a expressão. *Revista de Psicologia da UNESP*, 1(1), 2018. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/985>. Acesso em: 06 de julho de 2022.

PERUCCHI, Juliana; BRANDÃO, Bruno Coelho; VIEIRA, Hortencia Isabela dos Santos. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estud Psicol*, (Natal). 2014;19(1):67-76.

PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; DE SOUSA, Maria de Fátima. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa / Public policies and health of the LGBT population: one integrative review. *Tempus (Brasília)* ; 11(1): 69-80, jan.-mar. 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880456/lgbt-5.pdf>. Acesso em 04 Dez. 2019.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: Nas entrelinhas da

revisão integrativa. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023469, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100505&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 de julho de 2022.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese and SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.5, pp.1509-1520. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JVTfd3DqVzN3dPMLPJYLVy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

SOUZA, Marcele Tavares.; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* (São Paulo). 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 04 de julho de 2022.

SOUZA, Zileide de; LEITE, Janete Luzia. Aids e envelhecimento: reflexões sobre a infecção travesti. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 1, n. 1, 2002. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/985>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

SEHNEM, Graciela Dutra *et al.* Assistência em saúde às travestis na atenção primária: do acesso ao atendimento / Health care assistance in primary care: access to care. *Rev. enferm. UFPE on line*;11(4):1676-1684, abr, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317504960_Assistencia_em_saude_as_travestis_na_atencao_primaria_do_acesso_ao_atendimento. Acesso em: 30 de julho de 2022.

VIANNA, Claudia Pereira. O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. *Educ Pesqui.* 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022015000300791&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 03 de novembro de 2019.

VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 51, e175101, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000300302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 de agosto de 2022.

**Políticas de saúde para população
privada de liberdade no Brasil:
avanços e perspectivas**

**Health policies for prison population in
Brazil: progress and perspectives**

Eriza de Oliveira Parente

Francisco Marto Leal Pinheiro Júnior

Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Bernard Carl Kendall

Danielle Neiva Santos de Aquino Araújo

Ana Paula Mendonça Lima Fernandes

Herismércia Helena Fidelis Uchoa

Cynthia de Oliveira Vaz

Agueda Menezes da Silva

Fernanda Costa de Mesquita Souza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.27

RESUMO

A situação carcerária é um dos problemas de maior complexidade da realidade social brasileira. A população penitenciária apresenta superior carga de desordens físicas e mentais em relação à população em geral. O crescimento nacional da população carcerária, a inexistência de políticas públicas efetivas e a própria escassez do tema aponta para relevância de investigar esse universo e tem suscitado questionamentos de gestores, educadores e profissionais sobre as ações de saúde prestadas dentro do sistema penitenciário brasileiro. Objetivou-se revisar a literatura sobre as políticas de saúde para população privada de liberdade no Brasil, enfocando os avanços encontrados na área e as perspectivas para o futuro. Observou-se que os avanços e conquistas na saúde da população penitenciária encontram-se em um movimento de mudança para um modelo fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade presentes no SUS, porém os avanços conquistados no campo dos direitos humanos e da política não têm se refletido no dia a dia das unidades prisionais. O Estado não está cumprindo o estabelecido em diversos diplomas legais, como a Lei de Execuções Penais, Constituição Federal, Código Penal, além das regras internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e a Resolução da ONU que prevê as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso.

Palavras-chave: presidiários. prisões. políticas de saúde. saúde. Brasil.

ABSTRACT

The prison situation is one of the most complex problems of Brazilian social reality. The penitentiary population presents a greater burden of physical and mental disorders in relation to the population in general. The national growth of the prison population, the absence of effective public policies and the scarcity of the subject itself point to the importance of investigating this universe and has raised questions of managers, educators and professionals about the health actions provided within the Brazilian prison system. The aim of this study was to review the literature on health policies for the population deprived of liberty in Brazil, focusing on the advances made in the area and perspectives for the future. It was observed that the advances and achievements in the health of the penitentiary population are in a movement of change to a model based on the principles of universality, integrality and equity present in the SUS, but the advances achieved in the field of human rights and politics do not have been reflected in the day to day of the prison units. The state is not complying with various legal instruments, such as the law on criminal executions, federal constitution, penal code, and international rules, such as the universal declaration of human rights, the american declaration of rights and duties of man and resolution that provides for the standard minimum rules for the treatment of prisoners.

Keywords: prisoners. prisons. health policies. health. Brazil.

INTRODUÇÃO

O sistema prisional é considerado um problema de saúde pública em potencial no mundo todo (BUTLER *et al.*, 1997). De acordo com o World Prison Center, o número de pessoas encarceradas no mundo ultrapassa os 11 milhões (WALMSLEY, 2017). Os Estados Unidos ocupam o primeiro lugar no número de pessoas presas com, aproximadamente, 2,2 milhões, seguido por

China (1,6 milhão de presos) e Rússia (640 mil presos) (WALMSLEY, 2017). O Brasil ocupa a quarta posição (WALMSLEY, 2017). Levando em consideração os presos em regime domiciliar, o Brasil supera a Rússia e passa a ocupar a 3ª posição do ranking (WALMSLEY, 2017). Segundo os últimos dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, a população carcerária brasileira era de 712 mil presos, aproximadamente (INFOPEN, 2017). Esses dados revelam uma taxa de 352 presos para cada cem mil habitantes (INFOPEN, 2017).

A quantidade de encarcerados é consideravelmente superior às quase 376 mil vagas do sistema penitenciário, alcançando um déficit superior a 230.000 vagas. A taxa de ocupação média dos estabelecimentos é de 161%, a quinta maior entre os países que se apresentam com contingente prisional elevado. Em média, em espaços concebidos para acomodar 10 pessoas, existem por volta de 16 encarcerados (INFOPEN, 2017).

Diante desse cenário, podemos observar que a situação carcerária é um dos problemas de maior complexidade da realidade social brasileira. São evidentes a superlotação carcerária e o déficit de vagas, fatos que contribuem para o diagnóstico de um sistema prisional inchado, violador de direitos humanos e fracassado quanto ao cumprimento de seus objetivos formais, de garantias processuais e de princípios constitucionais ligados a dignidade humana (SANT'ANA, 2017).

O relatório sobre as condições prisionais no Brasil, elaborado pela Human Rights Watch, em 1998, já indicava que a superlotação é um dos problemas crônicos mais graves que afligem o sistema penal brasileiro. Esta situação, aliada às precárias condições de higiene, falta de controle de qualidade dos alimentos fornecidos, relações violentas, falta de atividades laborais e físicas, práticas sexuais de risco e uso de drogas revelam-se como fatores de risco à saúde desta população (FONSECA; RAMOS, 2008).

Como consequência, a população penitenciária apresenta superior carga de distúrbios físicos e mentais em relação à população em geral (FAZEL; BAILLARGEON, 2011). Estudos têm registrado elevada carga de doenças infectocontagiosas (VIITANEN *et al.*, 2011; ARREDONDO *et al.*, 2015), doenças crônicas não transmissíveis (HERBERT *et al.*, 2012; ARRIES; MAPOSA, 2013; ARREDONDO *et al.*, 2015; GATES; BRADFORD, 2015; NOLAN; STEWART, 2017; SILVA *et al.*, 2017), distúrbios mentais (HAUGE BROOK *et al.*, 2010; VILLAGRÁ LANZA *et al.*, 2011) e outros agravos à saúde (FAZEL *et al.*, 2017; MCCALL; TSAI, 2017). As disparidades em saúde dentro do sistema penitenciário tendem a ser exacerbadas em determinados grupos sociais historicamente marginalizados, como pobres e negros, tendo em vista que os níveis de encarceramento são fortemente concentrados nos mesmos (BINSWANGER *et al.*, 2012). Isto sugere que a raça/etnia e a condição socioeconômica podem ter efeito modificador na relação entre sistema penal e disparidades em saúde (BINSWANGER *et al.*, 2012).

Frente a essa problemática, constata-se que o crescimento nacional da população carcerária, a inexistência de políticas públicas efetivas e a própria escassez do tema aponta para relevância de investigar esse universo e tem suscitado questionamentos de gestores, educadores e profissionais sobre as ações de saúde prestadas dentro do sistema penitenciário brasileiro, bem como sobre os dispositivos legais voltados para saúde desta população no Brasil.

O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura sobre as políticas de saúde para população privada de liberdade no Brasil, enfocando os avanços encontrados na área e as perspectivas

para o futuro.

A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

De acordo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, direito à saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis e a todos os habitantes do território nacional (BRASIL, 1986).

O art. 196 da Constituição Federal de 1988, em vigor até os dias atuais, entende que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

De acordo com a constituição da Organização Mundial de Saúde (Oms, 1948), todos os seres humanos têm direito ao mais alto padrão de saúde alcançável, sem distinção de raça, de religião, de credo político, ou condição econômica ou social. Compreende-se esse padrão como o desfrutado pelo grupo de maior vantagem social dentro de uma sociedade (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003).

Efetivar o direito à saúde é uma das características da democracia. Porém a sociedade brasileira é marcada por desigualdades sociais, as quais se tornam muito claras no âmbito da saúde, especialmente no sistema prisional (KOLLING *et al.*, 2013). Dentre aqueles que são esquecidos pelo Estado, pode se afirmar que um dos expoentes mais fortes de negligência diz respeito aos encarcerados: muitos deles não são sequer contabilizados no tocante ao investimento em saúde. E mais: os estabelecimentos prisionais são demasiadamente insalubres, e os serviços de saúde são infinitamente insuficientes e carentes (KOLLING *et al.*, 2013). Além de as prisões concentrarem indivíduos negros e pobres que não puderam atingir os patamares mínimos para o acesso a bens culturais e/ou de serviços, eles participam do grupo dos “especialmente vulneráveis” às doenças infectocontagiosas (LOPES *et al.*, 2001).

O sistema prisional brasileiro vem sofrendo uma superlotação, e isto reflete diretamente na condição de saúde da população carcerária, sendo agravada por fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais (FREITAS *et al.*, 2016). A situação de saneamento básico precário ou inexistente em inúmeros presídios acarreta problemas como a insalubridade que acumulada à falta de higiene dos detentos tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias. As condições estruturais dos presídios também influenciam a saúde dos detentos, visto que, além da superlotação, normalmente há pouca iluminação e ventilação nos espaços. Os agravos mais propícios nesses ambientes são as doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e pneumonia. Também é alto o índice de hepatite e de doenças venéreas em geral. Além dessas doenças, há um grande número de presos portadores de distúrbios mentais, de câncer, hanseníase e com deficiências físicas (ARRUDA *et al.*, 2013).

Conhecida esta fragilidade, foram instituídas políticas públicas específicas para o Sistema Prisional que buscam contribuir para uma melhor assistência à população encarcerada, porém é notória a falta de operacionalização, gerando grande preocupação em relação à situação em que se encontram essas pessoas, refletindo-se em práticas de violência e descaso com a

saúde física e psíquica (SILVA *et al.*, 2008).

Diante disso, acaba ocorrendo a dupla penalização do preso: a pena propriamente dita e o lamentável estado de saúde que ele adquire no interior da prisão, o que constata o descumprimento dos dispositivos da Lei de Execução Penal, que prevê, no inc. VII do art. 40, o direito à saúde por parte do preso como uma obrigação do Estado (ASSIS, 2008).

POLÍTICAS DE SAÚDE E AÇÕES GOVERNAMENTAIS VOLTADAS À POPULAÇÃO DO SISTEMA PRISIONAL

As garantias legais previstas durante a execução da pena, assim como os direitos humanos do preso, estão previstos em diversos estatutos legais. Em nível mundial existem várias convenções, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e a Resolução da ONU que prevê as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso. Em nível nacional, nossa Carta Magna reservou 32 incisos do art. 5º, que trata das garantias fundamentais do cidadão à proteção das garantias do homem preso (ASSIS, 2008).

Existem ainda em legislação específica – a Lei de Execução Penal – os incisos de I a XV do art. 41, que dispõem sobre os direitos infraconstitucionais garantidos ao sentenciado no decorrer da execução penal (BRASIL, 1984).

Nesse contexto, a Lei de Execução Penal brasileira, no título II, capítulo II, art. 14, dispõe que a atenção à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, deve compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico; e quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover tal assistência, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção da instituição (BRASIL, 1984).

Observaremos, ainda, as ações governamentais para efetivar o direito à saúde no sistema prisional, em especial o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que se apresenta como uma tentativa concreta de romper com a negligência do Estado em relação aos integrantes do sistema prisional, aos esquecidos e aos sem voz (KOLLING *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça, elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) surgiu em continuidade com a assistência em saúde prevista na Lei de Execução Penal de 1984, ou seja, com o intuito de garantir tratamento e prevenção em saúde às pessoas presas. Esse plano foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, tendo como objetivo garantir o acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade (masculinas, femininas e psiquiátricas), oferecendo ações e serviços de atenção básica *in loco*, ou seja, dentro das unidades prisionais (BRASIL, 2005).

Do ponto de vista histórico, a implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), ocorreu no primeiro ano do primeiro mandato do governo Lula, mesmo

ano em que ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde o PNSSP foi, inclusive, discutido. O evento teve como tema central “Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos” e foi visto por muitos como a oportunidade de desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, pois contou com uma série de fatores (políticos, sociais e históricos) na tentativa de impulsionar o governo a assumir propostas e compromissos mais ousados na área da saúde (PAIM, 2008).

O plano faz alusão às questões que até então a LEP (Lei de Execução Penal) jamais enfrentou. Enquanto a LEP previa “assistência à saúde” do preso, com foco no tratamento e nas especialidades, o plano visava promover “atenção integral” com prioridade às ações preventivas, sem deixar de contemplar as assistenciais (SILVA, 2015).

Isso não quer dizer que a LEP não leva em consideração a prevenção, mas apenas cita vagamente esse tipo de ações, não as prioriza, enquanto o Plano as enfatiza e inclui a promoção da saúde, como algo mais apropriado para fazer frente à insalubridade e superpopulação no sistema prisional (SILVA, 2015).

A portaria que institui o plano prevê mecanismos para a plena extensão dos serviços do SUS aos presídios, enfatizando a “atenção básica”, mediante o estabelecimento de ações a serem conduzidas pelos vários níveis de gestão, com a respectiva divisão de responsabilidades (KOLLING *et al.*, 2013).

Nota-se, no plano, uma visão ampla de saúde. Pode-se visualizar o reflexo disso nos objetivos específicos da atuação: prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e de agravos psicossociais decorrentes do confinamento; distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas; implementação de medidas de proteção específica, como vacinação contra hepatites, influenza, tétano; organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária e cadastramento as pessoas presas no Cartão Nacional de Saúde; imunizações e coletas de exames laboratoriais (SILVA, 2009).

As ações do plano envolvem também o direito à visita íntima; distribuição de kits de medicamentos da farmácia básica, incluindo medicamentos específicos para gestantes; inclusão da população penitenciária na política de planejamento familiar, que são desenvolvidas por equipes multiprofissionais, compostas minimamente por médico, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, com ações voltadas para a prevenção, promoção e tratamento de agravos em saúde (BRASIL, 2005).

É relevante destacar que, apesar dos inúmeros avanços alcançados através da implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), ainda não se abrangia a totalidade das pessoas privadas de liberdade, pois as ações estavam voltadas unicamente à população penitenciária, deixando descoberta a parte restante do sistema prisional. Isso quer dizer que somente as pessoas privadas de liberdade recolhidas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia e tratamento estavam asseguradas pela atenção à saúde, não garantindo o mesmo direito às pessoas que cumprem pena em regimes abertos e provisórios, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais (LERMEN *et al.*, 2015).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), é um programa governamental intersetorial nascido em 2002, reformulado em 2008 e em vigor por mais de uma década.

A formulação do plano considerou a relevância da caracterização da população penitenciária, traçou diretrizes e estratégias para a consolidação da política de saúde no sistema prisional, regulamentou as questões de financiamento, de recursos humanos, de informação em saúde, além das formas de gestão (BRASIL, 2008).

A reformulação visou preencher algumas lacunas relacionadas ao sistema prisional feminino. Dentre as propostas listadas, recomendou-se maior inter-relação dos setores saúde e justiça, a fim de que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) fosse implantado nacionalmente, garantindo a oferta de atenção integral à saúde da mulher presa e a provisão de cuidados de saúde referente aos aspectos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008).

A homologação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), representa um avanço para o País, pois, pela primeira vez, a população das unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que regulamenta o acesso a ações e serviços que visam reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento em que se encontram (Gois *et al.*, 2012). É válido destacar que a agenda da saúde da mulher recebeu um capítulo específico no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP).

Porém, salientamos que, embora o PNSSP tenha como uma de suas metas a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério, a efetivação de tais ações não era garantida e que o crescimento da população penitenciária feminina foi timidamente acompanhado por construções de políticas sociais voltadas para esse público (LERMEN *et al.*, 2015).

E ao analisarmos as legislações sobre a população prisional feminina, parece-nos que o Estado sempre teve que recorrer a leis e resoluções específicas para dar visibilidade às mulheres encarceradas e tornar concretas as ações e os serviços em saúde voltados a elas. Um exemplo é a Lei nº 11.942, de 2009, em que a Lei de Execução Penal (LEP) passa a assegurar à mulher gestante presa o direito ao acompanhamento médico tanto no pré-natal quanto no pós-parto, sendo esse direito extensivo ao recém-nascido (BRASIL, 2009).

Outro exemplo se evidencia ao analisarmos a Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), que recomenda a não utilização de algemas ou outros meios de contenção durante a condução ou permanência em unidades hospitalares, salvo quando houver a necessidade, garantindo a mulher o direito de não “utilizar algemas ou outros meios de contenção no momento em que se encontrem em intervenção cirúrgica para a realização do parto ou em trabalho de parto natural, e no período de repouso subsequente ao parto” (BRASIL, 2012).

Assim, percebemos que apesar do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) possuir como metas o controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama, o Estado vinha priorizando até 2013, leis e ações voltadas à saúde materno-infantil. Ou seja, a mulher recebe maior atenção dentro do sistema quando vinculada a uma criança. Dessa maneira, a inclusão da mulher na saúde pública se dá, geralmente, via programas de pré-natal, área de cuidado mãe/bebê, mãe-canguru, dentre outros (MEDEIROS, 2010).

No entanto, um importante avanço ocorreu em janeiro de 2014, com a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). A PNAMPE amplia o olhar sobre a população prisional feminina, pois inclui, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres.

Abrange ainda o fomento à adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres nas questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino (BRASIL, 2014b).

O lançamento da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) ocorreu dez dias depois da publicação no Diário Oficial da União da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), nosso terceiro marco das políticas sociais de saúde no âmbito prisional. A PNAISP considera como pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas que cometeram delito, que têm mais de 18 anos e que estão sob custódia do Estado provisoriamente, podendo estar sentenciadas ou em medida de segurança, conforme o Código Penal e a Lei de Execução Penal (BRASIL, 2014b).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), promulgada no dia 2 de janeiro de 2014, foi elaborada em resposta ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), programa governamental vigente entre os anos de 2002 e 2013 no Brasil. Esta política instituiu, entre outras medidas, a inserção formal da população carcerária no Sistema Único de Saúde, assegurando que cada unidade prisional seja ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014). Mais ambiciosa e mais realista que o PNSSP, essa política está fundamentada nos princípios da integralidade e da transeitorialidade (LAROUZÉ, 2016).

A PNAISP representa um avanço na atenção à saúde da população prisional, bem como amplia a garantia de direitos sociais. Assim, ao estender o foco anteriormente dado pelo PNSSP, o público-alvo da política abrange a amplitude dessa população, ou seja, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Outro ponto positivo da PNAISP é a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde (BRASIL, 2014a).

Entretanto, a partir dessa política, a saúde passa a ser garantida não apenas à população privada de liberdade, mas a todos aqueles que circulam nos espaços prisionais, ratificando os princípios de universalidade, integralidade e equidade presentes no SUS.

Destacamos, ainda, que a PNAISP impulsionou também a construção de duas resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) que dão luz a outras “minorias” no sistema prisional, além das mulheres, anteriormente citadas, são elas: a Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014, a qual dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil e prevê, dentre outros aspectos, a atenção integral à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2014a).

A PNAISP é uma política de extrema importância, logo, sua efetivação requer empenho

daqueles que acreditam em um sistema prisional melhor e mais humanizado. Isto porque muitas vezes as pessoas que cometeram algum crime são penalizadas não apenas pelo sistema judicial, mas também pelas condições degradantes dentro dos presídios. Daí a necessidade dos poderes públicos, dos gestores, dos profissionais envolvidos e da sociedade em geral proporem estratégias e ações que concretizem as diretrizes propostas na PNAISP e, assim, lutarem por uma melhor qualidade de vida e dignidade das pessoas que estão inseridas no sistema prisional (FREITAS *et al.*, 2016).

PERSPECTIVA DO SISTEMA PRISIONAL

A implantação da PNAISP ainda se encontra em processo de estruturação e de adesão nos diversos municípios do território brasileiro. Por ser ainda muito recente, sugerimos que futuros estudos se debrucem sobre a análise da implantação e efetivação das ações previstas nessa política, bem como sobre o impacto desta na sociedade (Freitas *et al.*, 2016).

É interessante observar que apesar de algumas dificuldades, o país vem, nos últimos trinta anos, a passos lentos e graduais, dando visibilidade à saúde no cenário prisional. Ao analisarmos os três marcos fundamentais das políticas sociais de saúde voltadas a essa população, notamos que importantes mudanças ocorreram nas terminologias empregadas nessas legislações. Na LEP, os termos usados eram “presos” e “condenados”, reduzindo as pessoas aos delitos pelos quais tinham sido presas. Quase vinte anos depois, com a PNSSP, surge a expressão “privado de liberdade” demonstrando o entendimento de que os indivíduos vivenciam a privação apenas de liberdade, mas não de seus direitos sociais. Já a PNAISP, não apenas consolida o termo “pessoas privadas de liberdade”, como amplia o acesso à saúde dos detentos e daqueles ao seu redor (LERMEN *et al.*, 2015).

Essas mudanças na terminologia são pontos fundamentais para que os estereótipos conferidos à população prisional sejam minimizados e a necessidade da garantia dos direitos sociais seja maximizada e efetivada, muito embora se reconheça que a mudança de terminologia deva ser acompanhada de ações concretas para que as mudanças efetivamente ocorram (LERMEN *et al.*, 2015)

Nesse contexto, é importante ressaltar que políticas de saúde e ações governamentais são formuladas com o intuito de propor transformações e melhorias de acordo com a problemática apresentada. Contudo, a falta quase absoluta de dados oficiais nacionais sobre a atual situação de saúde da população penitenciária dificulta o planejamento e a execução de políticas públicas eficazes e de ações voltadas para esta população, limitando a implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

O sistema penitenciário brasileiro, nos últimos tempos, tem sido encarado pelos governantes como uma verdadeira “caixa preta”. Muito se discute e pouco se sabe sobre a sua verdadeira realidade. Cada vez mais, constatamos a necessidade de ampliação da discussão e pesquisa do tema, com ênfase em abordagens interdisciplinares nas universidades e institutos de pesquisa, possibilitando subsídios concretos para os formuladores de políticas públicas (JULIÃO, 2007).

Sabe-se ainda que há muita incompreensão e falta de informação quanto à saúde no sistema penitenciário, logo as questões relativas a este tema precisam ser revistas e redirecionadas numa abordagem que favorecerá uma reflexão aprofundada, crítica e salutar (BARBOSA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, esta pesquisa poderá subsidiar a operacionalização de políticas públicas e ações governamentais, contribuindo assim, para o controle e redução dos agravos mais frequentes à saúde como parte da resposta aos direitos humanos nesta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se os dispositivos legais fossem de fato cumpridos, as unidades prisionais funcionariam de forma inversa ao que acontece atualmente. Ao invés de promover as disparidades em saúde, elas iriam mitigá-las. Há vários momentos ao longo da passagem de um indivíduo pela prisão que tem potencial de ser utilizado nesta direção: 1) entrada no sistema; 2) durante sua permanência na unidade; 3) em possíveis transferência de unidade; 4) durante acompanhamentos posteriores, como nas penas em regime semiaberto. Seria necessário prover exames periódicos em cada um destes momentos e garantir o prosseguimento do tratamento após saída definitiva da unidade (BINSWANGER *et al.*, 2012).

Sabe-se que uma grande parcela dos presos tem no sistema prisional seu primeiro contato com algum serviço de prevenção ou tratamento. Estudos mostram que cerca de 40% dos presos com alguma doenças crônica são diagnosticados dentro do sistema penal e 80% reportam que receberam acompanhamento médico durante o período que estiveram presos (DUMONT *et al.*, 2012; WANG *et al.*, 2012).

Todavia, estas oportunidades estão sendo desperdiçadas e o modelo prisional brasileiro vem demonstrando seu esgotamento (Assis, 2008). Os avanços conquistados no campo dos direitos humanos não têm se refletido no dia a dia das unidades prisionais (BRASIL, 2008). O Brasil convive com um abandono do sistema prisional, o que deveria ser um instrumento de ressocialização, muitas vezes, funciona como escola do crime, devido à forma como é tratado pelo estado e pela sociedade (ASSIS, 2008). Quanto ao papel do Estado, o mesmo não está cumprindo o estabelecido, em diversos diplomas legais, como a Lei de Execuções Penais, Constituição Federal, Código Penal, além das regras internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e a Resolução da ONU que prevê as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso (ASSIS, 2008).

Aliado a este fato, destaca-se dois agravantes: 1) a falta de uniformidade geográfica na atenção à saúde dos presos e uma descentralização das ações de saúde. Cada unidade federativa, e muitas vezes, cada unidade prisional define sua forma de trabalho e rotinas próprias, o que dificulta um controle central e parcial desconhecimento da real situação das prisões no Brasil; 2) O olhar da sociedade para o preso que ainda reflete uma visão antiga, excludente e de caráter punitivo. Neste sentido, a imagem do preso, como um ser humano capaz de se recuperar, precisa ser intensificada. Se tratado com atenção, o preso poderá retornar ao convívio dos seus, uma pessoa melhor. Não que o preso deva ter regalias que o cidadão comum não possua, mas uma política de inclusão, que trata o preso como preso, mas em primeiro lugar como ser humano, pode ser muito útil a sociedade, após sua reabilitação (DULLIUS; HARTMANN, 2011).

REFERENCIAS

- ARREDONDO, S. B.; GONZÁLEZ, A.; SERVAN-MORI, E.; BEYNON, F.; JUAREZ-FIGUEROA, L.; CONDE-GLEZ, C. J., . . . VOLKOW, P. A cross-sectional study of prisoners in Mexico City comparing prevalence of transmissible infections and chronic diseases with that in the general population. *PLoS one*, v. 10, n. 7, p. e0131718, 2015. ISSN 1932-6203.
- ARRIES, E. J.; MAPOSA, S. Cardiovascular risk factors among prisoners: an integrative review. *Journal of forensic nursing*, v. 9, n. 1, p. 52-64, 2013. ISSN 1556-3693.
- ARRUDA, A. J. C. G. D.; OLIVEIRA, M. H. B. D.; GUILAM, M. C.; DE VASCONCELOS, D. I. B. D.; DA COSTA, T. F. D.; LEITE, I. F. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line*-ISSN: 1981-8963, v. 7, n. 11, p. 6646-6654, 2013. ISSN 1981-8963.
- ASSIS, R. D. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ*, p. 74-78, 2008. ISSN 2179-9857.
- BARBOSA, M. L.; DE MATOS CELINO, S. D.; VERÍSSIMO, L.; PEDRAZA, D. F.; COSTA, G. M. C. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 586-592, 2014. ISSN 1414-8145.
- BINSWANGER, I. A.; REDMOND, N.; STEINER, J. F.; HICKS, L. S. Health disparities and the criminal justice system: an agenda for further research and action. *Journal of Urban Health*, v. 89, n. 1, p. 98-107, 2012. ISSN 1099-3460.
- BRASIL. Institui a Lei de Execução Penal. Lei no 7.210, de 11 de Junho de 1984. . Brasília 1984.
- _____. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília. 1986
- _____. Constituição Federal do Brasil. Brasília 1988.
- _____. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. . ESTRATÉGICAS, D. D. A. P. Brasília 2005.
- _____. Reorganização e reformulação do sistema prisional feminino. Brasília: Secretária especial de políticas para as mulheres 2008.
- _____. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Lei nº 11.942, de 2009 2009.
- _____. Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012. Ministério da Justiça. Brasília. 2012
- _____. Institui a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde 2014a.
- _____. Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional: Documento Basilar para a Elaboração da Portaria Interministerial MJ/SPM nº 210/2014 [en línea]. Brasília 2014b.

- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 57, n. 4, p. 254-258, 2003.
- BUTLER, T. G.; DOLAN, K. A.; FERSON, M. J.; MCGUINNESS, L. M.; BROWN, P. R.; ROBERTSON, P. W. Hepatitis B and C in New South Wales prisons: prevalence and risk factors. *Medical Journal of Australia*, v. 166, n. 3, p. 127-130, 1997. ISSN 0025-729X.
- DULLIUS, A. A.; HARTMANN, J. A. M. Análise do sistema prisional brasileiro. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 95, 2011.
- DUMONT, D. M.; BROCKMANN, B.; DICKMAN, S.; ALEXANDER, N.; RICH, J. D. Public health and the epidemic of incarceration. *Annual review of public health*, v. 33, p. 325-339, 2012. ISSN 0163-7525.
- FAZEL, S.; BAILLARGEON, J. The health of prisoners. *The Lancet*, v. 377, n. 9769, p. 956-965, 2011.
- FAZEL, S.; YOON, I. A.; HAYES, A. J. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 2017. ISSN 1360-0443.
- FONSECA, L. G. D. D.; RAMOS, L. D. S. Incarcerated female: the women's prison system of Brazil. *Human Rights in Brazil 2008*, Brasília, 2008.
- FREITAS, R. S.; ZERMIANI, T. C.; NIEVOLA, M. T. S.; NASSER, J. N.; DITTERICH, R. G. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. *Revista de Políticas Públicas*, v. 20, n. 1, p. 171-184, 2016. ISSN 2178-2865.
- GATES, M. L.; BRADFORD, R. K. The impact of incarceration on obesity: are prisoners with chronic diseases becoming overweight and obese during their confinement? *Journal of obesity*, v. 2015, 2015. ISSN 2090-0708.
- GOIS, S. M.; SANTOS JUNIOR, H. P. D. O.; SILVEIRA, M. D. F. D. A.; GAUDÊNCIO, M. M. D. P. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012. ISSN 1413-8123.
- HAUGEBROOK, S.; ZGOBA, K. M.; MASCHI, T.; MORGEN, K.; BROWN, D. Trauma, stress, health, and mental health issues among ethnically diverse older adult prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, v. 16, n. 3, p. 220-229, 2010. ISSN 1078-3458.
- HERBERT, K.; PLUGGE, E.; FOSTER, C.; DOLL, H. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. *The Lancet*, v. 379, n. 9830, p. 1975-1982, 2012. ISSN 0140-6736.
- INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional Brasília. 2017
- JULIÃO, E. F. Educação para jovens e adultos privados de liberdade: desafios para a política de reinserção social. *Salto para o futuro, boletim*, v. 6, 2007.
- KOLLING, G. J. J.; SILVA, M. B. B.; SÁ, M. C. D. N. P. O Direito à Saúde no Sistema Prisional. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 282-197, 2013. ISSN 1982-8829.

- LAROUZÉ, B. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. *Ciencia & saude coletiva*, v. 21, n. 7, p. 2317-2317, 2016. ISSN 1413-8123.
- LERMEN, H. S.; GIL, B. L.; CÚNICO, S. D.; JESUS, L. O. D. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 905-924, 2015. ISSN 0103-7331.
- LOPES, F.; LATORRE, M. D. R. D. D.; PIGNATARI, A. C. C.; BUCHALLA, C. M. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 6, p. 1473-1480, 2001. ISSN 0102-311X.
- MCCALL, J. D.; TSAI, J. Characteristics and health needs of veterans in jails and prisons: what we know and do not know about incarcerated women veterans. *Women's health issues*, 2017. ISSN 1049-3867.
- MEDEIROS, P. F. D. Saúde da mulher: efeitos de gênero para as políticas públicas. *Psicologia, formação, política e produção em saúde*, p. 221, 2010. ISSN 857430977X.
- NOLAN, A. M.; STEWART, L. A. Chronic Health Conditions Among Incoming Canadian Federally Sentenced Women. *Journal of Correctional Health Care*, v. 23, n. 1, p. 93-103, 2017. ISSN 1078-3458.
- OMS. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Genebra: Official Records of the World Health Organization 1948.
- PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008. ISBN 8575413597.
- SANT'ANA, N. G. D. Política criminal, saberes criminológicos e justiça penal: que lugar para a Psicologia. 2017.
- SILVA, E. R. P. D.; SOUZA, A. S. D.; SOUZA, T. G. B. D.; TSUHA, D. H.; BARBIERI, A. R. Screening for cervical cancer in imprisoned women in Brazil. *PloS one*, v. 12, n. 12, p. e0187873, 2017. ISSN 1932-6203.
- SILVA, F. S. E. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. *O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde./Alexandre Bernardino Costa...[et al.](organizadores)–Brasília: CEAD/UnB, p. 241-252, 2009.*
- SILVA, G. K. N.; VEDOVELLO, V. P.; FEGADOLLI, C. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. *UNIMEP [periódico na Internet]*, 2008.
- SILVA, M. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. Brasília: Verbena, 2015.
- VIITANEN, P.; VARTIAINEN, H.; AARNIO, J.; VON GRUENEWALDT, V.; HAKAMÄKI, S.; LINTONEN, T., . . . JOUKAMAA, M. Hepatitis A, B, C and HIV infections among Finnish female prisoners—young females a risk group. *Journal of Infection*, v. 62, n. 1, p. 59-66, 2011. ISSN 0163-4453.
- VILLAGRÁ LANZA, P.; GONZÁLEZ MENÉNDEZ, A.; FERNÁNDEZ GARCÍA, P.; CASARES, M.; MARTÍN MARTÍN, J. L.; RODRÍGUEZ LAMELAS, F. Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, v. 23, n. 3, 2011. ISSN 0214-4840.
- WALMSLEY, R. World Female Imprisonment List. World Prison Brief. London. 2017

WANG, E. A.; HONG, C. S.; SHAVIT, S.; SANDERS, R.; KESSELL, E.; KUSHEL, M. B. Engaging individuals recently released from prison into primary care: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 9, p. e22-e29, 2012. ISSN 1541-0048.

Realidade virtual no contexto da reabilitação motora de pacientes com acidente vascular cerebral: principais evidências

Yuri Sena Melo

Especialização modalidade Residência em Atenção Integral na Saúde Funcional em doenças Neurológicas / UFAM

Larissa de Deus Rodrigues

Pós Graduada em Saúde da Mulher / Dom Alberto

Larissa Loiola Gomes

Pós-graduanda em Fisioterapia em Terapia Intensiva / Faculdade Inspirar

Valtilene Teixeira Baldez

Pós-graduanda em Fisioterapia em Terapia Intensiva / Faculdade Inspirar

Flávia Lindoso de Souza

Graduada em fisioterapia / CEST

Ana Caroline Lima da Silva

Bacharel em Fisioterapia / UniJaguaribe

Ilana Gabriela Pires Galvão da Conceição

Graduada em Fisioterapia / UNAMA

Anne Karoline Monteles Matos

Pós-graduanda em Fisioterapia em Terapia Intensiva / Faculdade Inspirar

Larissa de Jesus Rabelo

Graduada em fisioterapia / Uninassau

Juliana de Souza Pereira

Graduada em fisioterapia / Unieuro

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.28

RESUMO

Introdução: acidente vascular cerebral (AVC) é uma afecção neurológica causada por uma interrupção do oxigênio para o cérebro ou quando ocorre rompimento de vasos sanguíneos cerebrais, com isso gera consequências irreparáveis no indivíduo. Além disso, é considerada uma das principais causas de incapacidade no mundo, pois leva os sobreviventes a viverem de forma dependente. Existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação motora nesse tipo de pacientes. Ultimamente, a realidade virtual passou a ser utilizada nesta população. **Objetivo:** sintetizar as principais pesquisas e os efeitos da realidade virtual na neuroreabilitação de pacientes com acidente vascular cerebral. **Metodologia:** trata-se de uma revisão da literatura de abordagem qualitativa. A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: EBSCO, Pubmed, PEDro, MEDLINE (via BVS) e Science Direct, no período de janeiro de 2018 e encerrada no dia 15 de abril do mesmo ano. Foi usada a combinação das seguintes palavras chaves no campo de pesquisa: (virtual reality OR stroke OR rehabilitation). **Resultados:** Esta revisão da literatura foi composta de 10 estudos. Conjuntamente, estes 12 artigos analisaram 705 pacientes com acidente vascular cerebral. A média de tempo de diagnóstico da patologia dos indivíduos foram de 6 anos. **Conclusão:** Os dados analisados nesta revisão de literatura demonstraram que a realidade virtual promove bons resultados na reabilitação de pacientes com acidente vascular cerebral. Além disso, é bom ressaltar que nenhum dos pesquisadores relatou intercorrências durante o tratamento, sugerindo assim a utilização deste recurso para auxiliar no processo de reabilitação desses pacientes.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral. realidade virtual. reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: cerebrovascular accident (CVA) is a neurological disorder caused by an interruption of oxygen to the brain or when cerebral blood vessels rupture, with irreparable consequences for the individual. In addition, it is considered one of the main causes of disability in the world, as it leads survivors to live in a dependent way. There are several studies in the literature that seek to investigate the effects of physical therapy programs on motor rehabilitation in this type of patients. Lately, virtual reality has been used in this population. **Objective:** to synthesize the main research and the effects of virtual reality in the neurorehabilitation of patients with stroke. **Methodology:** this is a literature review with a qualitative approach. The search for articles was carried out in the following databases: EBSCO, Pubmed, PEDro, MEDLINE (via VHL) and Science Direct, in January 2018 and ended on April 15 of the same year. The combination of the following keywords was used in the search field: (virtual reality OR stroke OR rehabilitation). **Results:** This literature review consisted of 10 studies. Together, these 12 articles analyzed 705 stroke patients. The average time of diagnosis of the pathology of the individuals was 6 years. **Conclusion:** The data analyzed in this literature review demonstrated that virtual reality promotes good results in the rehabilitation of patients with stroke. In addition, it is worth noting that none of the researchers reported complications during treatment, thus suggesting the use of this resource to assist in the rehabilitation process of these patients.

Keywords: stroke. virtual reality. rehabilitation.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma afecção neurológica causada por uma interrupção do oxigênio para o cérebro ou quando ocorre rompimento de vasos sanguíneos cerebrais, com isso gera consequências irreparáveis no indivíduo. (POLESE *et al.*, 2008; CHAVES 2000) Considerada uma das principais causas de incapacidade no mundo, pois leva os sobreviventes a viverem de forma dependente. (GOUVÊA *et al.*, 2015) E por causa disso afeta drasticamente a sua qualidade de vida. (CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006; MAKIYAMA *et al.*, 2004) Sua etiologia geralmente é causada por doenças cardiovasculares. Os sinais e sintomas dependem da região afetada e da extensão da lesão. Em sua grande maioria os sinais são motores, sensitivos e cognitivos gerando assim déficit na capacidade funcional e prejudicando a qualidade de vida (FERLA; GRAV; ; LUNDY-EKMAN 2008).

Os principais fatores de risco do acidente vascular cerebral são hipertensão arterial sistêmica (LIMA *et al.*, 2006), hipercolesterolemia, tabagismo, diabetes mellitus, consumo de álcool e sedentarismo. (SANVIDO; VIEIRA; BARCELLOS, 2007) De acordo com estudos, 50 a 70% dos sobreviventes acometidos por este problema recuperam a independência funcional, porém alguns podem apresentar hemiparesia/hemiplegia, sendo a principal causa de incapacidade em adultos. (MARCUCCI *et al.*, 2007). Um estudo realizado recentemente revelou que o acidente vascular cerebral gera comprometimento na qualidade de vida, principalmente no aspecto físico, emocional e na capacidade funcional. E estes achados são prevalentes em idosos do sexo masculino com idade superior a 60 anos (SILVA *et al.*, 2021)

Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação motora nesse tipo de pacientes, dentre os principais recursos fisioterapêuticos estão: terapia espelho (ARYA *et al.*, 2018; BAI *et al.*, 2019; KHARKA *et al.*, 2021), fortalecimento muscular (TEIXEIRA *et al.*, 2000; FIGUEIREDO 2021) e treino de equilíbrio (FERLA; GRAV; PERICO, 2015). Ultimamente, a realidade virtual passou a ser utilizada nesta população. (POMPEU *et al.*, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2014; COELHO 2022) Este recurso é caracterizado como uma simulação criada por computador que tenta simular a realidade através de emissões de informações sensoriais (LEVAC. GALVIN, 2013)

Portanto, devido às alterações motoras apresentadas pelo paciente com acidente vascular cerebral e suas consequências às quais poderão ocorrer ressaltar a relevância da utilização da realidade virtual a finalidade de melhorar a funcionalidade e com isso proporcionar qualidade de vida nesta população; evitando assim morbidades futuras. Diante do exposto, o objetivo desta revisão de literatura e sintetizar as principais pesquisas e os efeitos da realidade virtual na neuroreabilitação de pacientes com acidente vascular cerebral.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura de abordagem qualitativa.

Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos nos idiomas inglês, português ou espanhol com indivíduos que se enquadram nos seguintes critérios: (1) indivíduos diagnosticados com acidente vascular cerebral; (2) que utilizaram realidade virtual na reabilitação; (3) a variável principal foram quaisquer relacionadas a capacidade funcional. Foram excluídos artigos que preenchessem qualquer dos critérios a seguir: a) estudo de caso; b) série de caso; c) monografias, d) dissertações, e) estudos publicados em anais de eventos; f) artigos sem acesso na íntegra.

Estratégia de busca

A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: EBSCO, Pubmed, PEDro, MEDLINE (via BVS) e Science Direct, no período de janeiro de 2018 e encerrada no dia 15 de abril do mesmo ano. Foi usada a combinação das seguintes palavras chaves no campo de pesquisa: (virtual reality OR stroke OR rehabilitation).

Etapas da seleção dos estudos

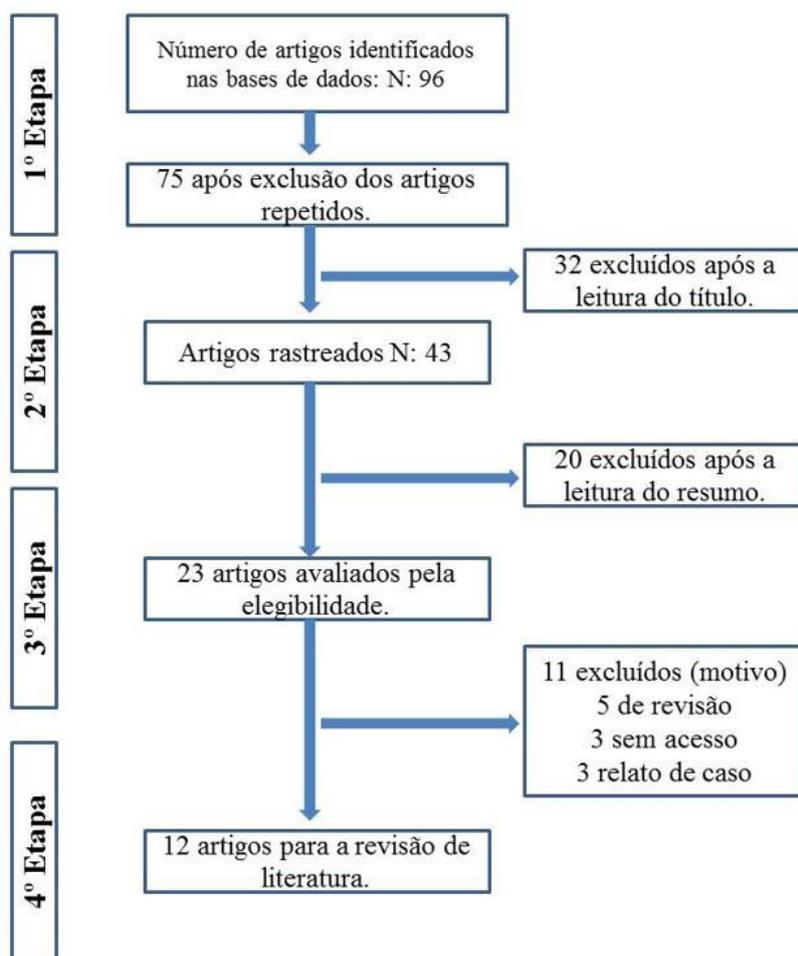
Os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados em 3 etapas: (1ª etapa) identificação através da estratégia de busca) foram excluídos os artigos que se encontravam repetidos em mais de uma bases de dados; (2ª etapa): foi realizado a leitura do título e os que não obedeceram aos critérios de inclusão foram excluídos; (3ª etapa): o mesmo procedimento foi realizado com análise dos resumos dos estudos incluídos na etapa anterior; (4ª etapa): e a última etapa foi realizada a leitura na íntegra de todos os estudos incluídos na etapa anterior.

RESULTADOS

Estudos identificados

Esta revisão da literatura foi composta de 10 estudos. Todas as etapas da seleção se encontram descritas na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma de busca dos artigos



Características gerais dos estudos incluídos

Todos os artigos foram realizados com amostra de conveniência. Conjuntamente, estes 12 artigos analisaram 705 pacientes com acidente vascular cerebral. A média de tempo de diagnóstico da patologia dos indivíduos foram de 6 anos. A tabela 1 descreve os principais protocolos e resultados dos estudos os quais fizeram parte desta revisão.

Tabela 1- Resumo dos estudos que fizeram parte desta revisão

Autor	Amostra	Protocolo	Resultados
Adie et al. 2016	235 participantes	GE: realizou 45 minutos de exercício, sentado, usando o jogo Nintendo Wii Sports™, todos os dias, durante seis semanas, em ambiente domiciliar GC: realizou 45 minutos de exercícios ativos para os membros superiores, durante seis semanas, em ambiente domiciliar.	Após o protocolo o autor concluiu que não houve diferença significativa entre o grupo experimental e o grupo-controle. Ambos os grupos melhoraram a coordenação motora do membro superior.
Marques-Suleet al., 2021	29 participantes	GE: realidade virtual com Nintendo Wii® que incluiu treino de equilíbrio com o Wii Balance Board e exercícios de membros superiores com o pacote Wii® Sports associado à fisioterapia convencional. GC: fisioterapia convencional, que incluiu exercícios físicos relacionados ao equilíbrio e atividades de vida diária.	Após o protocolo foi observado melhora no equilíbrio estático e dinâmico e atividades de vida diária ao adicionar realidade virtual com Nintendo Wii®.

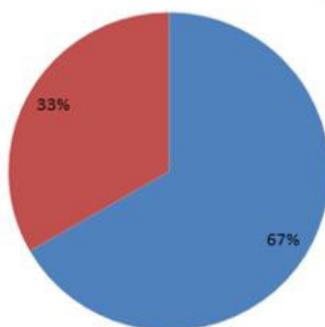
Askin et al., 2018	40 participantes	GE: 20 sessões com treinamento de realidade virtual, (Microsoft Xbox 360 Kinect) uma hora por dia, 5x semana durante quatro semanas + 20 sessões de fisioterapia, cinco dias por semana durante quatro semanas. GC: 20 sessões de fisioterapia convencional, 5x por semana, durante quatro semanas.	Após o protocolo foi observado que ambos os grupos melhoraram significativamente a coordenação motora do membro superior.
Choi et al., 2014	20 participantes	GE: treinamento de realidade virtual, com o jogo Nintendo Wii, 30 minutos por dia, cinco vezes por semana, durante quatro semanas. GC: fisioterapia convencional, 30 minutos por dia, 5X por semana, durante quatro semanas.	Após o protocolo foi observado que ambos os grupos melhoraram a coordenação motora dos membros superiores.
Lee et al. 2016	18 participantes	GE: exercícios bilaterais nos membros superiores com realidade virtual, com sessões de 30 minutos, três dias por semana, durante seis semanas. GC: fisioterapia convencional bilaterais nos membros superiores, com sessões de 30 minutos, três dias por semana, durante seis semanas.	Houve melhora significativa no grupo experimental, quando comparado ao grupo-controle.
Rooij et al., 2021	47 participantes	GE: participaram de treinamento de realidade virtual através do Gait Real-time Analysis Interactive Lab. GC: receberam tratamento fisioterapêutico em esteira e exercícios funcionais de marcha sem realidade virtual.	Após o protocolo foi observado que ambos os grupos melhoraram a capacidade funcional da marcha. Entretanto, os resultados foram mais expressivos no grupo experimental.
Hung et al. 2019	33 Participantes	GE: os participantes foram expostos a realidade virtual com o jogo Kinect 2 Scratch, com 24 sessões de 30 min, durante 12 semanas. GC: fisioterapia convencional, com 24 sessões de 30 minutos, durante 12 semanas + 45 minutos de treino funcional dos membros superiores.	Após o protocolo foram observados que não houve diferença significativa entre o grupo experimental e o grupo controle. Ou seja, ambos os grupos melhoraram a coordenação motora dos membros superiores.
Lee et al., 2019	50 Participantes	GE: realizou treinamento de realidade virtual jogos Kinect, 12 sessões, de 90 minutos cada, 2x por semana. GC: realizaram fisioterapia convencional	Após o protocolo foram observadas melhorias significativas no equilíbrio e velocidade da marcha. Sugerindo assim a eficácia dos tratamentos baseadas em realidade virtual.
Saposnik et al. 2016	141 participantes	GE: participaram de realidade virtual do tipo não imersiva, com o jogo Nintendo Wii, durante 10 sessões de 60 minutos. GC: participaram de jogo de cartas ou bingo, durante 10 sessões de 60 minutos, por duas semanas seguidas.	Após o protocolo foram observados que não houve diferença significativa entre os grupos. Ambos os grupos melhoraram a coordenação motora dos membros superiores
In et al. 2012	19 participantes	GE: Participou de Realidade virtual com duração de cinco dias por semana, 30 minutos por dia, durante quatro semanas + terapia convencional. GC: fisioterapia convencional.	Após o protocolo foram observados que não houve diferença significativa entre o grupo experimental e o grupo-controle.
Fonseca et, al 2016	27 participantes	GE: participou de realidade virtual com Nintendo Wii® que incluiu treino de equilíbrio com o Wii Balance Board e exercícios de membros superiores com o pacote Wii® Sports. Entretanto, foram associados a fisioterapia convencional. GC: participou de exercícios relacionados a desempenho da marcha, equilíbrio e atividades de vida diária.	Após o protocolo foram observados melhoras no desempenho da marcha, equilíbrio e atividades de vida diária ao adicionar realidade virtual com Nintendo Wii®

Shin et al. 2016	46 pacientes	GE: treinamento de RV, com o jogo RA-PAEL Smart Glove™, com 20 sessões de 30 minutos, durante quatro semanas + terapia convencional por 30 minutos. GC: mesma categoria de movimentos do GC: participaram de fisioterapia convencional, com 20 sessões de 30 minutos, durante quatro semanas + terapia convencional por 30 minutos.	Após o protocolo foram observadas melhoras significativas no grupo experimental, quando comparado ao grupo-controle.
------------------	--------------	---	--

Sobre os desfechos estudados nos artigos podemos destacar a coordenação motora dos membros superiores e a desempenho da marcha. A figura 2 mostra a porcentagem dos estudos analisados.

Figura 2 - Principais Desfechos analisados nos estudos

■ Coordenação motora dos membros superiores ■ Desempenho da marcha



DESENVOLVIMENTO

Esta revisão de literatura encontrou somente 12 estudos que investigaram a utilização da realidade virtual na reabilitação em pacientes com acidente vascular cerebral. Todos os estudos avaliaram indivíduos adultos ou idosos, porém os estudos não foram consensuais quanto aos desfechos avaliados e aos protocolos investigados. Os desfechos mais avaliados foram melhora da marcha, equilíbrio e melhora da coordenação motora dos membros superiores.

A marcha pode ser definida como um conjunto de movimentos sinérgicos que faz o indivíduo mudar a sua posição no espaço enquanto mantém a estabilidade do corpo. (DONALD 2011) Indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral apresentam um grande risco de quedas. De acordo com estudos, aproximadamente 14 a 39% das pessoas sobreviventes deste problema terão uma ou mais episódios de quedas (MULROY *et al.*, 2003, ROOIJ *et al.*, 2021).

O estudo de Fonseca *et al.*, (2017) dividiu 27 participantes em dois grupos (grupo realidade virtual e fisioterapia convencional) o grupo realidade virtual foi exposto ao protocolo de 20 sessões, duas vezes por semana, uma hora cada sessão, terapia Wii®. Após o período de tratamento, o autor observou resultados positivos na melhora no equilíbrio da marcha e redução da ocorrência de quedas nos dois grupos. Como resultados foi possível concluir que a realidade virtual quando adicionado ao tratamento fisioterapêutico pode gerar benefícios significativos no equilíbrio dinâmico.

Corroborando com o estudo de Fonseca *et al.*, (2017), Marques-sule *et al.*, (2021) randomizou 29 indivíduos em dois grupos. O grupo fisioterapia convencional participou de um protocolo que incluía exercícios de fortalecimento e equilíbrio com duração de quatro semanas e

frequência semanal de duas vezes. Enquanto o grupo realidade virtual utilizou Nintendo Wii® e o Wii Balance Board. As atividades propostas por estas tecnologias treinavam tanto equilíbrio dinâmico e estático e movimentos dos membros superiores. Os resultados foram satisfatórios, houve melhora do equilíbrio tanto estático quanto dinâmico. O equilíbrio pode ser definido como o processo dinâmico por meio do qual a posição do corpo mantém-se estabilizada. (KISNER, 2009). Melhoras significativas na velocidade da marcha foram observadas também no estudo de Lee *et al.* (2017). O autor utilizou jogos Kinect como forma de treinamento do desempenho da marcha com 12 sessões de 90 minutos cada, duas vezes por semana.

O estudo de Lloréns *et al.* (2014) sugeriu que Kinect® poderia gerar excelentes resultados no ganho de equilíbrio. De fato o autor submeteu 30 participantes, sendo que o grupo intervenção utilizou essa modalidade de realidade virtual 3 vezes na semana por 45 minutos, totalizando 20 sessões. Pacientes relataram melhora das habilidades motoras associadas ao equilíbrio. Os fatores que motivam esses pacientes, através da realidade virtual, são os gráficos dos jogos e as atividades propostas. Por outro lado, enfatizamos que a realidade virtual embora apresente resultados iguais do tratamento com fisioterapia convencional, é um recurso pouco acessível e nem todos os fisioterapeutas e pacientes podem ter.

Ensaio clínico randomizado de Givon *et al.* (2015). Hung *et al.* (2019), In *et al.* (2012) defendem que a realidade virtual não trouxe benefício nenhum em comparação com a fisioterapia convencional. Givon *et al.* (2015) randomizou 47 indivíduos. O grupo experimental utilizou treinamento de realidade virtual, com os jogos Microsoft Xbox Kinect, Sony Playstation 2, com 2 sessões de uma hora por semana, com duração de três meses; e o grupo controle realizou apenas fisioterapia convencional. No final do protocolo ambos os grupos obtiveram melhora significativa no movimento do membro superior.

Os estudos de Hung *et al.* (2019), Adie *et al.* (2016), Askin *et al.* (2018) descrevem também resultados significativos na funcionalidade do membro superior e da coordenação motora. Após o indivíduo sofrer acidente vascular cerebral, o membro superior é bastante afetado. Sendo a principal característica dele é o padrão flexor com flexão dos dedos, punho e cotovelo, pronação do antebraço, adução e rotação interna do ombro. Essas alterações causam déficit da amplitude de movimento a qual afeta drasticamente suas atividades de vida diárias e a coordenação motora (LATASH, 2006). Uma revisão sistemática publicada por Henderson (2007) teve o objetivo de avaliar os efeitos da realidade virtual na recuperação motora dos membros superiores e evidenciou que protocolos de realidade virtual foram capazes de gerar benefícios na capacidade funcional e na coordenação em pacientes com acidente vascular cerebral. Os mesmos achados também foram observados nos estudos de Choi *et al.* (2014), Lee *et al.* (2016), Saposnik *et al.* (2016) e Shin *et al.* (2016).

Reconhece-se por meio dessa revisão certa padronização dos componentes mensurados e dos procedimentos adotados nos protocolos de realidade virtual, entretanto ainda existe escassez de pesquisas de alta evidência científica. Diante disso, apesar dos benefícios demonstrados por este recurso, devemos levar em consideração algumas limitações deste estudo, tais como: números reduzidos de estudos, grande variabilidade dos protocolos de realidade virtual e das variáveis de desempenho analisadas. Desta forma, para a melhoria do nível de evidências nesta área de estudo sugere-se a realização de estudos controlados randomizados, com avaliação duplo-cego, aplicação de protocolos padronizados e maior número amostral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados nesta revisão de literatura demonstraram que a realidade virtual promove bons resultados na reabilitação de pacientes com acidente vascular cerebral. Devido às pesquisas serem recentes, uma proposta para futuros estudos é a formação de um grupo de pacientes com condições clínicas idênticas da patologia, para posteriormente serem criados protocolos mais padronizados em relação ao quadro clínico apresentado. Além disso, é bom ressaltar que nenhuns dos pesquisadores relataram intercorrências durante o tratamento, sugerindo assim a utilização deste recurso para auxiliar no processo de reabilitação de pacientes com sequelas do acidente vascular cerebral.

REFERÊNCIAS

- ADIE, Katja *et al.* Does the use of Nintendo Wii Sports™ improve arm function? Trial of Wii™ in Stroke: a randomized controlled trial and economics analysis. *Clinical rehabilitation*, v. 31, n. 2, p. 173-185, 2017.
- ARAÚJO, Mônica *et al.* Realidade virtual: efeitos na recuperação do membro superior de pacientes hemiparéticos por acidente vascular cerebral. *Arq. Catarinenses Med*, v. 43, n. 1, p. 15-20, 2014.
- ARYA, Kamal Narayan *et al.* Mirror illusion for sensori-motor training in stroke: a randomized controlled trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 27, n. 11, p. 3236-3246, 2018.
- AŞKIN, Ayhan *et al.* Effects of Kinect-based virtual reality game training on upper extremity motor recovery in chronic stroke. *Somatosensory & motor research*, v. 35, n. 1, p. 25-32, 2018.
- BAI, Zhongfei *et al.* Comparison between movement-based and task-based mirror therapies on improving upper limb functions in patients with stroke: a pilot randomized controlled trial. *Frontiers in neurology*, v. 10, p. 288, 2019.
- CESÁRIO, Carla Magna Moura; PENASSO, Poliana; DE OLIVEIRA, Ana Paula Rocha. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Revista Neurociências*, v. 14, n. 1, p. 6-9, 2006.
- CHAVES, Márcia LF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Rev Bras Hipertens*, v. 7, n. 4, p. 372-82, 2000.
- CHOI, Jun Hwan *et al.* Effectiveness of commercial gaming-based virtual reality movement therapy on functional recovery of upper extremity in subacute stroke patients. *Annals of rehabilitation medicine*, v. 38, n. 4, p. 485-493, 2014.
- COELHO, Francisca Vitória Brandão; DE AQUINO, Luara Cirqueira; DE MACÊDO, Jordano Leite Cavalcante. Realidade virtual na recuperação da marcha em pacientes pós acidente vascular encefálico: revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, p. e55411730514-e55411730514, 2022.
- DONALD, A. N. *Cinesiologia do aparelho musculoesquelético*. 2011.
- FERLA, Fabíola Lindemann; GRAV, Magali; PERICO, Eduardo. Fisioterapia no tratamento do controle de tronco e equilíbrio de pacientes pós AVC. *Revista Neurociências*, v. 23, n. 2, p. 211-217, 2015.
- FIGUEIREDO, Vânia Soares de. Efeitos do fortalecimento do membro superior, no equilíbrio e na marcha, em adultos mais velhos, pós-acidente vascular cerebral (AVC): revisão sistemática. 2021.

FONSECA, Erika Pedreira; DA SILVA, Nildo Manoel Ribeiro; PINTO, Elen Beatriz. Therapeutic effect of virtual reality on post-stroke patients: randomized clinical trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 26, n. 1, p. 94-100, 2017.

FONSECA, Erika Pedreira; DA SILVA, Nildo Manoel Ribeiro; PINTO, Elen Beatriz. Therapeutic effect of virtual reality on post-stroke patients: randomized clinical trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 26, n. 1, p. 94-100, 2017.

GOUVÊA, Daniele *et al.* ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Ciência Atual—Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José*, v. 6, n. 2, 2015.

HENDERSON, Amy; KORNER-BITENSKY, Nicol; LEVIN, Mindy. Virtual reality in stroke rehabilitation: a systematic review of its effectiveness for upper limb motor recovery. *Topics in stroke rehabilitation*, v. 14, n. 2, p. 52-61, 2007.

HUNG, Jen-Wen *et al.* Comparison of Kinect2Scratch game-based training and therapist-based training for the improvement of upper extremity functions of patients with chronic stroke: a randomized controlled single-blinded trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, v. 55, n. 5, p. 542-550, 2019.

IN, Tae Sung *et al.* Virtual reality reflection therapy improves motor recovery and motor function in the upper extremities of people with chronic stroke. *Journal of physical therapy science*, v. 24, n. 4, p. 339-343, 2012.

KHARKA, Manoj *et al.* A study to compare the effectiveness of mirror therapy and neuromuscular electrical stimulation on upper-extremity motor recovery, motor function, and quality of life in subacute stroke subjects: A randomized controlled trial. *Medical Journal of Dr. DY Patil Vidyapeeth*, v. 14, n. 3, p. 318, 2021.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. In: *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. 2009.

Dexterity and its LATASH, Mark L.; TURVEY, Michael T.; BERNSHTEĪN, Nikolaĭ Aleksandrovich. development. Lawrence Erlbaum, 2006.

LEE, DongJin *et al.* Asymmetric training using virtual reality reflection equipment and the enhancement of upper limb function in stroke patients: a randomized controlled trial. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, v. 23, n. 6, p. 1319-1326, 2014.

LEE, Han Suk; PARK, Yoo Junk; PARK, Sun Wook. The effects of virtual reality training on function in chronic stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *BioMed research international*, v. 2019, 2019.

LEE, Hsin-Chieh *et al.* The effect of a virtual reality game intervention on balance for patients with stroke: a randomized controlled trial. *Games for health journal*, v. 6, n. 5, p. 303-311, 2017.

LEVAC, Danielle E.; GALVIN, Jane. When is virtual reality “therapy”? *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 94, n. 4, p. 795-798, 2013.

LIMA, Verineida *et al.* Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. *Revista brasileira em promoção da saúde*, v. 19, n. 3, p. 148-154, 2006.

LLORÉNS, Roberto *et al.* Effectiveness, usability, and cost-benefit of a virtual reality-based telerehabilitation program for balance recovery after stroke: A randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 96, n. 3, p. 418-425. e2, 2015.

LUNDY-EKMAN, Laurie. *Neurociência: fundamentos para a reabilitação*. Elsevier Brasil, 2008.

- MAKIYAMA, Tomas Yoshio *et al.* Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta fisiátrica*, v. 11, n. 3, p. 106-109, 2004.
- MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto *et al.* Alterações eletromiográficas dos músculos do tronco de pacientes com hemiparesia após acidente vascular encefálico. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 65, p. 900-905, 2007.
- MARQUES-SULE, Elena *et al.* Effectiveness of Nintendo Wii and physical therapy in functionality, balance, and daily activities in chronic stroke patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 22, n. 5, p. 1073-1080, 2021.
- MARQUES-SULE, Elena *et al.* Effectiveness of Nintendo Wii and physical therapy in functionality, balance, and daily activities in chronic stroke patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 22, n. 5, p. 1073-1080, 2021.
- MULROY, Sara *et al.* Use of cluster analysis for gait pattern classification of patients in the early and late recovery phases following stroke. *Gait & posture*, v. 18, n. 1, p. 114-125, 2003.
- POLESE, Janaíne Cunha *et al.* Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. *Revista Neurociências*, v. 16, n. 3, p. 175-178, 2008.
- POMPEU, José Eduardo *et al.* Os efeitos da realidade virtual na reabilitação do acidente vascular encefálico: Uma revisão sistemática. *Motricidade*, v. 10, n. 4, p. 111-122, 2014.
- ROOIJ, Ilona JM; VAN DE PORT, Ingrid GL; MEIJER, Jan-Willem G. Effect of virtual reality training on balance and gait ability in patients with stroke: systematic review and meta-analysis. *Physical therapy*, v. 96, n. 12, p. 1905-1918, 2016.
- SANVIDO, Sabrina Dequi; VIEIRA, José Luiz da Costa; BARCELLOS, Laura. Dislipidemia como fator de risco para doença cardiovascular. *Acta méd.(Porto Alegre)*, p. 353-360, 2007.
- SAPOSNIK, Gustavo *et al.* Efficacy and safety of non-immersive virtual reality exercising in stroke rehabilitation (EVREST): a randomised, multicentre, single-blind, controlled trial. *The Lancet Neurology*, v. 15, n. 10, p. 1019-1027, 2016.
- SHIN, Joon-Ho *et al.* Effects of virtual reality-based rehabilitation on distal upper extremity function and health-related quality of life: a single-blinded, randomized controlled trial. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2016.
- SILVA, Francisco Valter Miranda *et al.* Qualidade de vida de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 19, n. 69, 2021.
- TEIXEIRA-SALMELA, Luci Fuscaldi *et al.* Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. *Acta Fisiátrica*, v. 7, n. 3, p. 108-118, 2000.

Avaliação da capacidade funcional em unidade de terapia intensiva através do instrumento de Escala de Medida de Independência Funcional – MIF

Manoel Samuel da Cruz Neto

Mestre em Saúde Pública pela – UEPA

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda em Fisioterapia – UniFacema

Thalita dos Santos Rocha

Fisioterapeuta Especialista em Saúde do Adulto e Idoso – Ulbra

Dalyla Lima dos Santos

Pós graduanda em Fisioterapia Ortopedia e Traumatologia – VANGUARDA

Suellen Oliveira da Silva Miranda

Doutoranda em Neurociências e Biologia Celular-UFPA

Francisca Gleicivania Vieira Damasceno

Graduanda em Fisioterapia – UNINTA

Camila Katheleen de Oliveira

Graduada em Fisioterapia pela - UNINASSAU

Antonio Leandro Barreto Pereira

Graduando em fisioterapia pela – UNINASSAU

Maria Karolaine Bráz Alcântara

Graduanda em fisioterapia – UEPB

Francisca Analú Lima Silva

Graduada em fisioterapia – UNILEAO

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.29

RESUMO

A fraqueza muscular generalizada é uma complicação bastante recorrente em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Muitos indivíduos nesta condição podem predispor de polineuropatia, resultando em declínio funcional, aumento dos custos assistenciais e redução da qualidade de vida. Diante disso, com objetivo de minimizar ou prevenir estas complicações do internamento na Unidade de Terapia Intensiva, a fisioterapia tem sido cada vez mais estudada e implementada. Entretanto, para avaliar o impacto de programas de reabilitação em Unidades de Terapia Intensiva é importante o fisioterapeuta utilizar instrumentos validados nesse ambiente crítico. As primeiras escalas para avaliação da capacidade funcional em UTI foram adaptadas de centros de reabilitação e a mais utilizada é a Medida de Independência Funcional. O objetivo desta revisão de narrativa foi sintetizar as principais pesquisas que utilizaram a Escala de Medida de Independência Funcional em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, discutindo sua aplicabilidade na conduta fisioterapêutica.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva. fisioterapia. capacidade funcional.

ABSTRACT

Generalized muscle weakness is a very common complication in patients admitted to intensive care units. Many individuals in this condition may predispose to polyneuropathy, resulting in functional decline, increased care costs and reduced quality of life. Therefore, in order to minimize or prevent these complications of hospitalization in the Intensive Care Unit, physical therapy has been increasingly studied and implemented. However, to assess the impact of rehabilitation programs in Intensive Care Units, it is important for the physical therapist to use validated instruments in this critical environment. The first scales to assess functional capacity in ICUs were adapted from rehabilitation centers and the most used is the Functional Independence Measure. The objective of this narrative review was to synthesize the main studies that used the Functional Independence Measure Scale in patients hospitalized in the Intensive Care Unit, discussing its applicability in physical therapy conduct.

Keywords: intensive care unit. physiotherapy. functional capacity.

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um lugar destinado à assistência de alta complexidade (SOUZA; ALVES; ALENCAR, 2018). Nela são atendidos pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que demandam assistência intensiva de uma equipe (AZEVEDO *et al.*, 2019). A fraqueza muscular generalizada é uma complicação bastante recorrente nestes pacientes, que dependendo do quadro clínico o qual se encontram, desenvolvem uma fraqueza muscular e descondicionamento físico pelo desuso (DA SILVA, 2017). Sobre sua epidemiologia, a incidência ocorre em 30% a 60% dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (SILVA; MAYNARD; CRUZ, 2010). Tais complicações podem alterar drasticamente a capacidade funcional do indivíduo, resultando assim no maior período de hospitalização e conseqüentemente perda da mobilidade (SOUZA *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2019). Esses fatores contribuem para o surgimento da polineuropatia do paciente crítico, resultando em declínio funcional, aumento dos custos assistenciais, redução da qualidade de vida e sobrevida pós-alta (RIBEIRO *et al.*, 2021;

RIVO *et al.*, 2019; DE MORAES *et al.*, 2021; MARTINELLI *et al.*, 2019).

Diante disso, com objetivo de minimizar ou prevenir estas complicações do internamento na Unidade de Terapia Intensiva, a fisioterapia tem sido cada vez mais estudada e implementada nos hospitais de grande porte (DE FREITAS; MIQUELOTE, 2020; DE SÁ, 2020; SANTOS *et al.*, 2021). Pois a mobilização precoce causa efeitos positivos na melhora do sistema cardiovascular, força muscular na capacidade da marcha e principalmente na redução do tempo de hospitalização (CARVALHO *et al.*, 2018; GARDENGHI *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2021 ARAÚJO, 2020). Entretanto, para avaliar o impacto de programas de fisioterapia em Unidades de Terapia Intensiva é importante o fisioterapeuta utilizar instrumentos validados nesse ambiente crítico (CHRISTAKOU *et al.*, 2013). As primeiras escalas para avaliação da capacidade funcional em UTI foram adaptadas de centros de reabilitação e a mais utilizada é a Medida de Independência Funcional – MIF (RIBERTO *et al.*, 2004; CHRISTAKOU *et al.*, 2013).

Este instrumento é composto por 18 itens. Esses itens avaliam a capacidade funcional através das seguintes atividades: atividade de auto-cuidado (comer, aprontar-se, banhar-se, vestir a parte superior do tronco, vestir a parte inferior do corpo e toalete); atividades de transferências ou mobilidade (cama/ cadeira / cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira/ chuveiro); atividades de locomoção (cadeira de rodas/ marcha e subir escadas); controle esfinteriano (bexiga e intestino); atividades de comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória). Cada uma destes itens recebe um escore que vai de 1-dependência total a 7-independência completa, com uma pontuação total que varia de 18 a 126 (SILVA *et al.*, 2012; RIBERTO *et al.*, 2004; CHRISTAKOU *et al.*, 2013). Ela só foi traduzida e validada para a língua portuguesa em 2000 e de acordo com os autores não foram encontrados problemas de equivalência cultural ou linguística com a validade (RIBERTO *et al.*, 2004).

Visando demonstrar a relevância do desenvolvimento de estudos que utilizem instrumentos específicos e validados para pacientes em unidade de terapia intensiva, levando em consideração também as suas diversas peculiaridades clínicas e funcionais, e facilitar a difusão das mesmas no meio científico e sua aplicação no âmbito da Fisioterapia intensiva, o objetivo desta revisão de narrativa foi sintetizar as principais pesquisas que utilizaram a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, discutindo sua aplicabilidade na conduta fisioterapêutica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de narrativa e atualização sobre utilizaram a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Foram consultadas as bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed com as seguintes palavras chaves: Paciente crítico, Unidade de Terapia Intensiva, Capacidade funcional. A busca pelas pesquisas primárias foi realizada em oito etapas: elaboração da pergunta norteadora, elaboração de critérios de elegibilidade dos estudos, estratégia de pesquisa e busca nas bases de dados. Para a criação dessa revisão de atualização foi adotado o seguinte ponto: a partir da busca bibliográfica na literatura sobre o tema desse estudo, quais são os estudos mais relevantes, quanto ao que diz respeito sobre a utilização da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

A seleção das evidências científicas têm se dado a partir da adoção dos critérios de elegibilidade, sendo os critérios de inclusão:

- a) Artigos completos disponíveis nas bases de dados;
- b) Estudos do tipo experimentais, quase experimentais, observacionais e revisões.
- c) Abordar a utilizaram a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva

E os critérios de exclusão foram:

- a) Estudos sem delineamento metodológico;
- b) Editoriais, comentários, carta editorial e nota prévia;
- c) Pesquisas que não estejam enquadrados nos critérios de elegibilidade.

Após a leitura deste artigo de atualização o leitor será capaz de:

- a) Entender o contexto histórico da polineuropatia do paciente crítico;
- b) Identificar as principais dificuldades funcionais nos pacientes internados em unidade de terapia intensiva;
- c) Verificar a importância do profissional fisioterapeuta no cuidado integral;
- d) Conhecer e compreender os principais estudos que utilizaram a Escala de Medida de Independência Funcional.

DESENVOLVIMENTO

Contexto Histórico da Polineuropatia do paciente crítico.

A Polineuropatia do paciente crítico foi descrita pela primeira vez por Bolton (1984), quando definiu uma condição clínica aguda, simétrica e de origem motora, em indivíduos acamados e principalmente internados em unidades de terapia intensiva. Esses indivíduos apresentavam diminuição da força muscular generalizada e arreflexia (DRUSCHKY *et al.*, 2001). A principal causa para ocorrência deste problema é a síndrome de resposta inflamatória sistêmica, na maioria das vezes associada à sepse. Entretanto, os estudos de Macfarlane, Rosenthal (1977) relatam pela primeira vez um quadro denominado miopatia do paciente crítico. Logo em seguida, surgiram na literatura, com diversos nomes diferentes. Dentre elas miopatia necrotizante da UTI e miopatia tetraplégica aguda. Essa síndrome, que provavelmente permanece não adequadamente diagnosticada como Polineuropatia do Paciente Crítico é usual, mas não obrigatoriamente associada ao uso concomitante de corticosteróide e bloqueadores neuromusculares não despolarizantes. O diagnóstico diferencial entre as duas condições não é fácil e há grande variabilidade na prevalência, em parte devido à ausência de critérios clínicos rígidos para o diagnóstico (REIS, 1999).

A prevalência dessa condição clínica é crescente, até mesmo quando o paciente permanece por pouco tempo internado na Unidade de Terapia Intensiva sob ventilação mecânica (BOLTON, 2005). Durante a internação, o estado de estresse catabólico se desenvolve com mais

potencial no paciente criticamente enfermo, sendo que essas são complicações causadas devido à restrição ao leito, apresentando resposta inflamatória sistêmica, que poderá futuramente se associar com a disfunção de múltiplos órgãos e piorar o seu estado (FAN, 2012).

Atuação fisioterapêutica na Unidade de Terapia Intensiva

Alguns estudos já demonstram que os pacientes após a alta da Unidade de Terapia Intensiva mostram déficits motores que podem durar até um ano, sendo incapazes de retornarem a realizar suas atividades de vida diárias e retornarem principalmente ao trabalho, isso ocorre pela fadiga excessiva e persistente, fraqueza e principalmente pobreza no estado funcional (CHIANG *et al.*, 2006). O estudo de Herridge *et al.* (2003) concluiu que pacientes após 12 meses de recuperação da síndrome do desconforto respiratório, observou que mesmo após a alta eles possuíam fraqueza muscular, fadiga e perda de massa muscular. Diante disso, a mobilização precoce tem um benefício bastante importante em pacientes internados em unidade de terapia intensiva, mostrando até comprovações de sua melhora através de um protocolo de exercícios precoce, ainda no leito (DANTAS *et al.*, 2012; FELICIANO *et al.*, 2019; MUSSALEM *et al.*, 2019). Porém, para prescrever programas de exercícios físicos, o fisioterapeuta precisa conhecer o estado funcional do paciente e logo em seguida traçar as intervenções. Estas intervenções fisioterapêuticas têm como condutas exercícios para o fortalecimento muscular, ganho de amplitude de movimento, exercícios respiratórios e condicionamento cardiovascular (ALMEIDA, 2022).

A MIF como instrumento de avaliação em Unidade de Terapia Intensiva

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais, tendo sido desenvolvida na América do Norte por volta do ano de 1980¹. Seu objetivo principal é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Entre as atividades avaliadas estão os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126. Estão descritos dois domínios na MIF, o motor e o cognitivo. Esse instrumento de avaliação funcional foi traduzido para a língua portuguesa no Brasil em 2000 e nessa época foram realizados testes de reprodutibilidade e confiabilidade, que se mostraram em níveis bons para o valor total, bem como nos domínios motor e cognitivo.

Diversas pesquisas foram realizadas com o objetivo de avaliar a capacidade funcional, através da MIF, em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Sobre estes estudos (MARTINEZ *et al.*, 2013; CORDEIRO E SANTOS, 2015; CHIANG *et al.*, 2006). De acordo com Granger; Hamilton (1897) este instrumento é organizado pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade independente e sua capacidade cognitiva com ou sem necessidade de assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação. Martinez *et al.* (2013) sugere que a redução da capacidade funcional esteja relacionada com diversos fatores os quais os pacientes podem estar expostos, tais como: tempo de circulação extracorpórea, uso de medicamentos, complicações pós-operatórias, dor, geralmente referida neste período, e também a restrição de mobilidade devido ao internamento na Unidade de Terapia Intensiva. Em seu estudo de coorte prospectivo composto por indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca à avaliação da

funcionalidade foram realizadas em dois momentos: no momento pré-operatório e no momento da alta da Unidade de Terapia Intensiva. A escala escolhida para avaliação da funcionalidade foi a Mensuração da Independência Funcional (MIF). O autor concluiu que houve uma redução significativa do grau de capacidade funcional, quando comparados os períodos pré e pós-operatório.

Corroborando com os achados de Martinez *et al.* (2013), Cordeiro e Santos, 2015 concluíram também que pacientes no pré-operatório a pontuação média da MIF foi de 126 e na alta hospitalar foi de 103. Segundo o autor, o período de internação na unidade de terapia intensiva causa uma redução na capacidade funcional. Podemos inferir que a Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de fácil utilização que é recomendado para a avaliação da capacidade funcional desse perfil de pacientes. De acordo com Riberto *et al.* (2004), esta escala não é considerada um instrumento auto-aplicado, ou seja, o paciente não pode utilizá-lo. Portanto, exige treinamento para sua utilização dessa forma sua tradução e adaptação cultural dirigiu-se mais especificamente à compreensão dos seus itens pelos profissionais que deveriam aplicá-la e não ao entendimento por pacientes (RIBERTO *et al.*, 2004).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA SANTOS FILHO, Alessandro Batista *et al.* Diagnóstico fisioterapêuticos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, p. e35511932107-e35511932107, 2022.

ARAÚJO, Deiziane Farrapes. Efeitos da mobilização precoce no sistema osteomioarticular de pacientes acamados: revisão da literatura. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*, v. 5, n. 3, 2020.

AZEVEDO MUNIZ, Yasmin *et al.* Estratégias de desmame da ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 6, n. 1, p. 31-39, 2019.

BOLTON, Charles F. Neuromuscular manifestations of critical illness. *Muscle & Nerve: Official Journal of the American Association of Electrodiagnostic Medicine*, v. 32, n. 2, p. 140-163, 2005.

BOLTON. The value of diagnostic imaging techniques in the management of diseases of the nervous system. *Con Med Assoc J*, 1984;130:1425-1426.

CARVALHO, Mauricio Tatsch Ximenes *et al.* Efeitos do exercício progressivo em cicloergômetro na arquitetura muscular do quadríceps femoral de pacientes críticos: ensaio clínico randomizado. 2018.

CHIANG, Ling-Ling *et al.* Effects of physical training on functional status in patients with prolonged mechanical ventilation. *Physical therapy*, v. 86, n. 9, p. 1271-1281, 2006.

CHRISTAKOU, Anna *et al.* Functional assessment scales in a general intensive care unit. *Hospital Chronicles*, v. 8, n. 4, p. 164-170, 2013.

CORDEIRO AL, Melo TA, Santos AM e Lopes GL. Influência temporal da ventilação mecânica sobre a independência funcional em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: revisão da literatura. *Fisioterapia em Movimento*. Curitiba PR, v. 28, n. 4, p.859-864, dez. 2015.

DA SILVA, Vanessa Soares Paiva; PACHECO, Diana Ferreira. A importância da mobilização precoce

com o uso do cicloergômetro em pacientes críticos-Revisão sistemática. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 6, n. 2, p. 144-151, 2017.

DANTAS, Camila Moura *et al.* Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 24, p. 173-178, 2012.

DE FREITAS, Eder Moreira; MIQUELOTE, Audrei Fortunado. Intervenção da fisioterapia na mobilização precoce em unidade hospitalar com ênfase em UTI. *Teoria & Prática: Revista de Humanidades, Ciências Sociais e Cultura*, v. 2, n. 1, p. 14-26, 2020.

DE MORAES JUNIOR, Rudival Faial *et al.* As interfaces da polineuropatia do paciente crítico dentro de uma enfermaria de um hospital universitário-relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health* ISSN, v. 2178, p. 2021.

DE SÁ SANTANA, Thamires; JUNIOR, José Eudes Pinheiro. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA-O BENEFÍCIO DA FISIOTERAPIA MOTORA EM PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UTI. *Revista Multidisciplinar do Sertão*, v. 2, n. 4, p. 546-551, 2020.

DRUSCHKY, A. *et al.* Critical illness polyneuropathy: clinical findings and cell culture assay of neurotoxicity assessed by a prospective study. *Intensive care medicine*, v. 27, n. 4, p. 686-693, 2001.

FAN, Eddy. Critical illness neuromyopathy and the role of physical therapy and rehabilitation in critically ill patients. *Respiratory care*, v. 57, n. 6, p. 933-946, 2012.

FELICIANO, Valéria *et al.* A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. *Assobrafir Ciência*, v. 3, n. 2, p. 31-42, 2019.

GARDENGHI, Giulliano *et al.* o uso do cicloergômetro na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 6, n. 1, p. 53-53, 2019.

GRANGER, C. V.; HAMILTON, B. B. Uniform data set for medical rehabilitation. Buffalo, NY: Research Foundation, State University of New York, 1987.

HERRIDGE, Margaret S. *et al.* One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*, v. 348, n. 8, p. 683-693, 2003.

MACFARLANE, I. A.; ROSENTHAL, F. D. Severe myopathy after status asthmaticus. *The Lancet*, v. 310, n. 8038, p. 615, 1977.

MARTINELLI, Thalita *et al.* Diagnóstico diferencial de polineuropatia do paciente crítico e Síndrome de Guillain-Barré: Relato de caso. *RELATOS DE CASOS*, v. 63, n. 3, p. 322-325, 2019.

MARTINEZ, Bruno Prata *et al.* Declínio funcional em uma unidade de terapia intensiva (UTI). *Revista Inspirar movimento e saúde*, v. 5, n. 1, 2013.

MUSSALEM, Márcio André Modesto *et al.* Influência da mobilização precoce na força muscular periférica em pacientes na Unidade Coronariana. *Assobrafir Ciência*, v. 5, n. 1, p. 77-88, 2019.

REIS, RG, Oliveira ASB - Drogas e sistema nervoso periférico. *Rev Neurociências*, 1999;VII(3):119-121

RIBEIRO, HALISSON ALVES *et al.* Abordagem fisioterapêutica e comprometimento funcional de pacientes no ambiente de terapia intensiva com polineuromiopia: uma revisão integrativa:

Polyneuromyopathy in the intensive care setting. *Revista de Ensino, Ciência e Inovação em Saúde*, v. 2, n. 1, p. 49-62, 2021.

RIBERTO, Marcelo *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta fisiátrica*, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RIVO SAYOUX, Bárbara Nery *et al.* Diagnóstico e intervención médica en la debilidad muscular adquirida. *Revista Información Científica*, v. 98, n. 6, p. 802-814, 2019.

ROCHA, Julio David Nascimento *et al.* Impacto da capacidade funcional na mortalidade seis meses após alta em idosos internados em UTI. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 9, n. 3, p. 301-306, 2019.

SANTOS, Gabriella Tito *et al.* Mobilização precoce em pacientes críticos internados em UTI de um hospital no interior da Amazônia legal referência para o tratamento da COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, p. e93101421722-e93101421722, 2021.

SILVA, Ana Paula Pereira da; MAYNARD, Kenia; CRUZ, Mônica Rodrigues da. Effects of motor physical therapy in critically ill patients: literature review. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, v. 22, p. 85-91, 2010.

SOUSA AAD, *et al.* Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sciences*. 2018; 43(1): 14-24.

SOUZA, Ragive Ferreira de; ALVES, Audimar de Sousa; ALENCAR, Isabele Gouveia Muniz de. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 19-27, 2018.

SOUZA, Ranná Barros *et al.* Efeitos da mobilização precoce em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 30427-30441, 2021.

Capítulo

30

Os efeitos da fisioterapia aquática no equilíbrio de indivíduos com doença de Parkinson

Yuri Sena Melo

Residência em Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas – UFAM

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda em fisioterapia – UniFacema

Luldiani Ramos da Silva

pós graduando em fisioterapia neurofuncional – Faveni

Dalyla Lima dos Santos

Pós graduanda em Fisioterapia Ortopedia e Traumatologia- VANGUARDA

Igor Caio Rodrigues Coutinho

Graduando em Fisioterapia – FAESPI

Maycom Carvalho da Silva

Graduando em Fisioterapia – UNAMA

Gabriela de Lima Teixeira

Graduanda em fisioterapia - Dom Alberto

Isabela Carolina Leal Arruda

Graduanda em Fisioterapia – UNINASSAU

Gabrielly Galvão Chaves

Graduanda em Fisioterapia – UNINASSAU

Gizilane dos Santos Pinheiro de Andrade

Graduada em Fisioterapia – UNINASSAU

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.30

RESUMO

A doença de Parkinson é uma patologia degenerativa e progressiva que causa diversos prejuízos motores na marcha. A fisioterapia é uma boa aliada para o processo de reabilitação. Dentre os principais recursos fisioterapêuticos, a hidroterapia tem se tornado uma alternativa, pois permite o treino da marcha, equilíbrio e relaxamento muscular em um ambiente seguro devido às propriedades físicas da água. O objetivo deste estudo é verificar os principais efeitos da fisioterapia aquática na reabilitação do equilíbrio em pacientes com doença de Parkinson. O estudo é do tipo série de casos e foi realizado em uma clínica de fisioterapia na cidade de Manaus, no período de Janeiro a Abril de 2022. Foram selecionadas fichas de encaminhamento de indivíduos de ambos os sexos, maiores, que procuraram atendimento fisioterapêutico com diagnóstico de Parkinson. Primeiramente, foi aplicado o teste de Tinetti e o Timed Up Go. Os pacientes com doença de Parkinson foram submetidos à 16 sessões ocorridas num período de 2 meses, 2 vezes por semana em dias não consecutivos; cada sessão teve duração de 50 minutos. Foram avaliados 10 pacientes, a média de idade foi de 66,3 e o tempo de diagnóstico variou de 8 a 5 anos. Após a aplicação do protocolo foi notado melhora do equilíbrio em todos os participantes.

Palavras-chave: doença de Parkinson. fisioterapia aquática. reabilitação.

ABSTRACT

Parkinson's disease is a degenerative and progressive pathology that causes several motor impairments in gait. Physiotherapy is a good ally for the rehabilitation process. Among the main physiotherapeutic resources, hydrotherapy has become an alternative, as it allows gait training, balance and muscle relaxation in a safe environment due to the physical properties of water. The aim of this study is to verify the main effects of aquatic physical therapy in the rehabilitation of balance in patients with Parkinson's disease. The study is a case series and was carried out in a physiotherapy clinic in the city of Manaus, from January to April 2022. Referral forms were selected from individuals of both sexes, older, who sought physiotherapeutic care with diagnosis of Parkinson's. First, the Tinetti test and the Timed Up Go were applied. Patients with Parkinson's disease underwent 16 sessions over a period of 2 months, 2 times a week on non-consecutive days; each session lasted 50 minutes. Ten patients were evaluated, the mean age was 66.3 and the time since diagnosis ranged from 8 to 5 years. After the application of the protocol, an improvement in balance was noted in all participants.

Keywords: Parkinson's disease. aquatic physiotherapy. rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson foi descrita pela primeira pelo médico inglês James Parkinson, neste período ela ficou conhecida como pelo nome de “paralisia agitante” (ANDRADE, 2005). Atualmente, sua etiologia não é completamente conhecida, mesmo com os avanços das pesquisas sobre a temática, entretanto pode-se dizer que ela é causada pela morte das células produtoras de dopamina na substância negra dos núcleos da base; e seu diagnóstico é feito através da existência dos seguintes sinais: bradicinesia, rigidez e tremor de repouso (SOUZA. *et al.* 2014; UMPHRED, 2011). Considerada a segunda afecção neurodegenerativa e progressiva mais comum que atinge o sistema nervoso central, com prevalência maior na população idosa acima de 65 anos atingindo mais o sexo masculino (FUKUNAGA *et al.* 2014; PRINGSHEIM *et al.* 2014).

Além disso, os indivíduos diagnosticados com Doença de Parkinson apresentam diminuição dos movimentos que podem estar associados com a dificuldade durante a marcha (CHO *et al.* 2010). A deficiência na marcha é uma das principais queixas de pacientes com DP; conhecida como marcha festinante que é caracterizados por pequenos passos, rápidos e arrastados sem o balanço dos braços, além disso, possui redução da velocidade, comprimento do passo e instabilidade postural; esses fatores deixam o indivíduo mais instável, favorecendo assim o maior risco de quedas (MARCHESE, 2011; CHO *et al.* 2010; SUAREZ *et al.* 2011; HAUSDORFF *et al.* 2003).

Esta patologia apresenta estágios durante a sua progressão, sendo avaliada de acordo com a escala de Hoehn e Yahr, a qual classifica os sinais e sintomas de acordo como o indivíduo se encontra; no estágio I: as manifestações clínicas atingem só um lado do corpo (unilateral); no estágio II: os dois lados são comprometidos (bilateral), mas não a dificuldade no equilíbrio; no estágio III: o paciente se encontra com instabilidade postural; no estágio IV: a incapacidade é considerada grave com dificuldade acentuada na marcha e no estágio V o indivíduo fica totalmente dependente e acamado (HOEHN, 1988; SIMUNI; SETHI, 2008).

Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação do equilíbrio nessa população, dentre os principais recursos fisioterapêuticos estão: esteira elétrica (SOUZA *et al.* 2014), fortalecimento muscular (BERTOLDI *et al.* 2013) e realidade virtual (BRAZ *et al.* 2018). Ultimamente, a hidroterapia passou a ser utilizada nesta população (VIVAS *et al.* 2011; CRUZ *et al.* 2016). Este recurso utiliza as propriedades físicas da água que são a flutuabilidade, pressão hidrostática, viscosidade, tensão superficial, densidade e empuxo para promover diversos efeitos no organismo como relaxamento muscular, força muscular, facilitação dos movimentos (CAMPION, 2000; KISNER, 2009).

Portanto, devido às alterações no equilíbrio apresentadas pelo portador da doença de Parkinson e suas consequências as quais poderão ocorrer em virtude das quedas, ressaltar a relevância da fisioterapia aquática com a finalidade de melhorar a funcionalidade durante a locomoção e com isso proporcionar qualidade de vida nesta população; evitando assim morbidades futuras. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é analisar os benefícios da fisioterapia aquática no tratamento do equilíbrio em indivíduos com diagnóstico de doença de Parkinson.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

O estudo é do tipo série de casos e foi realizado em uma clínica de fisioterapia na cidade de Manaus - AM, no período de Janeiro a Abril de 2022. Foram selecionadas fichas de encaminhamento de indivíduos de ambos os sexos, maiores, que procuraram atendimento fisioterapêutico com diagnóstico de Parkinson. Após entrar em contato com os pacientes e esclarecê-los da metodologia do estudo, aqueles que concordaram em participar assinaram voluntariamente um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo, então, incluídos no estudo.

Critérios de elegibilidade

Os indivíduos selecionados preencheram aos seguintes critérios de inclusão: (1) Diag-

nóstico de doença de Parkinson de ambos os sexos; (2) fazendo utilização de medicamento, deambulando com ou sem dispositivos de auxílio à marcha; (3) apresentando nível cognitivo suficiente para entender os procedimentos. Foram excluídos aqueles pacientes que tinham sido submetidos a cirurgias recentes, portadores de outras doenças inflamatórias e obesidade e os que referiram impossibilidade de frequentar as sessões necessárias para a participação da pesquisa.

Avaliação do equilíbrio

Primeiramente, será aplicado o teste de Tinetti, ele é um instrumento de fácil utilização, que avalia aspectos da marcha como velocidade, distância do passo, simetria e equilíbrio em posição em pé, girar e mudanças de direções com os olhos fechados. Para isso, ele é composto de 16 atividades, em que 9 são referentes ao equilíbrio e, 7, à marcha. Sua pontuação varia de 0 a 1 ou de 0 a 2, sendo 12 pontos para atividades do item marcha e 16 para atividades do item equilíbrio, totalizando 28 pontos. Sendo quanto maior a pontuação obtida, melhor será seu equilíbrio e conseqüentemente menor o risco de quedas (SILVA et al. 2008; DIAS; SILVA; PIAZZA, 2016).

O TUG (Timed Up Go) é um teste simples realizado em qualquer lugar que avalia a mobilidade funcional durante a marcha. Sua análise é feita cronometrando o tempo que o indivíduo gasta para se levantar da cadeira e percorrer uma distância de três metros e retornar de volta à cadeira. Se o paciente completar o percurso em 10 segundos (mobilidade excelente); até 20 segundos (mobilidade com certa incapacidade); e mais de 20 segundos sua mobilidade está comprometida com risco de quedas durante a marcha (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991). O teste será repetido três vezes e será selecionado o menor tempo (ARTHUR et al. 2012).

Protocolo de tratamento

O protocolo de fisioterapia aquática foi elaborado a partir de adaptação do estudo de Silva et al., (2012) protocolos encontrados na literatura. Os pacientes com doença de Parkinson foram submetidos a ao 16 sessões ocorridas num período de 2 meses, 2 vezes por semana em dias não consecutivos; cada sessão teve duração de 50 minutos. O protocolo de tratamento utilizado foi único, seguindo sempre a mesma sequência conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1- Protocolo utilizado no estudo

Fases	Exercícios
Fase 1 Aquecimento	Duração: 5 minutos Exercícios: Composta por duas voltas de caminhada frontal, lateral e posterior dentro da piscina, associadas a atividades de coordenação de membros superiores e membros inferiores, e dissociação de cinturas escapular e pélvica com auxílio de bolas de baixa densidade.
Fase 2 Alongamento	Duração: 20 minutos Exercícios: foram realizados alongamentos (30 segundos) passivos, que evoluíram para ativos quando possível dos membros superiores, membros inferiores, pescoço e tronco.
Fase 3 Exercícios resistidos	Duração: 25 minutos Exercícios: Foram realizados exercícios ativos resistidos na posição ortostática (três séries de dez repetições respectivamente). Exercício resistido nos membros superiores e inferiores.

Análise dos dados

Após a coleta de dados, os resultados foram analisados utilizando comparações das

pontuações alcançadas na *teste de Tinetti e Timed Up Go* (antes e depois do tratamento) em cada paciente, para verificar se houve melhora no equilíbrio.

RESULTADOS

Foram avaliados 10 pacientes, as informações de sexo, idade, tempo de diagnóstico e estágio da patologia encontram-se descritos na Tabela 2. Conjuntamente, 30% da amostra foram do sexo feminino e 70% do sexo masculino. A média de idade foi de 66,3 e o tempo de diagnóstico variou de 8 a 5 anos.

Paciente	Sexo	Idade	Tempo de diagnóstico (anos)	Estágio
1	F	71	7	1,5
2	M	62	6	2
3	M	64	5	3
4	M	69	6	2,5
5	M	60	6	2
6	F	72	7	3
7	F	70	8	2
8	M	69	7	2,5
9	M	64	6	2
10	M	62	5	3

Os resultados dos testes de *Tinetti e Timed Up Go* encontram-se resumidos nos gráficos abaixo. Podemos observar que foram observadas melhoras no aumento dos escores do teste de Tinetti (Figura 1) e melhora da mobilidade funcional no *Timed Up Go* (Figura 2).

Figura 1 - Análise dos escores antes e depois do teste de Tinetti.

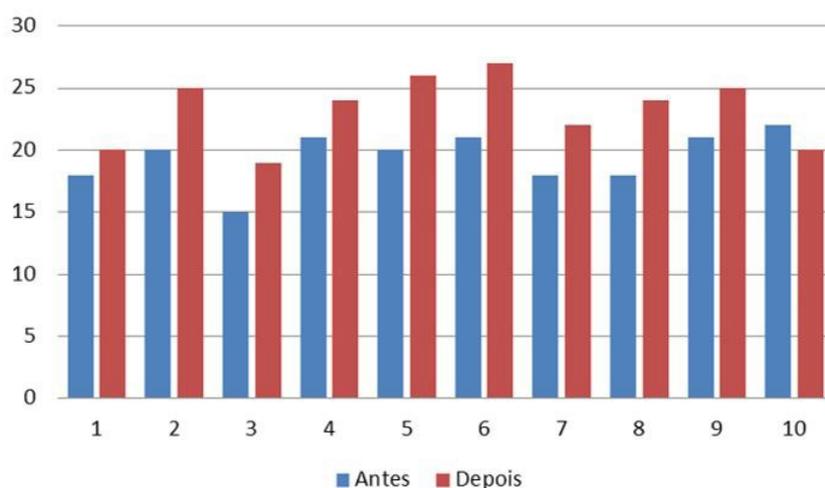
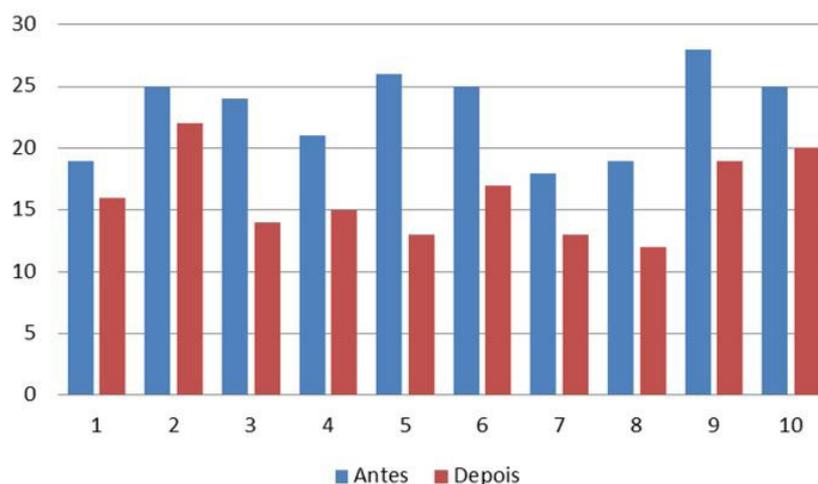


Figura 2 - Análise dos escores antes e depois do Timed Up Go



DISCUSSÃO

O presente estudo teve como foco analisar os benefícios da fisioterapia aquática no tratamento do equilíbrio em indivíduos com diagnóstico de doença de Parkinson, pré e pós-tratamento fisioterapêutico. Pôde-se notar que todos os participantes, mesmo aquelas classificadas com um estágio mais avançado, obtiveram melhoras no equilíbrio, o que sugere a eficácia da fisioterapia aquática para este público.

A amostra desta pesquisa foi caracterizada por indivíduos em sua maioria do sexo masculino, aspecto que está de acordo com um estudo recente, que referem maior comprometimento deste sexo (DA CONCEIÇÃO *et al.*, 2022). Com o protocolo de fisioterapia aquática proposto nesse estudo, os participantes obtiveram-se benefícios no que se refere à melhora do equilíbrio e da capacidade funcional, resultados estes condizentes com diversos estudos realizados sobre a temática (DE LA CRUZ, 2017; PALAMARA *et al.*, 2017; VIVAS; ARIAS; CUDEIRO, 2011).

A alteração motora mais prevalente na Doença de Parkinson é a lentificação, influenciando drasticamente nos movimentos osteocinemáticos e em alguns casos podem reduzir a expressão facial. Mais da metade dos portadores apresentam tremor de repouso logo nos estágios iniciais da doença, iniciando unilateralmente. Independente da atividade ou amplitude de movimento, o aumento da resistência à movimentação articular passiva é descrito como rigidez muscular. Já a progressão da doença afeta o equilíbrio tanto dinâmico e estático, que pioram quando há postura flexora de tronco e cabeça, ocasionando episódios de queda (PALAMARA *et al.*, 2017).

Um estudo publicado por Silva *et al.*, 2020 concluiu que o exercício físico regular, traz muitos benefícios para indivíduos portadores de Parkinson, pois promove melhora da resistência muscular, melhora da marcha, melhora do equilíbrio e postura corporal, promove plasticidade neural, melhora da coordenação motora e da função cardiorrespiratória e em alguns casos aumento na quantidade de neurônios, maior eficiência dos neurotransmissores e melhor captação de dopamina, tornando o exercício físico como uma importante ferramenta auxiliar ao tratamento desses indivíduos (SILVA *et al.*, 2020).

Diante disso, a alteração de equilíbrio é recorrente em idosos, especialmente em idosos

com doenças associadas a alterações motoras, levam a ocorrência de episódios de quedas recorrentes (LEAVY *et al.*, 2017). As quedas são consideradas um problema bastante grave, haja vista o grande número de lesões graves e óbitos associados. Na Doença de Parkinson, as quedas são as principais causas de internação hospitalar e acabam gerando grandes custos financeiros consideráveis (KLAMROTH *et al.*, 2016).

Deste modo, a avaliação do equilíbrio de pacientes com esta patologia é fundamental para identificar precocemente estas alterações e implementar protocolos de reabilitação neurofuncional no sentido de prevenir e/ou minimizar a ocorrência de quedas, considerando que trata-se de uma doença progressiva. Portanto, a fisioterapia aquática favorece momentos de instabilidade postural, porém com a ajuda de um profissional não há riscos relacionados à queda, muito pelo contrário, isso estimula ajustes corporais, tanto em questão de melhorar o equilíbrio como habilidades motoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a fisioterapia aquática foi eficaz na reabilitação do equilíbrio estático e dinâmico de idosos com doenças de Parkinson, pois todos os pacientes, mesmo aqueles classificados com estágios mais avançados resultaram. Além disso, observou-se que a gravidade da doença pode influenciar diretamente no prognóstico, tendo em vista a escassez de estudos, julga-se extremamente necessária a continuidade de estudos nessa temática, aumentando o número de sujeitos e verificando os efeitos da fisioterapia aquática a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. A. F.. Doença de Parkinson: uma visão panorâmica. São Paulo, SP: Atheneu, 2005. p. 1-22
- BERTOLDI, Flavia Cristina; SILVA, José Adolfo Menezes Garcia; FAGANELLO-NAVEGA, Flávia Roberta. Influência do fortalecimento muscular no equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 117-122, 2013.
- BRAZ, Nayara Felicidade Tomaz *et al.* Effectiveness of Nintendo Wii in functional and health outcomes of individuals with Parkinson's disease: a systematic review. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, n. 1, p. 100-106, 2018.
- CAMPION, Margaret Reid (Ed.). Hidroterapia: princípios e prática. MANOLE, Limited, Editora, 2000.
- CHO, Catherine *et al.* Frequency/Velocity Mismatch; a Fundamental Abnormality in Parkinsonian Gait. *Journal of neurophysiology*, 2010
- CRUZ, Sagrario Pérez-de la, S. Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: a randomized clinical trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, v. 53, n. 6, p. 825-832, 2017.
- DA CONCEIÇÃO, Ritaley Nogueira dos Santos *et al.* Análise Epidemiológica de pacientes com doença de Parkinson nos últimos 5 anos nas regiões brasileiras. *Revista de Saúde*, v. 13, n. 1, p. 61-66, 2022.

DE LA CRUZ, Sagrario Pérez. Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: a randomized clinical trial. 2017.

FUKUNAGA, Jackeline Yumi *et al.* Postural control in Parkinson's disease. Brazilian journal of otorhinolaryngology, v. 80, n. 6, p. 508-514, 2014.

HAUSDORFF, J. M. *et al.* Impaired regulation of stride variability in Parkinson's disease subjects with freezing of gait. Experimental brain research, v. 149, n. 2, p. 187-194, 2003.

HOEHN, Margaret M. *et al.* Parkinsonism: onset, progression, and mortality. Neurology, v. 50, n. 2, p. 318-318, 1998.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. In: Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 2009. p. 1000-1000.

KLAMROTH, Sarah *et al.* Effects of exercise therapy on postural instability in Parkinson disease: a meta-analysis. Journal of Neurologic Physical Therapy, v. 40, n. 1, p. 3-14, 2016.

LEAVY, Breiffni *et al.* "Pushing the limits": rethinking motor and cognitive resources after a highly challenging balance training program for Parkinson disease. Physical therapy, v. 97, n. 1, p. 81-89, 2017.

MACHESE, Cristina Iwabe. Fisioterapia Neurofuncional. 1 Edição, 185 páginas, Curitiba, PR. Cvr., 2011.

PALAMARA, Grazia *et al.* Land plus aquatic therapy versus land-based rehabilitation alone for the treatment of balance dysfunction in Parkinson disease: a randomized controlled study with 6-month follow-up. Archives of physical medicine and rehabilitation, v. 98, n. 6, p. 1077-1085, 2017.

PALAMARA, Grazia *et al.* Land plus aquatic therapy versus land-based rehabilitation alone for the treatment of balance dysfunction in Parkinson disease: a randomized controlled study with 6-month follow-up. Archives of physical medicine and rehabilitation, v. 98, n. 6, p. 1077-1085, 2017.

PRINGSHEIM, Tamara *et al.* The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. Movement disorders, v. 29, n. 13, p. 1583-1590, 2014.

SIMUNI, Tanya; SETHI, Kapil. Nonmotor manifestations of Parkinson's disease. Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society, v. 64, n. S2, p. S65-S80, 2008.

SOUSA, Angélica Vieira Cavalcanti *et al.* Influência do treino em esteira na marcha em dupla tarefa em indivíduos com Doença de Parkinson: estudo de caso. Fisioterapia e Pesquisa, v. 21, n. 3, p. 291-296, 2014.

SOUZA, Caroline de Cássia Batista de. Análise da caminhada dentro d'água em pessoas com doença de Parkinson: um estudo com acelerometria. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

SUAREZ, Hamlet *et al.* Equilíbrio na doença de Parkinson alterando as informações visuais. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 77, n. 5, 2011.

UMPHRED, Darcy. Reabilitação neurológica. 5 edição. 1168 páginas, São Paulo, SP. Elsevier Brasil, 2011.

VIVAS, Jamile; ARIAS, Pablo; CUDEIRO, Javier. Aquatic therapy versus conventional land-based therapy for Parkinson's disease: an open-label pilot study. Archives of physical medicine and rehabilitation, v. 92, n. 8, p. 1202-1210, 2011.

VIVAS, Jamile; ARIAS, Pablo; CUDEIRO, Javier. Aquatic therapy versus conventional landbased therapy for Parkinson's disease: an open-label pilot study. Archives of physical medicine and rehabilitation, v. 92, n. 8, p. 1202-1210, 2011.

VIVAS, Jamile; ARIAS, Pablo; CUDEIRO, Javier. Aquatic therapy versus conventional landbased therapy for Parkinson's disease: an open-label pilot study. Archives of physical medicine and rehabilitation, v. 92, n. 8, p. 1202-1210, 2011.

A atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar: principais recursos na reabilitação motora e respiratória

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda em Fisioterapia – UniFacema

Gabrielly de Moraes Machado Brito

Graduanda em Fisioterapia - UNIFUNVIC

Camila Katheleen de Oliveira

Graduada em Fisioterapia – UNINASSAU

Francisca Gleicivania Vieira Damasceno

Graduando em fisioterapia – UNINTA

Luldiani Ramos da Silva

Pós-graduando em fisioterapia neurofuncional – FAVENI

Raynara Donata dos Santos

Residência em Urgência e Emergência-SCMS

Rafaela Fernandes da Mota

Graduada em Fisioterapia – IESPES

Antonio Leandro Barreto Pereira

Graduando em Fisioterapia – UNINASSAU

Dalyla Lima dos Santos

Pós-graduanda em Fisioterapia Ortopedia e Traumatologia - VANGUARDA

Iellys Mariane Dias Barbosa

Graduada em Fisioterapia - UNA

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.31

RESUMO

A assistência fisioterapêutica para o paciente internado em ambiente hospitalar conta atualmente com diversas áreas interligadas para oferecer um melhor atendimento ao paciente. Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia realizada em hospitais, dentre os principais recursos fisioterapêuticos estão: mobilização precoce, fortalecimento muscular e treinamento respiratório. O objetivo desta revisão de narrativa é sintetizar e descrever as principais evidências sobre a atuação do fisioterapeuta em ambiente hospitalar. A presente revisão de narrativa nos mostra a relevância da atuação do fisioterapeuta em ambiente hospitalar. As técnicas de fisioterapia respiratória e motora são de suma importância para os pacientes internados e críticos restritos ao leito. O mecanismo de reabilitação hospitalar possui importantes efeitos na capacidade funcional do indivíduo, melhorando assim a força muscular, mobilidade articular, função pulmonar e desempenho do sistema respiratório.

Palavras-chave: fisioterapia hospitalar. reabilitação. fisioterapia.

ABSTRACT

Physiotherapeutic care for patients hospitalized in a hospital environment currently has several interconnected areas to offer better patient care. Currently, there are several studies in the literature that seek to investigate the effects of physiotherapy programs performed in hospitals, among the main physiotherapeutic resources are: early mobilization, muscle strengthening and respiratory training. The objective of this narrative review is to synthesize and describe the main evidence on the role of the physical therapist in a hospital environment. The present narrative review shows us the relevance of the physiotherapist's performance in a hospital environment. Respiratory and motor physiotherapy techniques are of paramount importance for hospitalized and critically ill patients confined to bed. The hospital rehabilitation mechanism has important effects on the individual's functional capacity, thus improving muscle strength, joint mobility, lung function and respiratory system performance.

Keywords: hospital physiotherapy. rehabilitation. physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A fisioterapia foi regulamentada como profissão pelo decreto lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Sua atuação abrange a realização de métodos, técnicas e de procedimentos terapêuticos sob contato físico aplicados diretamente ao paciente, estando ele consciente ou não (BRAZ *et al.*, 2009). E tem como objetivo prevenir e tratar lesões cinéticas funcionais decorrentes de traumas e de doenças, através de mecanismos terapêuticos próprios (MOREIRA; NOGUEIRA; ROCHA, 2007). Dependendo de sua especialização o fisioterapeuta pode atender pacientes em condições clínicas graves, em estado crítico e até mesmo em situações de risco de vida (BRAZ *et al.*, 2009).

Diante disso, por volta da década de 70 reconheceu-se a importância desta profissão nos hospitais, o que leva essa época a ser mais importante para a inserção da fisioterapia respiratória brasileira que, com sua rápida expansão na década seguinte, consolidou-se como indispensável em todos os hospitais, quando então essa especialidade passou obrigatoriamente a compor as

equipes de cuidados intensivos (DA CONCEIÇÃO, 2020). É notório que a nova atuação da fisioterapia intensiva brasileira possibilitou uma importante integração multiprofissional e interdisciplinar (MASTROANTONIO, 2018), a qual passou a exigir ainda mais estudos e aprimoramento dos fisioterapeutas para que estes pudessem atuar com maior respeito dos demais profissionais da equipe e promover uma assistência resolutiva aos pacientes críticos. (SARMENTO, 2011)

Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos hospitalares em todos os setores. A superlotação neste setor é intensificada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos. Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências, o Ministério da Saúde preconiza o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção à saúde (BRASIL, 2009). A assistência fisioterapêutica para o paciente internado em ambiente hospitalar conta atualmente com diversas áreas interligadas para oferecer um melhor atendimento ao paciente (ALVES, 2012; FERREIRA *et al.*, 2017).

Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia realizada no ambiente hospitalar, dentre os principais recursos fisioterapêuticos estão: mobilização precoce (DE CASTRO; HOLSTEIN, 2019; SOUZA *et al.*, 2021), fortalecimento muscular (DE SOUZA, 2022) e treinamento respiratório (EPAMINONDAS, 2020). Portanto, devido às consequências as quais poderão ocorrer em virtude da internação hospitalar, ressaltar a relevância da fisioterapia com a finalidade de melhorar a funcionalidade motora e com isso proporcionar qualidade de vida à população, evitando assim morbidades futuras. Diante do exposto, o objetivo desta revisão de narrativa é sintetizar e descrever as principais evidências sobre a atuação do fisioterapeuta em ambiente hospitalar.

DESENVOLVIMENTO

A hospitalização pode ser entendida como a admissão ou a permanência em um estabelecimento hospitalar, tanto público como privado, que esteja preparado com todos os recursos e tecnologias necessárias para o tratamento dos pacientes que necessitam de cuidados por causa de seu diagnóstico (ALMEIDA, 2007; DE CASTRO *et al.*, 2013). Um estudo recente publicado por Silva *et al.* (2021) evidenciaram predomínio de mulheres, da faixa etária idosa e de pouco comprometimento clínico. As doenças pulmonares, como a pneumonia e a DPOC, foram os principais motivos de hospitalização dos pacientes atendidos pela fisioterapia em enfermarias e unidades de terapia intensiva (SILVA *et al.*, 2021).

Benefícios da fisioterapia respiratória em ambiente hospitalar

A fisioterapia respiratória é muito utilizada na prática profissional e atua no tratamento de qualquer tipo de pacientes sejam eles adultos ou crianças com distúrbios pulmonares agudos ou crônicos. Pode ser realizada em ambientes hospitalares, no pré e pós-operatório de diversas cirurgias, em Unidade de Terapia Intensiva, clínicas, ambulatórios, centro de assistência e reabilitação e até mesmo no ambiente domiciliar do paciente quando se fizer necessário. A reabilitação cardiopulmonar nesses pacientes se faz por meio de técnicas manuais e instrumentais, e tem como objetivo a remoção de secreções das vias aéreas, reduzindo a obstrução brônquica e a resistência das vias aéreas, facilitando as trocas gasosas e reduzindo o trabalho respiratório. As

técnicas manuais de fisioterapia respiratória mais realizadas são: vibro compressão (DRAGHI; MANZANO, 2018), drenagem postural (KLUGE, 2020), técnica expiratória forçada ou “Huffing” (PEREIRA; SOUZA; CÔRREA, 2021), tosse e aceleração do fluxo expiratório (SARMENTO, 2011).

Diante disso, com relação às indicações da fisioterapia respiratória, o tratamento fisioterapêutico em pacientes internados tem indicação sob certas condições clínicas, como as síndromes aspirativas (VALAREZO, 2014), a síndrome do desconforto respiratório (TAVARES *et al.* 2019), pneumonias (MOTA, 2020), atelectasias (LAGUNA, 2018), e na prevenção de complicações da ventilação mecânica (SANTOS, 2021).

Diversos estudos concluíram que a intervenção fisioterapêutica está indicada na presença de secreção na via aérea, após avaliação do fisioterapeuta, e nos casos com evoluções desfavoráveis à gasometria e/ou ao exame radiológico, sinais indicativos de possíveis problemas com a depuração ciliar, com a ventilação ou outra alteração da mecânica respiratória, e na maioria das vezes com as três condições (SARMENTO, 2011). Em algumas situações, de acordo com estudos, a fisioterapia respiratória tem mostrado grande impacto e pode alterar o prognóstico do paciente (AZEVEDO, 2020). Isto foi observado na síndrome do desconforto respiratório (DA SILVA *et al.*, 2019), na síndrome de aspiração meconial (REIS *et al.*, 2020), na displasia broncopulmonar (MELLUZZI *et al.*, 2020), nas pneumonias neonatais (SOARES, 2022) e nos pós-operatórios de cirurgias de grande porte (SILVA; MOREIRA, 2021). A fisioterapia pré e pós-extubação também mostrou valor na redução da incidência de complicações, como as atelectasias pós-extubação (MIRANDA; PADULLA; BORTOLATTO. *et al.*, 2011). Diante disso, nesses casos o fisioterapeuta preconiza:

- a) Auxiliar a manutenção das funções vitais por meio da prevenção e do controle de doenças pulmonares;
- b) Reduzir as complicações da própria doença de base;
- c) Promovendo a preservação da oxigenação e ventilação pulmonar;
- d) Manter vias aéreas limpas e pérvias;
- e) Diminuição do trabalho respiratório;
- f) Treinamento muscular respiratório;
- g) Sincronia paciente-ventilador.

Benefícios da fisioterapia motora em ambiente hospitalar

Programa de reabilitação motora geralmente é constituído por condutas de treinamento resistido, flexibilidade e equilíbrio, sendo que os resultados se mostram viáveis e passíveis de continuidade evitando as problemáticas da imobilidade e da internação. Atualmente na literatura encontra-se estudos que enfatizam que a maior parte dos pacientes que recebem fisioterapia durante o período de internação hospitalar, participam também dos programas de exercício físico propostos fora do ambiente hospitalar. Demonstrando que o atendimento fisioterapêutico hospitalar pode atuar como motivador para os pacientes e seus respectivos familiares, até mesmo pós-internação (LUZ *et al.*, 2021).

Entretanto, é necessário lembrar que importante o fisioterapeuta escolher a técnica correta para o objetivo proposto, levando em consideração as características individuais do paciente (SARMENTO, 2012; RIOS, 2014; MARCUCCI, 2015; EBSEH, 2016). Em pacientes com via aérea artificial os cuidados devem ser mantidos sempre avaliando a necessidade de aspiração e seu risco benefício ao paciente (SARMENTO, 2012; RIOS, 2014; MARCUCCI, 2015).

Pacientes internados se beneficiam de intervenções precoces para a recuperação das funções físicas e ganho de mobilidade, mas também apresentam necessidades especiais relacionadas à sua patologia de base. Protocolos de mobilização precoce tem sido alvo de diversas pesquisas de nível mundial. O tratamento fisioterapêutico para pacientes hospitalizados deve priorizar os seguintes objetivos:

- a) Ganhar amplitude de movimento;
- b) Ganhar força muscular;
- c) Melhorar desempenho da marcha;
- d) Treinar coordenação motora.

Além disso, o fisioterapeuta pode dispor de outros recursos para auxiliar a mobilização precoce de pacientes internados:

- a) Realidade virtual (GOMES; SCHUJMAN; FU, 2020);
- b) Prancha ortostática (LUQUE *et al.*, 2010);
- c) Cicloergômetro (GARDENGHI *et al.*, 2019).

A tabela 1 abaixo descreve resumidamente os principais benefícios destes recursos em pacientes hospitalizados em enfermarias e unidade de terapia intensiva.

Tabela 1 - Benefícios da realidade virtual, prancha ortostática e cicloergômetro.

Realidade virtual	a) Correção postura e equilíbrio; b) Aumento da capacidade de locomoção; c) Aumento da amplitude de movimento; d) Ganho de força muscular.
Prancha ortostática	a) Melhora do controle autonômico do sistema cardiovascular; b) Melhora da oxigenação; c) Aumento da ventilação; d) Melhora do estado de alerta; e) Estimulação vestibular; f) Consciência corporal; g) Prevenção de contraturas articulares.
Cicloergômetro	a) Ganho de força muscular; b) Locomoção; c) Coordenação; d) Melhora do condicionamento cardiovascular.

A realização de fisioterapia motora em ambiente hospitalar é possível a todos os pacientes que estão ali e ela deve ser realizada diariamente, tanto aos pacientes acamados e inconscientes, quanto para aqueles que estão conscientes que realizam a marcha (SARTI; VECINA; FERREIRA, 2016). De acordo com pesquisas realizadas, na maioria dos casos em que os procedimentos de protocolos de fisioterapia motora não são trabalhados com os pacientes, o tempo de internação e as complicações dos pacientes tende a aumentar (DOS SANTOS *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão de narrativa nos mostra a relevância da atuação do fisioterapeuta em ambiente hospitalar. As técnicas de fisioterapia respiratória e motora são de suma importância para os pacientes internados e críticos restritos ao leito. O mecanismo de reabilitação hospitalar possui importantes efeitos na capacidade funcional do indivíduo, melhorando assim a força muscular, mobilidade articular, função pulmonar e desempenho do sistema respiratório. Tudo isso poderá reduzir o tempo de permanência na no hospital e, além de promover melhora na qualidade de vida após a alta.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Inez Silva de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; SIMÕES, Sonia Mara Faria. Hospitalização do adolescente. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*, v. 7, n. 1, p. 33-39, 2007.
- ALVES, Andréa Nunes. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. *Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*, v. 16, n. 6, 2012.
- AZEVEDO, Kariny Cristina. Efetividade da fisioterapia respiratória em adultos de meia idade hospitalizados com pneumonia: uma revisão sistemática de literatura. 2020.
- BRAZ, Paula Regina Pereira *et al.* Atuação do fisioterapeuta nas unidades de terapia intensiva da cidade de Anápolis. 2009.
- DA CONCEIÇÃO, Marcos Vinícius *et al.* Atuação da fisioterapia na UTI. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 6, p. 16335-16349, 2020.
- DA SILVA, Karoline Lourenço *et al.* Manejo da Ventilação Mecânica na Síndrome do Desconforto Respiratório Infantil/Ventilatory Management in Child Respiratory Disorder Syndrome. ID on line. *Revista de psicologia*, v. 13, n. 45, p. 557-570, 2019.
- DA SILVA, Tainara da Silva Lopes *et al.* Características clínicas de pacientes atendidos pela equipe de fisioterapia na enfermaria de um hospital de pequeno porte na região Litoral Norte do Rio Grande do Sul. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 11, p. 0-0, 2021.
- DE CASTRO, Antônio Adolfo Mattos; HOLSTEIN, Juliana Martins. Benefícios e métodos da mobilização precoce em UTI: uma revisão sistemática. *Life Style*, v. 6, n. 2, p. 7-22, 2019.
- DE CASTRO, Vivian Carla *et al.* Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Rev Rene*, v. 14, n. 4, p. 791-800, 2013.
- DE SOUZA RIBEIRO, Natália; DE OLIVEIRA, Daianny Seoni; YAMAUCHI, Liria Yuri. Fisioterapia em pacientes adultos em estado crítico internados com COVID-19: revisão integrativa. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 13, p. 0-0, 2022.
- DOS SANTOS, Fernanda *et al.* Relação entre mobilização precoce e tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva. *Gestão e Saúde*, v. 6, n. 2, p. Pag. 1394-1407, 2015.
- DRAGHI, Tatiane Targino Gomes; MANZANO, Roberta Munhoz; AMBROZIN, Alexandre Ricardo Pepe. Efeitos do instrumento Pulsar® e da vibrocompressão em crianças no ambiente hospitalar. *ConScientiae*

Saúde, v. 17, n. 1, p. 86-92, 2018.

EPAMINONDAS, Lorena Cristine Soares; DIAS, Williane Sarmento; DOS SANTOS, Renato Caldas. Os efeitos do treinamento muscular inspiratório em pacientes sob ventilação mecânica invasiva no processo de desmame: revisão de literatura. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 8, n. 2, p. 151-158, 2020.

FERREIRA, Janieldes *et al.* Atuação do fisioterapeuta em enfermaria hospitalar no Brasil. *Fisioterapia Brasil*, v. 18, n. 6, 2017.

GARDENGHI, Giulliano *et al.* O USO DO CICLOERGÔMETRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 6, n. 1, p. 53-53, 2019.

GOMES, Tamires Teixeira; SCHUJMANN, Debora Stripari; FU, Carolina. Reabilitação com uso de realidade virtual: atividade física para pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 31, p. 456-463, 2020.

KLUGE, Gabriela Moser. Técnica de vibrocompressão torácica associada à drenagem postural em posição supralateral em pneumonia. *Revista Renovare*, v. 3, 2020.

LAGUNA, Taciana Oliveira; SANTOS, Jéssica Castro dos. Atelectasia pulmonar em recém nascido prematuro e a atuação da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. 2018.

LUQUE, Alexandre *et al.* Prancha ortostática nas unidades de terapia intensiva da cidade de São Paulo. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 2, p. 225-229, 2010.

LUZ LODI, Mariana Kleis Pinto *et al.* Importância da atuação fisioterapêutica hospitalar e ambulatorial ao paciente onco-hematológico: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 10, p. 97974-97989, 2021.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MASTROANTONIO, Emmanuel Musetti; DE MORAIS JÚNIOR, Sérgio Luis Alves. O Fisioterapeuta como Membro da Equipe Multidisciplinar no Pronto Socorro. *Journal of Health Sciences*, v. 20, n. 1, p. 34-39, 2018.

MELLUZZI, Mayse Doro *et al.* A importância do fisioterapeuta no tratamento da displasia broncopulmonar. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 100853-100863, 2020.

MIRANDA, Regina Coeli Vasques de; PADULLA, Susimary Aparecida Trevizan; BORTOLATTO, Carolina Rodrigues. Fisioterapia respiratória e sua aplicabilidade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, v. 26, p. 647-652, 2011.

MOREIRA, Virginia; NOGUEIRA, Fernanda Nícia Nunes; ROCHA, Márcio Arthoni Souto da. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 24, p. 191-203, 2007.

MOTA, Nayane. Fisioterapia Respiratoria a fisioterapia respiratória e o procedimento de aspiração na prevenção e no tratamento da pneumonia nosocomial em pacientes sob ventilação mecânica: revisão de literatura. *Revista Cathedral*, v. 2, n. 1, 2020.

- PEREIRA, Andressa; SOUZA, Aryadne Castro; CÔRREA, Priscila. Treinamento muscular respiratório no tratamento da asma brônquica. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 3, p. 02, 2021.
- REIS, Tereza Cristina *et al.* Efeitos da fisioterapia na função cardiopulmonar de recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática de literatura. *Revista CPAQV—Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida| Vol*, v. 12, n. 2, p. 2, 2020.
- RIOS, L.C. Atuação da fisioterapia no cancer infanto-juvenil. Monografia (Especialista em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal). Pós-graduação da Universidade Federal da Bahia. Bahia. Pg 24. 2014
- SANTOS, Wilson de Oliveira. Atuação da fisioterapia em complicações respiratórias graves durante a Covid-19 em pacientes sob ventilação mecânica. 2021.
- SARMENTO, George Jerre Vieira. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas. In: *Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas*. 2010. p. 703-703.
- SARMENTO, George Jerre. Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia. In: *Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia*. 2011. p. 582-582.
- SARTI, Tatiane Cristina; VECINA¹, Marion Vecina Arcuri; FERREIRA¹, Paulo Sérgio Nardelli. Mobilização precoce em pacientes críticos. 2016
- SILVA, Kaliny Caetano; MOREIRA, Marcel Furtado. Efeitos dos incentivadores respiratórios lineares e alineares no processo de reabilitação em pós-operatório de revascularização do miocárdio: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 6, p. 27561-27575, 2021.
- SOARES, Leticia Pinto; ALENCAR, Yllah Oliveira; DOS SANTOS, Brenaráise Freitas Martins. A atuação da fisioterapia respiratória na unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica na pandemia de covid-19. *Diálogos & Ciência*, v. 2, n. 1, p. 197-211, 2022.
- SOUZA, Ranná Barros *et al.* Efeitos da mobilização precoce em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 30427-30441, 2021.
- TAVARES, Adriana Belmonte *et al.* Fisioterapia respiratória não altera agudamente os parâmetros fisiológicos ou os níveis de dor em prematuros com síndrome do desconforto respiratório internados em unidade de terapia intensiva. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 26, p. 373-379, 2019.
- VALAREZO, Carlos; AGILA MONTIEL, Ana Elizabeth; ARACELI, Barriga Medina Fanny. *LiquidoAmniotico y Sindrome aspirativo en el recién nacido en el hospital gineco-obstetrico Isidro Ayora Quito en el periodo de enero a agosto del 2013*. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.

Conduta de enfermagem no pré-natal para diagnosticar a Sífilis em gestantes

Ana Paula Marcos Miranda

Cleciane de Sousa Nunes

Edineude de Jesus Aroucha

Kaciane Leal Silva

Ranna Silva Abreu

Taliane de Jesus Mafra

Francilvana da Silva Costa de Azevedo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.32

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) considerada como um grande problema de saúde pública pela organização mundial da Saúde (OMS), apesar de apresentar diagnóstico e tratamento bem estabelecidos e de baixo custo. Uma das principais preocupações sobre as dificuldades no controle dessa doença é a infecção de mulheres em idade reprodutiva, que pode acarretar a ocorrência de casos de sífilis congênita (sc) por meio da transmissão vertical. (OMS,2014).

A sífilis é uma doença infecciosa crônica causada pelo *treponema pallidum*, um patógeno exclusivo do ser humano, que acomete praticamente todos os órgãos e sistemas. Alterna períodos de atividade com características clínicas, imunológicas, e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente). As vias de transmissão desta infecção são as sexualmente transmissíveis ou vertical de mãe para feto, resultando nas suas formas adquiridas e congênitas, respectivamente. A sífilis quando não tratada ou tratada inadequadamente traz sérios problemas de saúde, dentre elas podemos citar a infertilidade, doenças neonatais e infantis, câncer , abortos ou natimortos (SANTOS, 2016).

Em 1986, o ministério da saúde (MS) determinou que a SC no país fosse de notificação compulsória (portaria nº542/ MS, de 22/12/1986). Contudo, foi a partir de 1993 que as estratégias e a organização de planos com esta finalidade se intensificaram. (BRASIL, 2016.p.1986).

Ao longo desses anos, foram desenvolvidas ações e estratégias para eliminação da sífilis e sífilis congênita no país, centradas principalmente na atenção básica à saúde com ênfase no diagnóstico, assistência e vigilância da doença, estas estratégias e ações foram importantes para o melhor acesso da gestante e da criança ao diagnóstico precoce, bem como a prevenção dos casos. (OMS) Acredita-se que ocorra anualmente um universo de 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, sendo que 90% dos mesmos se encontrem junto aos países em desenvolvimento. A OMS estima um milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes (OMS, 2014).

No que diz respeito à assistência pré-natal o Ministério da Saúde determina que o tratamento deva ser iniciado com até 120 dias de gestação, realizada no mínimo seis consultas de pré-natal e ofertado exames laboratoriais básicos, dentre eles o VDRL utilizado para diagnóstico de sífilis (ALVES *et al*, 2016). Assim, tem-se tempo suficiente para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos positivos. Uma assistência e uma conduta deficiente leva a falhas no tratamento e conseqüentemente pode resultar em um aumento no número de casos de sífilis congênita (ALVES *et al.*, 2016).

Tendo em vista que a sífilis é um problema de saúde pública reemergente, e tendo o enfermeiro como agente atuante na prevenção e promoção de saúde dentro da atenção básica, a pesquisa para esse trabalho tem como objetivo abordar e descrever as condutas de enfermagem perante a gestante com sífilis.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura. As buscas foram realizadas online nas

seguintes bases de dados indexadas: Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO e o buscador Google acadêmico, onde foram encontrados materiais dentre estes artigos referentes à temática, foi realizada uma busca utilizando os seguintes descritores: Enfermagem, Sífilis e Conduta de Enfermagem. Os artigos para revisão foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão, sendo como critérios de inclusão: artigos publicados após o ano de 2016, artigos escritos em português e artigos de texto completo disponível gratuitamente. E como critérios de exclusão: artigos anteriores ao ano de 2016, artigos em outros idiomas e artigos que para acesso completo em que o material seria somente mediante pagamento, no qual foram utilizados 14 artigos. Sendo a pesquisa realizada no período de 10 de maio a 02 de junho de 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas 21 publicações nas bases de dados Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO e o buscador Google acadêmico que atendiam o tema da pesquisa. Entretanto foram selecionadas 13 fontes, cuja análise demonstrou que ajudariam a responder a questão da pesquisa, sendo excluídas 8 fontes.

Os resultados deste estudo apontaram que as condutas desenvolvidas por enfermeiros no manejo de gestantes portadoras da sífilis, destacaram-se: Conduta de enfermagem dos casos de sífilis gestacional, Educação em saúde, Adesão ao tratamento do casal, Prescrição e administração medicamentosa.

Em sequência, as informações foram então extraídas das fontes selecionadas e então trabalhadas para a construção das respostas ao tema norteador: condutas de enfermagem no pré-natal para diagnosticar a sífilis em gestantes.

FONTE	AUTOR	ANO	TEMA
Revista de enfermagem UFPE On Line	Antonia R. M. R.1 , Maria A. M. S.2 , Ana E.S. C.3 , Andrea C.A. M.4 , José J. M. N.5 , Natália F.G.6	2016	ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NO ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Revista de enfermagem UFPE On Line	Jacqueline T. N.1 , Ana C.V. M.2 , Rejane M. B. D.3 , Gabriela G. O. S.4 , Rayane S. F.5 , Milva M. F. M.6	2017	SÍFILIS NA GESTAÇÃO: PERSPECTIVAS E CONDUTAS DO ENFERMEIRO
Diversitas Journal	Manoel V. S. S.(1); Priscila N. G. B.(2); Jauan F. L. S.(3)	2019	Sífilis gestacional na Atenção Básica
Guia de Bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita	Carla G.L.1 Carmem S.B.D.2 Solange C.G.3	2016	Guia de Bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita
II COBRACIS	Welligton B. S. (1); Dinária A.L. S. (1); José F. D. (2); Marcelo L. S. D. (3); Édija A. R. L. (4)	2016	CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DO CONTROLE DA SÍFILIS ADQUIRIDA E CONGÊNITA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Original	W. N. S.1 Lincoln A.O. B.2	2016	Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014
Revistaseletrônicas.FMU	Ana M. S.1 Wellington L. S.2 Francisco S. M. R.3 Paolo R. E.4 Renato R. N. F.	2017	EXPERIMENTALSÍFILIS EM GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-SP: UM ESTUDO QUALITATIVO DE CASOS MÚLTIPLOS
REVISTA ONLINE DE PESQUISA	Elisiane Q. B. (1) ; Martha T. S. (2)	2017	PRÁTICA DE ENFERMAGEM ACERCA DO CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA
Mostra interdisciplinar do curso de enfermagem	Adila C. M.1 ; Antônia D. B. C.1 ; Paulo H.S. M.1 ; Rafaela M. B. F.1 ; Liene R. L.2	2016	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS RASTREADAS PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA
Revist. Port.: Saúde e Sociedade.	Waneska A. A.1 Gabriela R. C.2 Fernanda A. N.3 Wender R.T.4 Lorena M. C.5 Ricardo S. D.6	2016	SÍFILIS CONGÊNITA: EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS NOTIFICADOS EM ALAGOAS, BRASIL, 2007 A 2011
Arch. Health. Sci	Marina L. D. C. F.1 ; Kristoffer A. W. R.1 ; Marcia C. D. C.2 ; Simone M.B.1 .	2019	SÍFILIS CONGÊNITA E GESTACIONAL: NOTIFICAÇÃO E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL
SCIELO	Patrícia A. M. C. (1) ; Ruth B. L. P. (2) ; José G. D. C (3)	2017	SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM PALMAS TOCANTINS, 2007- 2014
UNIFESP	FABIO N. A. G.	2017	MÉTODO DE PREVENÇÃO E PROFILAXIA A SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA NA ESTANCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

CONDUTA DE ENFERMAGEM NOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL

As condutas, o rastreamento e controle de gestantes e mulheres que futuramente venham a conceber, e que contraíram sífilis, é uma política importante, visto que a prevenção além de diminuir gastos aos cofres públicos também evita que essa população sofra com as consequências da doença posteriormente.

Vasconcelos (2016) defende e reforça que “a enfermagem desempenha um importante papel nas equipes da ESF, pois além de ser responsável por um conjunto de ações assistenciais, realiza as consultas de pré-natal das gestantes pertencentes às áreas que atua.”

Durante o primeiro e o terceiro trimestre de gravidez são solicitados exames preventivos,

dentre eles está o da VDRL, por isso a importância do pré-natal, que deve ser iniciado antes da décima quarta semana de gestação. Entretanto observa-se um reduzido conhecimento por parte das gestantes com relação aos malefícios que a sífilis não tratada possa causar ao recém-nascido, notando-se que muitas vezes as parturientes não dão a importância necessária ao pré-natal, julgando serem saudáveis e não necessitarem de acompanhamento (SIRQUEIRA, 2016). Com isso, o número de casos de sífilis gestacional vem crescendo a cada dia, especialmente devido à falta de informações sobre a doença (MELO, 2016).

A sífilis é uma enfermidade de notificação compulsória, e a enfermagem tem papel importante na notificação dos casos, necessitando de qualificação adequada para que seja evitado a subnotificação (BRASIL, 2017). O sub registro é uma realidade do país que precisa ser revista, pois acarreta falhas nas políticas públicas de saúde, favorecendo a constante prevalência da sífilis em gestantes e SC no país (FAVERO, RIBAS, DALLA COSTA & BONAFE, 2019). Portanto cabe ao profissional realizar a notificação, investigação e o tratamento com a prescrição e administração da penicilina, assim, resultando em uma assistência qualificada e na prevenção da transmissão vertical, possibilitando a análise de novas medidas para erradicar a doença.

Logo o quadro seguinte, apresenta de modo sintético os principais cuidados de enfermagem ofertados a indivíduo, sua família e comunidade.

Conduas de enfermagem			
Adquirida	Indivíduo	Família	Comunidade
	Realizar o teste rápido(V-DRL), iniciar o tratamento após o diagnóstico positivo e orientações sobre uso de preservativos.	Destacam as atividades educativas e o estímulo ao uso de preservativos.	Destacar a notificação compulsória e as atividades educativas.
Congênita	Revisar o teste (VDRL) na 1º consulta de pré-natal e no 3º trimestre. Iniciar tratamento da gestante e do parceiro, notificação compulsória e orientações sobre uso de preservativo.	Orientações sobre a Sífilis durante o planejamento familiar, notificação compulsória e as atividades educativas.	Destacar a notificação compulsória e as atividades educativas.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde para os pacientes é uma prática intimamente ligada à enfermagem, visto que o profissional possui suporte científico adequado e suficiente. Entretanto, Cavalcante, Pereira e Castro (2017) defendem que “ os profissionais que atuam diretamente com as gestantes necessitam de preparo técnico e um olhar interdisciplinar, dada a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo”.

Back e Souza (2017) apontam a necessidade de não somente conscientizar na atenção básica, mas a toda população, pois é importante que a educação em saúde para sífilis e outras IST's sejam abordadas, visto que a doença é totalmente evitada desde que haja diagnóstico precoce para gestante e seu parceiro.

Os métodos de educação em saúde possuem custos simples e eficazes. Grubba (2017) reforça que a valorização de campanhas educativas em campanhas e eventos públicos resultaria em uma política de doutrinação, tratamento e profilaxia para a população, não somente a

de risco, favorecendo a diminuição dos disíndices da doença e suas complicações e dos altos custos aos cofres municipais.

ADESÃO AO TRATAMENTO DO CASAL

A recepção da notícia sobre o diagnóstico de sífilis durante a gestação representa um choque para aquelas que têm conhecimento da doença tanto como aquelas que desconhecem e acabam de descobrir sobre sua ação. Após a notícia, é dever fundamental que o enfermeiro e demais profissionais de saúde trabalhem para promover a aderência ao tratamento da gestante e seu parceiro.

Portanto, no pré-natal, é eficaz que o parceiro deva estar presente para que, com a gestante, siga as recomendações e orientações prescritas para o tratamento da doença. Por isso, incluir o parceiro no tratamento durante o pré-natal tem se tornado uma relevante estratégia para abordagem do problema além de ser determinante para a cura eficaz da mãe a fim de evitar recidivas e por fim ao agravo.(BARBOSA, 2016).

O enfermeiro, ao aconselhar o parceiro da gestante, deve proporcionar um acolhimento adequado, transmitindo confiança e pressupondo um ambiente profissional e agradável, no qual o cliente tenha garantia de sigilo, privacidade, confidencialidade no atendimento. (VASCONCELOS, 2016).

PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA

Rastreando os casos de sífilis, aplicando o aconselhamento e orientação perante a doença e adequando o casal a adequação do tratamento, o enfermeiro realiza as administrações farmacológicas e segue com os procedimentos conforme necessário. Toda gestante diagnosticada com sífilis deverá ter o seu tratamento iniciado o mais precocemente possível. Para as gestantes a única forma efetiva de tratamento, para evitar a sífilis congênita, o uso de penicilina benzatina.(OMS, 2014, p. 31).

Devido à escassez de matéria prima na Índia e China da Penicilina Benzatina, o Ministério da Saúde preconizou que as gestantes com sífilis e crianças com sífilis congênita sejam prioridades no tratamento (SIEPIERSKI FILHO, 2018). Portanto, cabe ao enfermeiro, como agente administrador de recursos, equilibrar a demanda exigida em UBS a fim de evitar desperdício medicamentoso como também promover a prioridade necessária.

Em últimos tempos evidencia-se uma epidemia de sífilis que assola o país, faz-se necessário que o enfermeiro tome posição para a diminuição de agravos, realizando o tratamento o quanto antes e a captação precoce de gestantes portadoras da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de revisão de literatura, observou-se que a sífilis ainda é um grande problema de saúde pública, por ainda apresentar novos casos, anualmente em todo mundo e no Brasil.

A pesquisa ainda revelou o papel fundamental do profissional de enfermagem no controle e prevenção da sífilis, através da realização de cuidados de caráter privativo, como as consultas de enfermagem, bem como os de cunho comum entre os profissionais de saúde, como as atividades educativas em saúde. Logo, as condutas de enfermagem diante de doenças como sífilis demandam sensibilidade e comprometimento com a saúde individual e coletiva, conferindo um eixo desafiador para os serviços de saúde.

Em relação à primeira consulta de pré-natal é de suma importância uma conduta de qualidade e resolutive por parte do profissional de enfermagem, pela necessidade de diagnosticar e iniciar de forma rápida o tratamento da sífilis, ofertando um acolhimento humanizado, exames de diagnóstico, a realização do tratamento da gestante e o parceiro, favorecendo assim, uma melhoria na qualidade de saúde das gestantes, evitando maiores complicações.

O estudo contribui de certa forma para vislumbrar os enfermeiros atuantes no acompanhamento pré-natal às gestantes com sífilis, como também provocar reflexão acerca das condutas que permeiam estes profissionais na qualidade da assistência.

É relevante por se destacar que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros durante a atenção pré-natal às gestantes com sífilis estão de acordo com as preconizadas pelo MS.

REFERÊNCIAS

Alves, W. A., Cavalcante, G.R., Nunes, F. de A., Teodoro, W.R., Carvalho, L. M. de & Domingos, R. S. (2020). Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspamed/article/view/2375>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

BRASIL. Portaria N° 542 de 24 de dezembro de 1986. Inclui na relação constante da Portaria ministerial 608/BSB, de 28 de outubro de 1979, a síndrome de imunodeficiência adquirida SIDA/AIDS e a Sífilis congênita e os casos confirmados de AIDS e sífilis congênita deverão ser obrigados obrigatoriamente notificados as autoridades sanitárias. DOU. Brasília, 24 dez 1986, p.19827.

Brasil. (2017). Boletim Epidemiológico-Sífilis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

BECK, Elisisiane Quatrin; SOZA, Martha Helena Teixeira. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, v. 1, n. 1, p. 1-6, jan, 2017.

Beck EQ, Souza MHT. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]. 4 de junho de 2018;10(Especial):19-24. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7596>. Acesso em : 18 de maio de 2022.

CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; Pereira, Ruth Bernades de Lima; CASTRO, José Gerley Diaz. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Revista de Epidemiologia e Serviço de Saúde, v. 26, n.2, p.255-64, abr/jan, 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742017000200255&lng=es&nrm=.pf&tlng=pt. 28 de maio de

2022.

Favero, M. L. D. C., Ribas, K. A. W., Dalla Costa, M. C., & Bonafe, S. M. (2019). Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. Arquivos

de Ciências da Saúde, 26(1), 2- Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046031/artigo1.pdf>. Acesso em : 29 de maio de 2022.

GRUBBA, Fábio Novais Azevedo. Método de prevenção e profilaxia a sífilis em gestantes e sífilis congênita na Estância Balneária de Praia Grande. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2017. Disponível em : <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/24664>. Acesso em : 29 de maio de 2022.

Organização Mundial da Saúde. Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Fundamento para Ação. WHO Press, Genebra, Suíça. 2014. Disponível em: <https://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851-por.pdf>. Acesso em : 30 de maio de 2022.

SANTOS VC. Sífilis: uma realidade prevenível e sua erradicação, um desafio atual. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1027>. Acesso em 31 de maio de 2022.

SIEPIESKI FILHO, Stanislau; ROSA, Caroline Caribé Nolasco; NASCIMENTO, Bruno Alves. Incidência de sífilis em gestantes atendidas nas unidades de saúde no município de Teixeira de Freitas, Bahia. Revista Mosaicum, v. 27, n. 1, p. 181-96, jan/jun, 2018. Disponível em : <https://revistamosaicum.org/index.php/mosaicum/article/view/61>. Acesso em: 27 de maio de 2022.

SIQUEIRA. A. M; SIQUEIRA, W,L; *et al.* Sífilis em gestantes atendidas em unidades de saúde da região metropolitana do município de São Paulo-SP: um estudo qualitativo de casos múltiplos. Atas de Ciências da Saúde, v. 4, n. 2, p. 31-46, abr/jun, 2016. Disponível em: <https://revistaeletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/1109>. Acesso em 01 junho de 2022.

SOUZA, W.N. de; BENITO, L. A. D. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília; v. 14, n. 2, p. 1-8, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3811>. Acesso em: 01 de junho de 2022.

VASCONCELOS, M. I. O; *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. Revista Brasileira de Promoção de Saúde, v.1, n.1, p. 85-92, dez, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>. Acesso em 31 de maio de 2022.

Atuação multiprofissional na pandemia de Covid-19: descrição da experiência de um grupo de exercícios físicos com pessoas idosas via plataforma digital

*Isabela da Silva Lebrão
Daniela Wosiack da Silva
Anne Cristine Becchi
Ligia Maria Facci*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.33

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, observado até mesmo nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006), tornou-se bastante perceptível nos últimos anos em virtude da redução da taxa de natalidade, de fecundidade e de mortalidade, paralelamente ao aumento da expectativa de vida (TAVARES e SOUZA, 2012).

A partir desse novo perfil populacional, surgiu uma nova demanda de programas e políticas públicas (BRASIL, 2006). Sabendo-se que as alterações fisiológicas estão diretamente relacionadas ao estilo de vida (CIVINSKI *et al.*, 2011), esses programas visam atender às necessidades dos indivíduos, tanto no aspecto da assistência à saúde quanto nas condições para estimular o envelhecimento ativo e saudável, incentivando a prática de atividades físicas, alimentação saudável e prevenção de situações de violência (BRASIL, 2006).

Atualmente a pessoa idosa está ocupando diversas áreas sociais, sejam elas em locais de trabalho, estudo e até mesmo em espaços de convivência. Com a tecnologia adentrando nesses espaços, a pessoa idosa sentiu a necessidade de dominar os recursos da informática para ser incluída numa sociedade globalizada. Nesse sentido, o desenvolvimento de ações e políticas públicas direcionadas para a inclusão digital dessa população oferece a oportunidade de desfrutar da nova tecnologia para uma melhor interação social (SANTOS e ALMÊDA, 2018).

A prescrição de exercícios por meio de plataformas digitais propõe a prestação de serviços de saúde por meio de informações e tecnologias de comunicação em situações nas quais os profissionais da área e o paciente não se encontram no mesmo local, podendo se comunicar em tempo real ou não. Essa estratégia disponibiliza transmissão segura de dados, informações por meio de texto, sons e imagens necessárias para a prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes (OLIVEIRA JR *et al.*, 2015).

É importante salientar a relevância da atuação interprofissional que ocorreu no período de enfrentamento da pandemia do COVID-19 (CAVALCANTE *et al.*, 2021) para a manutenção do cuidado aos indivíduos e na prescrição de exercícios físicos com os objetivos de promoção, prevenção e reabilitação. Para garantir a continuidade dos atendimentos da fisioterapia, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2020) autorizou os atendimentos de forma remota e, da mesma forma, o Conselho Regional de Educação Física (CREF, 2020) também possibilitou a realização da prescrição de exercícios com a utilização de plataformas digitais.

Considerando essas novas perspectivas, o trabalho multiprofissional, utilizando metodologias digitais, tornou-se uma boa estratégia para fisioterapeutas e profissionais de educação física. Apesar de se reconhecer que há maior divulgação de abordagens estritamente técnicas de trabalhos profissionais predominantemente individualizados (PEDUZZI, 2001), a noção da importância de uma equipe multiprofissional deve fazer toda diferença na atenção à saúde da pessoa idosa, assim como dos indivíduos de todas as faixas etárias.

Diante da essencialidade de serem mantidas as ações da Atenção Primária a Saúde (APS) por meio de atendimentos remotos em decorrência das orientações de distanciamento social preconizadas no primeiro ano da pandemia da COVID-19, salientou-se uma nova estratégia na prescrição e acompanhamento da realização de exercícios.

O objetivo geral desse trabalho foi, dentro de um relato de experiência, investigar o perfil

do idoso na utilização de plataformas e recursos digitais no atendimento de usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Londrina promovidos pelos profissionais da educação física e da fisioterapia. Como objetivos específicos, que implicarão em melhor planejamento de futuras práticas, elencou-se verificar a aderência, as barreiras e as suas motivações dessa população na utilização das plataformas digitais para a realização de exercícios físicos realizados especialmente durante o período de distanciamento social preconizado na pandemia do COVID-19.

REVISÃO DE LITERATURA

Visão geral da Saúde no mundo.

Globalmente, mais de um bilhão de pessoas vivem com alguma forma de deficiência e quase 200 milhões têm deficiências funcionais graves. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), as mudanças observadas no funcionamento dos indivíduos são: modificações na estrutura e funções do corpo, que estão no sistema fisiológico e nas estruturas que o compõem; as limitações de atividades, que são dificuldades para realizar determinadas atividades da vida diária e limitações para a participação, problemas esses relacionados a diferentes aspectos da vida em sociedade. A deficiência, nesta visão, refere-se às dificuldades encontradas em algumas ou em todas as três áreas funcionais (BRASIL, 2006).

O aumento do número de pessoas com alguma limitação se deve em parte às mudanças no perfil etário caracterizado pelo envelhecimento da população mundial. As mudanças epidemiológicas são responsáveis por alguns fatores dessa transformação demográfica, ocasionando uma alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, distúrbios musculoesqueléticos, problemas cardiovasculares, câncer, entre outras. Com isso, o envelhecimento pode vir acompanhado de deficiências, limitações na realização de tarefas diárias e restrição na participação social (BARRETO e CARMO, 2007).

Com a mudança do perfil da população mundial, a procura por cuidados de saúde está cada vez mais crescente, exigindo assim serviços qualificados para atender essa demanda, em especial os serviços de reabilitação e de natureza pública. Desse modo, os serviços de saúde enfrentam desafios para poder atender as necessidades que envolvem a atenção básica das pessoas com diferentes doenças patologias e deficiências (MENDES *et al.*, 2012).

Tecnologias de informação e comunicação (TICs) e seu uso no setor de saúde

Nas últimas décadas, houve um enorme crescimento na popularidade da tecnologia da informação e comunicação (TIC) em todo o mundo. A integração das TIC na vida diária é impulsionada por avanços tecnológicos, investimentos econômicos e mudanças socioculturais (PEREIRA e SILVA, 2010). A eficácia na promoção da cobertura universal de saúde é considerável, o que ocorre de várias formas, como por exemplo a telereabilitação (WHO, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu uma estratégia para ampliar, diversificar e melhorar a qualidade dos serviços, a fim de atender integralmente aos pacientes e familiares. Em 2007, o governo brasileiro criou o programa nacional de telessaúde Brasil Redes, por meio do despacho do Ministério da Saúde nº 35 de janeiro de 2007. O objetivo desse marco regulatório

foi aumentar a escolaridade dos profissionais e empregados do Sistema Único de Saúde (SUS) em atendimento permanente à saúde por meio de comunicação e tecnologia da informação. As atividades do programa são coordenadas pela Secretaria de Educação em Saúde e Administração do Trabalho (SGTES) e pela Secretaria de Saúde (SAS), associados a outros ministérios, universidades públicas, escolas, técnicos médicos e instituições da área de saúde e educação (BRASIL, 2007).

Com o atual cenário mundial, resultante de mudanças comportamentais, observam-se pacientes que estão interessados apenas na monitorização de suas condições de saúde, sem necessariamente neles ter sido diagnosticados com alguma enfermidade particular (MALDONADO *et al.*, 2016).

Maldonado *et al.* (2016) apontam alguns aspectos que vem desafiando a efetivação do direito à saúde – universal, integral e equânime – dando a oportunidade para a expansão do teleatendimento no país. Segundo esses autores, o Brasil, por possuir uma grande extensão territorial com diversos locais de vulnerabilidade social e difícil acesso, é considerado um país que oferece oportunidades para as aplicações e o desenvolvimento dos teleatendimentos.

Atuação do profissional de educação física e do fisioterapeuta na promoção e prevenção de saúde frente à pandemia do COVID-19

Em 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, China, um agente de coronavírus foi encontrado como causador da doença infecciosa, agora conhecida como COVID19. Em março de 2020, a OMS declarou um status de pandemia mundial (LANA *et al.* 2020). Devido à rápida evolução da doença, alguns centros hospitalares, ambulatoriais e de atendimentos aos cidadãos já estavam além de sua capacidade e o distanciamento social foi utilizado como estratégia para controlar a situação. Diante disso, o acesso remoto aos serviços é necessário para dar suporte aos sistemas de saúde, incluindo saúde pública, prevenção e prática clínica (VIDAL - ALABALL *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) passou a recomendar semanalmente, para benefícios substanciais à saúde e quando não houver contraindicação, a prática de exercícios físicos regulares de forma remota para adultos e idosos, sendo minimamente de 150 a 300 minutos de aeróbios de intensidade moderada ou pelo menos 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente, de intensidade moderada e vigorosa. Atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou maior que envolvessem os principais grupos musculares, em dois ou mais dias por semana, deveriam ser realizadas para benefícios adicionais.

Diante da pandemia, a orientação de exercícios físicos por meio de atendimento à distância com uso de ferramentas eletrônicas, tornou-se extremamente necessária. Para que houvesse adequação aos novos desafios impostos pela pandemia, especialmente diante da necessidade de isolamento social, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), com a Resolução nº 516/2020, possibilitou as modalidades de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento (COFFITO, 2020). Da mesma forma, o Conselho Regional de Educação Física (CREF), por meio da resolução nº 117, 23 de abril de 2020, também possibilitou ao profissional orientar atividades físicas e desportivas por meio do uso das modalidades: Teleconsulta, Teleaula, Teletreinamento, Teleconsultoria e Análise de Métodos (CREF, 2020).

Com o objetivo de reduzir os efeitos da inatividade no período de distanciamento social da pandemia do COVID-19, a equipe do NASF-AB de Londrina disponibilizou opções digitais para a manutenção da assistência de profissionais, com ênfase na prescrição de exercícios. Vídeos aulas foram disponibilizadas por meio de um canal da Prefeitura, sendo também disponibilizados materiais de educação em saúde com diferentes temas. O alcance, por meio de aplicativo de comunicação ou de postagem em canal de comunicação, foi de mais de 3000 pessoas, havendo predomínio do sexo feminino (BECCHI *et al.*, 2021).

Telereabilitação

A Telereabilitação é realizada por meio do contato entre o profissional de saúde e o paciente quando os dois não estão no mesmo local. Essa forma de conexão pode ocorrer de forma síncrona, em tempo real, por meio de uma chamada telefônica ou de vídeo, ou pelo armazenamento de informações e transmissão de forma assíncrona por meio de mensagens (WHO, 2016).

Dada a existência de lacunas no acesso aos serviços de reabilitação, a possibilidade de ocorrência de novas doenças e agravos que limitam gravemente o desempenho das atividades, leva ao declínio da saúde em todos os aspectos e à redução da qualidade de vida. Certas condições associadas aos serviços online oferecem uma série de vantagens, tais como: aumento da eficiência e redução de custos; expansão da atenção primária; acesso aos serviços de saúde em áreas remotas. Nesse sentido, o avanço da reabilitação remota tem o potencial de democratizar o acesso aos serviços prestados (MALDONADO *et al.*, 2016).

A reabilitação de forma remota pode incluir estratégias como intervenções educacionais, supervisão e prescrição de exercícios. Tem havido um aumento significativo nos serviços de telereabilitação, potencialmente se tornando uma alternativa econômica para a avaliação ambulatorial e hospitalar, tendo como benefício a acessibilidade de pessoas em áreas remotas e de vulnerabilidade. Pode-se observar que as intervenções de telereabilitação têm sido utilizadas com sucesso nas áreas de prevenção e manejo de doenças crônicas, onde os pacientes são avaliados positivamente quanto a benefícios como barreiras reduzidas a mobilidade, atividade física, um cronograma de exercícios flexível e a capacidade de melhor integrar as habilidades na vida cotidiana (TCHERO *et al.*, 2018).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo do tipo série de casos. Para a análise dos dados o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) com parecer de número 5.131.357, CAAE 521111721.0.0000.5231.

Durante o período de distanciamento social pela pandemia da COVID-19, iniciada em março de 2020, foi necessário introduzir estratégias de atendimentos remotos para dar continuidade à atenção à saúde e assistência aos pacientes atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de Londrina/Paraná.

Por meio de mídia social, no mês de setembro de 2020, ou seja, após seis meses de paralisação das atividades presenciais, os usuários que já eram acompanhados nos grupos de exercícios de sua área de abrangência, foram contatados quanto as possibilidades, intenções e

condições para a realização de exercícios via plataformas digitais.

O grupo, inicialmente elaborado pela profissional de educação física do NASF- AB em parceria com o estágio de Fisioterapia em Saúde Coletiva da UEL, atendia aos usuários da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Brasil/ Londrina-Paraná. Com a pandemia da COVID-19 e as recomendações de isolamento social, passou por diferentes adaptações, que culminaram numa nova proposta de intervenção, possibilitando a expansão dos convites a participantes de outras UBSs.

Foram incluídos na análise pessoas idosas, com idade igual ou maior a 60 anos, de ambos os sexos, com boas condições físicas, que portassem um dispositivo digital e conexão de internet que possibilitasse a realização das atividades propostas de forma on-line. Indivíduos que não tinham dispositivo digital e/ou conexão de internet para a realização das atividades propostas ou alguma limitação de saúde que impossibilitasse a realização dos exercícios foram excluídos da análise, porém foram disponibilizados a estes usuários atendimentos individuais nas UBSs, com orientações e fornecimento de material educativo, contendo ilustrações dos exercícios.

Aqueles que manifestaram intenção de participar das atividades e confirmaram participação por meio de termo de consentimento livre e esclarecido, foram avaliados de maneira remota respondendo a questionários via plataforma digital (Google Forms), havendo identificação das condições gerais de saúde dos indivíduos para a participação no grupo.

As avaliações realizadas antes do início do acompanhamento, assim como a cada 12 semanas, contemplaram informações quanto às características gerais, condições clínicas, aderência, barreiras e facilitações para a realização dos exercícios via plataforma digital.

Após a avaliação inicial, foi realizada uma reunião remota de treinamento, sendo orientados aos participantes os cuidados com relação ao local de realização dos exercícios, roupas e calçados adequados, assim como os materiais a serem utilizados, adaptando para a utilização de utensílios domésticos, tais como cabo de vassoura, garrafas pets com pesos, bolsas, almofadas ou faixas, para a realização dos exercícios. Também foi orientado que sempre houvesse um contato próximo com outra pessoa da família ou vizinhança caso houvesse alguma intercorrência.

O grupo de Exercícios Online aconteceu entre os meses de novembro de 2020 e maio de 2021 por meio da plataforma digital Google Meet de forma síncrona. As atividades no grupo ocorreram duas vezes por semana, com duração de aproximadamente 45 minutos, sendo realizadas por acadêmicos de fisioterapia e pela profissional de educação física, estando os participantes em seus domicílios.

Os exercícios propostos priorizaram a prevenção e promoção da saúde de uma forma geral e seguiram as recomendações para a prática do exercício físico durante a pandemia da COVID-19, que incluiu exercícios de aquecimento/mobilidade; exercícios de fortalecimento; aeróbios/dança; e de alongamento/flexibilidade. Os usuários eram monitorados e corrigidos durante a execução dos exercícios com a manutenção das câmeras ligadas, sendo orientados a realizar as atividades sem queixa de dor ou qualquer desconforto e de terem um familiar em seu domicílio no momento da execução dos exercícios.

Ainda, no início de cada encontro, um tema de educação em saúde era realizado com

todos os participantes do grupo, destacando temas como obesidade e hábitos saudáveis, saúde da mulher, sono, saúde e qualidade de vida, dengue, sintomas gripais, asma, higienização das mãos, hanseníase, e entre outros.

RESULTADOS

Antes da pandemia COVID-19, 284 pessoas participavam dos grupos de exercícios vinculados a quatro UBSs de Londrina, informações confirmadas por meio de listas de presenças de controle pessoal da profissional de educação física. Desses, apenas 97 usuários participavam de grupos de aplicativos de mensagens, sendo esta estratégia a via de comunicação adotada em meio ao isolamento social, com convite para os demais membros dos grupos para a sua participação do grupo de “Exercícios Online”.

Quarenta participantes aceitaram participar do grupo de “Exercícios Online” e iniciaram a prática dos exercícios via plataforma digital no mês de novembro de 2020. Em um período de seis meses da realização das atividades houve um grande fluxo de entrada e saída de participantes, totalizando 102 pessoas que participaram em algum momento do grupo.

O perfil dos 102 que fizeram parte do grupo foi de 16,66% do sexo masculino e de 84,31% do sexo feminino, sendo que a grande maioria (77,7%) apresentava diversas doenças crônicas, tais como osteoartrite, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e osteoporose (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos participantes que aderiram ao grupo de Exercícios Online.

Variável	Características	N (%)
Idade	60 a 69 anos	62 (60,78%)
	≥ 70 anos	40 (39,21%)
Gênero	Feminino	85 (83,33%)
	Masculino	17 (16,66%)
Comorbidades	Diabetes	25 (24,50%)
	Hipertensão Arterial Sistêmica	68 (66,66%)
	Osteoartrite	36 (35,29%)
	Osteoporose	62 (60,78%)

Em relação à percepção dos participantes sobre as barreiras e facilitações da prática de exercícios utilizando plataformas digitais, foi considerado “facilitador” se o resultado da afirmação da questão do formulário online conduziu a uma opinião favorável para a nova estratégia e “barreira” se a afirmativa foi desfavorável.

As principais barreiras relatadas pelos participantes foram conexão de internet ruim, medo de se machucar, dificuldade em realizar exercícios sozinho em casa, falta de espaço adequado e falta de incentivo. Em relação à percepção dos participantes quanto as facilitações, encontram-se: possibilidade de continuidade nos exercícios, flexibilidade de horário, melhora do bem-estar e condicionamento físico, diminuição da ansiedade, além de prevenção de doenças (Quadro 1).

Quadro 1 - Percepção dos participantes do grupo de exercícios online quanto às barreiras e facilidades da realização de exercícios via plataformas digitais.

BARREIRAS/PONTOS NEGATIVOS	%	FACILITAÇÕES/PONTOS POSITIVOS	%
Conexão com a internet ruim	2,94%	Possibilidade de continuidade nos exercícios	17,64%
Medo de se machucar	2,94%	Melhora do bem-estar	8,82%
Dificuldade em realizar o exercício sozinho em casa	11,76%	Melhora do condicionamento físico	11,76%
Falta de espaço adequado em casa	2,94%	Diminuição da ansiedade	11,76%
Falta de incentivo	11,76%	Prevenir possíveis doenças	29,41%
Falta de força de vontade/preguiça	14,70%	Flexibilidade de horário	5,88%
Não apresentaram barreiras	52,96%	Não relataram facilidades	14,73%

DISCUSSÃO

Costa *et al.* (2020) verificaram a redução do nível de atividade física após a adoção de medidas de isolamento social. Esses mesmos autores destacaram a relevância de serem investigadas as estratégias utilizadas para as pessoas se manterem ativas, como a utilização de aplicativos, vídeos, acompanhamentos individualizados ou mesmo canais de internet.

Assim como relatado em estudos prévios, com o envolvimento da equipe multiprofissional (CAVALCANTE *et al.*, 2021), a situação pandêmica salientou a necessidade de integração e comunicação entre as categorias profissionais do fisioterapeuta e do profissional de educação física para organizar o cuidado dos usuários da UBS, especialmente na manutenção de hábitos saudáveis. Ainda, o desenvolvimento da nova prática de prescrição de exercícios via plataformas digitais potencializou os processos de trabalho, assim como a colaboração interprofissional.

Este estudo teve como objetivo investigar as características dos participantes que utilizaram de plataformas e recursos digitais no atendimento aos usuários das UBS, promovidos por uma equipe de profissionais da educação física e da fisioterapia, assim como suas facilidades e barreiras.

Conforme foi observado, antes da pandemia da COVID-19, 284 participantes faziam parte dos grupos de exercícios das UBS de Londrina-PR. Com a chegada da pandemia, somente 97 participantes foram convidados, via digital, a participar do teleatendimento, quantidade inerente ao total de indivíduos que participavam previamente ao isolamento social, porém somente 40 iniciaram as atividades de forma remota.

Devido à necessidade do distanciamento social, a maior parte das atividades relacionadas à educação, como aulas e outras atividades, tiveram que se adaptar ao formato virtual. Foi observado que o uso de dispositivos móveis foi aplicado a diversas formas de ensino, tornando evidente sua viabilidade pelo rápido acesso e compartilhamento de informações (SANDARS *et al.* 2020). No entanto, foi observado no presente estudo que 64,78% dos usuários acompanhados nas UBS's não tinham acesso à internet e não faziam uso de nenhum tipo de aparelho tecnológico, e sendo assim, foram excluídos dos atendimentos de forma remota por falta de comunicação.

A grande maioria (77,7%) dos participantes do grupo de exercícios online apresentava doenças crônicas, como osteoartrite, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e osteoporose. De

acordo com a Organização Mundial de Saúde, essas condições crônicas tendem a se manifestar na idade mais avançada, podendo gerar um processo de incapacidade, afetando o desempenho de suas atividades físicas cotidianas, comprometendo assim a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006).

Os resultados desse estudo demonstraram algumas barreiras e facilitações para a aderência a estratégia digital para a realização de exercícios físicos. O grupo Exercícios Online possibilitou o acesso ao cuidado através de lugares distantes, permitindo a continuidade ao atendimento fisioterapêutico e do profissional de educação física, mantendo o isolamento social necessário para o momento.

Cadore *et al.* (2019) destacam que o exercício físico, mesmo orientado remotamente, tem uma influência positiva e previne a fragilidade e a sarcopenia. Essas informações podem ser justificadas por alguns dos resultados do presente estudo, em que os principais facilitadores mencionados pelos participantes estavam ligados ao bem-estar, diminuição da ansiedade e a continuidade dos exercícios físicos em meio à pandemia da COVID-19.

As barreiras encontradas no presente estudo se relacionaram a falta de acesso à internet, falta de força de vontade e até mesmo o medo em realizar exercícios sozinhos em casa. Considerando que o presente estudo investigou a população a partir de 60 anos de idade, Velho e Herédia (2020) destacam as dificuldades como resistência dos idosos para utilização da tecnologia; inovação nas estratégias de intervenção; suporte técnico; perda de potencialidade nos atendimentos; além da dificuldade de adaptação e aceitação à nova modalidade de atendimento.

Além da influência do período da pandemia, em que havia redução ou aumento do número de casos do COVID-19, estimulando ou desestimulando a saída dos participantes de seus domicílios e a realização de exercícios em ambientes externos, o grupo foi inicialmente elaborado para atender aos participantes de uma UBS e posteriormente foi expandido a outras três (3) durante a sua realização, aumentando, assim, o número de convidados e respectivamente de participantes. Pode-se observar que devido ao grande fluxo de entrada e saída de participantes, houve 102 novos integrantes que fizeram parte do grupo Exercícios Online em algum período do acompanhamento.

Schwartz (2020) aponta o ano de 2020 como o período no qual estavam em vigor o isolamento social, onde a curva da pandemia alcançava seu maior número de mortes, com 30 mil novos casos, justificando o maior interesse dos participantes nos primeiros 3 meses do início do grupo Exercícios Online. Ainda segundo esses autores, conforme o tempo foi passando, foi existindo um movimento natural de relaxamento da população em relação ao distanciamento social, explicando assim a falta de interesse da população durante os meses de março, abril e maio de 2021, últimos três meses de atendimento para o retorno presencial.

Ramírez-Ortiz *et al.* (2020) relatam que o impacto da falta de socialização na saúde dos indivíduos durante o isolamento social pode contribuir para manifestações de ansiedade e depressão. Esse impacto psicológico causado pelos limites impostos de medidas preventivas pode causar, também, alterações nos planos futuros, separação do ambiente social ou familiar do indivíduo.

Raiol *et al.* (2020), por sua vez, afirmaram que durante a pandemia a prática regular de exercícios físicos foi uma alternativa de minimizar os efeitos colaterais do distanciamento social

na saúde humana. Mattos *et al.* (2020) também relatam que as aulas em grupo favorecem a socialização e conseqüentemente diminuíram pensamentos negativos associados ao isolamento social. Concordando com estudos anteriores, o grupo Exercícios Online foi um estímulo para que a ansiedade gerada pelo isolamento social fosse reduzida com prática de atividade física, já que favoreceu o contato, mesmo que de forma remota, com outras pessoas.

Ainda há muito a ser desenvolvido no aspecto saúde e tecnologia, porém o grupo “Exercícios Online” oportunizou a aproximação dessas pessoas à tecnologia em saúde de forma positiva, sendo uma alternativa promissora e eficaz para o aumento e manutenção das atividades físicas, o que possivelmente favoreça respostas imunológicas ao SARS-Cov-2, sendo adotada como política pública de saúde.

O presente estudo, no entanto, apresentou algumas limitações, como a falta de uma internet de qualidade, comunicação limitada com o paciente e dificuldade de realizar avaliações completas. A situação imprevisível imposta pela pandemia também impossibilitou que houvesse um treinamento prévio que facilitasse a aderência dessa da população em relação ao uso de recursos digitais. Sugere-se, portanto, que as avaliações sejam realizadas de forma presencial, sendo importante a manutenção de exercícios intercalados a atendimentos presenciais, possibilitando o treino e adequação dos exercícios propostos, afim de proporcionar um atendimento remoto mais efetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se neste estudo um perfil predominante de mulheres. A maioria dos participantes do grupo de exercícios via plataforma digital não relatou barreiras e o principal objetivo dos usuários foi a prevenção de doenças. Pode-se verificar que a estratégia de prescrição de exercícios pelos profissionais da Atenção Básica via plataformas digitais possibilitou aumentar o acesso da população à oferta de cuidados em saúde e se caracterizou como uma alternativa segura da prática de exercícios, podendo ser estimulada inclusive além do período de isolamento social pela pandemia do COVID-19.

REFERÊNCIAS

- Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: Os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(SUPPL.):1779–90.
- Becchi AC, *et al.* Incentivo a prática da atividade física: estratégias do NASF em meio à Pandemia de Covid-19. *APS EM REVISTA*, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 176–181, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de. Vol. 2. 2006. 187 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. 2007 [internet]. [acesso em 28 agosto de 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/srges/degas/legislacao/2018-e-antes/2007/portaria35-04012007.pdf/view>
- Cadore EL, Sáez de Asteasu ML, Izquierdo M. Multicomponentexerciseandthehallmarksoffrailty:

Considerations on cognitive impairment and acute hospitalization. *Experimental Gerontology* [Internet]. 2019;122(March):10–4.

Cavalcante VOM, *et al.* Residências multiprofissionais em saúde no enfrentamento da COVID-19: relato de intervenções interprofissionais. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, 2021.

Civinski C, Montibeller A, Luiz De Oliveira Braz A. a Importância Do Exercício Físico No Envelhecimento. *Revista da Unifebe*. 2011; 9:163–75.

COFFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução N° 516/2020. Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria. 2020 [internet]. [Acesso em 11 nov 2021] Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>.

CREF. Resolução nº 117, de 23 de abril de 2020. Dispõe Sobre O Teleatendimento Realizado Pelo Profissional de Educação Física no Território de Competência do Conselho Regional de Educação Física da 9ª Região Estado do Paraná – Cref9/Pr. [internet]. [Acesso em 12 fev 2022]. Disponível em: <http://crefpr.org.br/uploads/5f34067504823.pdf>.

Costa CLA, Costa TM, Barbosa Filho VC, Bandeira PFR, Siqueira RCL. Influência do distanciamento social no nível de atividade física durante a pandemia do COVID-19. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* [Internet]. 23º de setembro de 2020 [citado 25º de agosto de 2022];25:1-6. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14353>

Lana RM, *et al.* The novel coronavirus (SARS-CoV-2) emergency and the role of timely and effective national health surveillance. *Caderno Saúde Publica*. 2020; 36(3).

Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina : desafios à sua difusão no Brasil Telemedicine : challenges to dissemination in Brazil Telemedicina : retos para su difusión en Brasil. *Caderno Saúde Publica* [Internet]. 2016;32:1–12. Available from: https://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00155615.pdf

Mattos SM, *et al.* Recomendações de atividade física e exercício físico durante a pandemia COVID-19: revisão de escopo sobre publicações no Brasil. *Revista Brasileira Atividade Física Saúde*. 2020;25:1–12.

Mendes A da CG, *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: Exigências atuais e futuras. *Caderno Saúde Publica*. 2012;28(5):955–64.

Oliveira Junior MT de, *et al.* [Telemedicine guideline in Patient Care with Acute Coronary Syndrome and Other heart Diseases]. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Internet]. 2015;104(5 Suppl 1):1–26.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):103–9.

Raiol R de A, Sampaio AML, Fernandes IDB. Alternativas para a prática de exercícios físicos durante a pandemia da COVID-19 e distanciamento social. *Brazilian Journal of Health Review* 2020;3(4):10232–42.

Ramírez-Ortiz *et al.* Consecuencias De La Pandemia Covid 19 En La Salud Mental Asociadas Al Aislamiento Social. *Revista Scielo Preprints*. 2020;21.

Sandars J, Murray C, Pellow A. Twelve tips for using digital storytelling to promote reflective learning by medical students. *Medical Teacher*. 2020;30(8):774–7.

Santos RF Dos, Almêda KA. O Envelhecimento Humano e a Inclusão Digital: análise do uso das ferramentas tecnológicas pelos idosos. *PesquiBras em Ciência da Informação e Bibliotecon.* 2018;13(1):59–68.

Schwartz FP. Distanciamento social e o achatamento das curvas de mortalidade por COVID-19: uma comparação entre o Brasil e epicentros da pandemia. *Revista Thema.* 2020;18:54–69.

Tavares MMK, Souza STC. Os idosos e as barreiras de acesso às novas tecnologias da informação e comunicação. *Renote.* 2012;10(1):1–7.

Tchero H, Teguo MT, Lannuzel A, Rusch E. Telerehabilitation for strokesurvivors: Systematic review and meta-analysis. *Journalof Medical Internet Res.* 2018;20(10):1–10.

Velho FD, Herédia VBM. Quarantinedseniorcitizensandtheimpactoftechnologyontheirlife. *Revista Rosa dos Ventos - Turismo e Hospitalidade.* 2020;12(Especial):1–14.

Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, PastorHernández N, SanchezLuque U, Morrison D, NarejosPérez S, *et al.* Telemedicine in the face ofthe COVID-19 pandemic. *Atenção Primária [Internet].* 2020;52(6):418–22. Availablefrom: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>

WHO - World Health Organization. Global diffusionofeHealth: Making universal healthcoverageachievable. [Internet]. Reportofthethird global surveyoneHealth. 2016. 160 p. Availablefrom: http://who.int/goe/publications/global_diffusion/en/

WHO.- World Health Organization. GuidelineonPhysicalActivityandSedentaryBehaviour: at a glance Geneva, 2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1318299/retrieve>. Acesso em 10 de outubro de 2020.

Capítulo 34

Combatendo o medo às primeiras consultas pediátricas: uma abordagem multidisciplinar

*Aryane Costa Câmara de Souza
Pedro de Albuquerque Mafaldo
Gustavo Queiroz de Barros
Ananda Fernandes Cavalcante
Natália Queiroz de Barros
Leonardo Lucas Pires
Lucas Veras Rodrigues
Luiz Eduardo Lucas Pires
Andreza Pianco Holanda
Richaelya Barros Soares*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.112.34

RESUMO

A reação de medo e insegurança da população pediátrica diante do atendimento médico tem sido subvalorizada e pouco considerada, mas se manifesta como um obstáculo ao acompanhamento desses pacientes na unidade de saúde. Frente a isso, foi visto a necessidade de uma abordagem multidisciplinar a fim de amenizar a objeção das crianças frente à assistência médica.

Palavras-chave: consulta pediátrica. equipe. medo.

OBJETIVO DO ESTUDO

Capacitar a equipe no atendimento à consulta pediátrica, a fim de amenizar o medo e insegurança das crianças diante do médico.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diante da vivência na unidade básica de saúde, como estudantes de medicina, notou-se uma grande dificuldade de examinar a população pediátrica daquele território pela objeção que eles possuíam acerca do atendimento médico, muitas vezes tornando o exame físico um grande desafio, comprometendo o diagnóstico e acompanhamento desses pacientes. Perante o exposto, como forma de aprimorar o cuidado à população pediátrica, foi desenvolvido um projeto de capacitação da equipe no atendimento desses pacientes, associado a visitas escolares que tiveram como principais focos reduzir a reação de temor dos pacientes diante da equipe de saúde.

A capacitação foi realizada com enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde, totalizando 10 profissionais. Ela se baseou na realização de aulas teóricas e práticas. A parte teórica foi constituída por apresentação de ferramentas que auxiliavam o profissional de saúde a conseguir a atenção e confiança da criança. Dentre elas, temos o uso de brinquedos adequados para cada faixa etária, os quais permitem o profissional de saúde se inserir no cenário dos pacientes e a partir disso tentar solidificar a relação, através da participação ativa do profissional naquele momento lúdico da criança. Somado a isso, destaca-se as técnicas de interação, as quais variam de acordo com a idade. Na faixa etária daquelas que ainda não falam, um importante método é a imitação, seja de sons emitidos pela criança, seja por movimentos feitos pela mesma, a fim de criar uma conexão, uma identificação. Já naqueles que falam, uma técnica relevante é a de entrar na referência da criança, dar importância àquilo que ela fala, fortalecendo a segurança da criança frente àquele cenário atípico. Quanto à parte prática da capacitação serviu para consolidar os conceitos adquiridos na teoria através da repetição de atendimentos sob a supervisão dos orientadores. Assim, obteve-se como resultado, profissionais mais preparados e mais seguros para o atendimento infantil, com uma relação mais fácil com o público infantil, capaz de cativar a atenção e confiança do paciente pediátrico. Obteve-se como resultado, profissionais mais preparados e mais seguros para o atendimento dessa população.

Em paralelo, a intervenção ocorreu em uma Escola Municipal, próxima à Unidade de Saúde do local, com 50 crianças, 9 estudantes de medicina, sob supervisão de 01 médico. As crianças inicialmente passaram pelo questionário: “Tem medo de ir ao médico?” “Reclama para tomar remédio?” “Tem medo da vacina?”. Os discentes dividiram-se em salas, simulando “estações”, onde haviam estetoscópios de brinquedo, materiais para curativos, máscaras e luvas.

Sala de triagem, no qual seriam colhidas as informações iniciais do brinquedo levado pela criança, como aferição de peso e altura. Consultório médico, onde ocorreram anamnese e exame físico interativo com as crianças. Sala de vacina, onde foi abordada a importância da vacina e desmistificado o temor diante dela. Foi reaplicado o mesmo questionário individualmente, no final da ação.

A conformação do brinquedo como paciente e a criança como acompanhante, desperta a maturidade de entender a importância de colaborar em consultas, exames, vacinas e medicações. Inicialmente 44 das 50 crianças afirmaram ter medo de ir ao médico; 40 das 50 reclamavam para tomar remédio e 40 das 50 tinham medo de vacina. Após a ação, apenas 5 das 50 crianças afirmaram ter medo de ir ao médico, 5 das 50 ainda reclamam para tomar remédio e nenhuma das 50 teriam medo de vacina, assumindo a importância dessa medicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como desfecho da ação multidisciplinar, da capacitação realizada com a equipe da Unidade de Saúde, além da técnica estudada de boa comunicação com os pacientes pediátricos, pôde-se ver na prática a aproximação da figura dos profissionais de saúde com o público infantil do território. Além disso, é desmistificada a sensação dolorosa em relação ao atendimento médico. Isso reforça o quão relevante é a abordagem multidisciplinar para prestar uma assistência adequada e completa à saúde infantil, a qual preze pelo acolhimento e fortalecimento da relação médico-paciente, com conseqüente benefício mútuo no contexto de promover saúde.

Organizador

Fabio José Antonio da Silva

Licenciatura Plena em Educação Física – UEL/PR.
Mestrado em Educação – UFC/CE. Doutorado em
Educação Física – UEL/PR. Servidor Público Municipal.
Autarquia Municipal de Saúde. Apucarana/PR.
Profissional de Educação Física no SUS.

Índice Remissivo

A

- acidente vascular cerebral* 242, 246, 247, 303, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 313
- acolhimento* 28, 29, 30, 31, 34, 38, 39, 40, 57, 61, 68, 80, 81, 98, 99, 101, 105, 111, 112, 117, 118, 121, 148, 278, 282, 296, 333, 344, 345, 361
- ansiedade* 22, 48, 65, 68, 71, 72, 73, 74, 91, 92, 147, 153, 161, 162, 166, 168, 244, 248, 250, 251, 253, 256, 258, 265, 353, 354, 355, 356
- aquática* 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 322, 323, 324, 325, 327, 328
- assistência* 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 44, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 72, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 85, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 105, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 118, 122, 127, 128, 129, 130, 132, 138, 139, 140, 143, 144, 147, 148, 149, 152, 163, 166, 169, 180, 192, 238, 246, 270, 278, 281, 282, 283, 292, 293, 294, 299, 301, 315, 318, 332, 333, 340, 343, 345, 346, 348, 351, 360, 361
- autoexame* 43, 47, 50

C

- câncer* 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 113, 152, 171, 172, 173, 176, 179, 180, 183, 201, 206, 253, 266, 281, 292, 337, 340, 349
- capacidade funcional* 158, 159, 208, 210, 227, 228, 305, 306, 308, 310, 314, 315, 316, 318, 319, 321, 327, 332, 336
- científicos* 28, 59, 67, 99, 125, 126, 132, 138, 145, 174, 188, 219, 253, 272
- cirúrgico* 60, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 92, 94, 95, 135, 136, 139, 172, 173, 182, 272
- cognitiva* 157, 243, 249, 250, 251, 252, 256, 259, 260, 261, 262, 267, 318
- colo de útero* 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 97, 98, 101, 103, 106, 107, 113
- competências* 20, 28, 29, 133, 140, 146
- comportamental* 165, 166, 167, 168, 249, 250, 251, 252, 254, 256, 263, 264, 265, 266, 267
- consulta* 50, 51, 52, 63, 67, 79, 80, 99, 102, 105, 201, 343, 345, 360
- convívio* 19, 20, 22, 24, 25, 60, 61, 100, 106, 127, 298
- coronavírus* 160, 161, 164, 350
- criança* 41, 79, 110, 111, 113, 209, 213, 238, 247, 258,

295, 340, 360, 361

D

deficiência 89, 92, 140, 152, 154, 200, 201, 203, 204, 206, 243, 324, 349

depressão 48, 60, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 91, 92, 111, 153, 157, 162, 166, 168, 244, 248, 250, 251, 256, 258, 260, 263, 355

diagnóstico 26, 30, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 65, 66, 68, 69, 70, 74, 77, 97, 98, 101, 103, 106, 110, 112, 119, 121, 130, 131, 172, 202, 203, 206, 212, 227, 228, 243, 266, 291, 304, 307, 317, 323, 324, 326, 327, 333, 340, 343, 344, 345, 348, 360

distrofia 207, 208, 213, 214, 215, 216

distúrbio psicológico 65, 71

doença de Parkinson 240, 243, 244, 245, 246, 248, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 329

doenças 21, 22, 33, 44, 52, 65, 76, 77, 92, 104, 105, 110, 111, 112, 113, 114, 121, 122, 127, 130, 152, 157, 163, 185, 193, 194, 205, 206, 237, 246, 247, 291, 292, 298, 303, 305, 325, 328, 332, 333, 334, 340, 345, 349, 351, 353, 354, 356

E

eletroterapia 218, 221, 222, 226, 231, 232, 233

emergência 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 58, 95, 168, 191, 278

emocional 22, 23, 26, 43, 52, 59, 60, 68, 84, 85, 90, 93, 147, 156, 243, 250, 252, 254, 255, 258, 279, 305

enfermagem 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 111, 118, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 140, 144, 148, 149, 163, 164, 183, 184, 185, 186, 246, 247, 281, 284, 287, 294, 299, 339, 340, 341, 342, 343, 345, 360

enfermeira 46, 52, 76, 80, 81, 140

envelhecimento 49, 127, 152, 153, 156, 204, 288, 348, 349

epicondilite lateral 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223

estratégias 20, 45, 50, 51, 52, 59, 77, 98, 101, 103, 105, 128, 132, 163, 168, 218, 219, 221, 254, 255, 256, 257, 260, 262, 273, 275, 276, 278, 282, 295, 297, 340, 346, 351, 354, 355, 356

estresse 22, 48, 61, 67, 68, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 157, 161, 162, 166, 168, 200, 253, 265, 317

exame 33, 35, 36, 46, 51, 65, 66, 80, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 112, 172, 222, 233, 334, 360, 361
exercícios físicos 176, 177, 206, 307, 318, 347, 348, 349, 350, 355, 357

F

família 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 39, 48, 57, 59, 60, 61, 62, 67, 76, 79, 81, 91, 107, 111, 112, 118, 123, 143, 144, 146, 147, 149, 168, 275, 321, 343, 352
fatores de risco 44, 46, 51, 65, 68, 71, 88, 126, 132, 172, 243, 291, 305, 311
fisiológicas 143, 146, 148, 196, 348
fisioterapia 47, 90, 138, 173, 180, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 218, 219, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 232, 233, 236, 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 303, 304, 305, 307, 308, 309, 310, 314, 315, 316, 320, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 348, 349, 352, 354
funcional 137, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 173, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 227, 228, 230, 232, 237, 240, 241, 242, 243, 245, 246, 256, 262, 305, 306, 308, 310, 314, 315, 316, 318, 319, 320, 321, 325, 326, 327, 332, 336

G

gerencia 29, 136
gestação 44, 59, 60, 76, 77, 81, 113, 143, 144, 146, 147, 148, 205, 340, 343, 344, 346
gestantes 76, 77, 80, 81, 143, 145, 146, 147, 202, 294, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346
gravidez 79, 80, 143, 146, 147, 148, 149, 206, 342

H

hospitalar 28, 30, 33, 36, 38, 39, 40, 41, 60, 61, 71, 91, 92, 127, 132, 133, 140, 188, 190, 192, 319, 320, 328, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 351
humanização 20, 21, 22, 29, 30, 38, 40, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 67, 80, 82, 110, 111, 114, 123, 143, 148

I

idosos 46, 52, 111, 127, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 167, 182, 183, 184, 185, 204, 205, 240, 241, 242, 243, 247, 248, 305, 309, 321, 327, 328, 336, 350, 355, 358
insuficiência 187, 188, 190, 192, 193, 194, 195, 196,

204, 205

isolamento 163, 166, 169, 258, 350, 352, 353, 354, 355, 356

L

lesão por pressão 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134

lesões 44, 49, 66, 98, 105, 107, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 172, 173, 193, 218, 222, 225, 226, 227, 228, 230, 232, 233, 234, 243, 244, 328, 332

liderança 28, 36, 37, 59, 136

literatura 25, 26, 39, 45, 47, 48, 53, 56, 57, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 97, 99, 100, 101, 102, 106, 107, 128, 132, 133, 138, 145, 148, 155, 164, 166, 167, 168, 170, 183, 184, 188, 189, 196, 202, 203, 208, 209, 212, 213, 215, 217, 218, 219, 220, 222, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 237, 238, 239, 240, 245, 246, 250, 252, 263, 267, 270, 271, 272, 279, 281, 290, 291, 304, 305, 306, 309, 311, 316, 317, 319, 324, 325, 332, 333, 334, 336, 337, 338, 340, 345

M

mama 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 105, 113, 171, 172, 173, 176, 179, 180, 253, 295

mastectomia 171, 172, 173, 175, 176, 177

maternidade 63, 143, 144, 148, 296

médico 32, 36, 54, 58, 69, 76, 104, 111, 118, 120, 126, 158, 191, 193, 196, 246, 253, 274, 293, 294, 295, 298, 323, 360, 361

mindfulness 249, 250, 253, 257, 262, 263, 265, 266, 267

mobilidade 126, 130, 131, 156, 157, 158, 204, 207, 208, 212, 213, 230, 237, 243, 245, 315, 316, 318, 325, 326, 332, 335, 336, 351, 352

mulher 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 77, 79, 80, 81, 98, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 110, 111, 113, 114, 115, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 172, 272, 274, 281, 285, 295, 301, 353

N

nasal 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198

neurológicas 130, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 245, 246, 247

O

ombro 178, 226, 227, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 310

oncológico 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 44, 50, 173

P

paciente 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 44, 45, 47, 61, 67, 68, 69, 70, 73, 85, 92, 98, 100, 101, 103, 104, 105, 112, 122, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 148, 171, 172, 173, 180, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 203, 209, 212, 213, 214, 218, 219, 221, 222, 223, 230, 231, 232, 240, 247, 248, 250, 256, 257, 260, 261, 262, 281, 282, 305, 315, 317, 318, 319, 320, 324, 325, 326, 332, 333, 334, 335, 337, 338, 348, 351, 356, 360, 361

papanicolau 97, 107

parto 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 76, 77, 79, 82, 113, 143, 144, 145, 147, 148, 295

pediátrica 216, 338, 360

pesquisa 20, 21, 26, 28, 43, 44, 45, 53, 56, 57, 62, 67, 70, 74, 77, 86, 87, 99, 100, 102, 103, 105, 106, 117, 126, 128, 129, 132, 134, 136, 139, 140, 141, 143, 145, 151, 157, 161, 162, 167, 171, 180, 184, 188, 189, 193, 201, 203, 204, 208, 209, 210, 219, 221, 226, 228, 237, 238, 244, 261, 263, 272, 287, 297, 298, 304, 306, 316, 324, 325, 327, 340, 341, 345

política 22, 67, 80, 93, 110, 140, 269, 270, 271, 275, 277, 281, 282, 290, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 342, 343, 356

política pública 67, 270, 356

políticas públicas 62, 65, 79, 82, 94, 99, 101, 105, 108, 111, 161, 169, 270, 271, 272, 273, 274, 278, 279, 283, 284, 287, 290, 291, 292, 297, 298, 301, 343, 348

pré-natal 58, 59, 62, 63, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 113, 114, 147, 148, 295, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346

presidiários 290

prevenção 23, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 65, 66, 69, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 90, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 113, 122, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 166, 167, 168, 169, 173, 185, 191, 202, 211, 251, 260, 278, 293, 294, 295, 296, 298, 334, 337, 340, 342, 343, 345, 346, 348, 350, 351, 352, 353, 356

prisões 290, 292, 298, 301

profissional 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 58, 59, 60, 61, 64, 67, 68, 72, 73, 76, 79, 80, 86, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 122, 126, 132, 138, 139, 140, 148, 163, 185, 213, 219, 220,

222, 232, 237, 238, 252, 277, 282, 283, 317, 328,
333, 343, 344, 345, 350, 351, 352, 353, 354, 355,
360
protocolo 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 41, 80, 125,
131, 134, 178, 193, 211, 212, 213, 220, 221, 222,
229, 230, 231, 232, 234, 240, 241, 242, 243, 307,
308, 309, 310, 318, 323, 325, 327
puérperas 59, 62, 63, 143, 145, 146, 147, 148, 149
puerpério. 76, 77, 144, 148, 149

R

raios ultravioletas 200
reabilitação 23, 47, 53, 78, 79, 129, 173, 208, 209, 213,
214, 219, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 234, 235,
237, 238, 240, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 283,
298, 303, 304, 305, 306, 309, 311, 312, 313, 315,
316, 323, 324, 328, 331, 332, 333, 334, 336, 338,
348, 349, 351
realidade virtual 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245,
246, 247, 248, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310,
311, 313, 324, 335, 337
respiratória 32, 183, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 195,
196, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 320, 331,
332, 333, 334, 336, 337, 338
revisão 26, 39, 40, 45, 47, 48, 53, 54, 56, 75, 76, 77, 82,
84, 85, 86, 88, 94, 97, 99, 101, 102, 106, 107, 110,
111, 122, 123, 126, 128, 129, 132, 133, 145, 148,
159, 161, 162, 164, 168, 169, 174, 179, 183, 184,
201, 203, 206, 208, 209, 210, 212, 213, 214, 215,
217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 228,
229, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 238, 239, 240,
242, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 252, 253, 262,
263, 265, 270, 271, 272, 279, 281, 284, 285, 287,
288, 299, 300, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311,
313, 315, 316, 319, 320, 321, 332, 333, 336, 337,
338, 340, 341, 345, 357

S

saúde 20, 21, 22, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35,
36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51,
52, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68,
69, 70, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84,
85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99,
101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111,
112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122,
123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 134, 136,
138, 139, 141, 143, 144, 146, 147, 151, 152, 153,
155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165,
166, 167, 168, 169, 176, 184, 185, 186, 201, 203,

205, 206, 216, 233, 237, 251, 252, 254, 255, 269,
270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279,
280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289,
290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299,
300, 301, 312, 320, 321, 333, 340, 341, 343, 344,
345, 346, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 355, 356,
357, 360, 361

saúde mental 40, 72, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 93,
94, 95, 111, 153, 157, 161, 162, 163, 164, 165, 166,
167, 168, 169, 296

sífilis 112, 301, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346

síndrome 193, 196, 222, 226, 230, 231, 232, 233, 235,
244, 247, 317, 318, 334, 338

sociedade 20, 22, 49, 57, 62, 78, 84, 87, 106, 111, 167,
168, 201, 237, 253, 270, 271, 272, 273, 274, 275,
276, 278, 282, 292, 297, 298, 348, 349

solidão 162, 166, 168

suicídio 49, 69, 70, 153, 166, 167, 168, 169

T

técnicas 24, 25, 35, 38, 46, 67, 125, 138, 139, 183, 215,
218, 222, 231, 232, 233, 240, 244, 251, 253, 254,
260, 261, 263, 312, 329, 332, 333, 334, 336, 348,
360

terapia 20, 25, 44, 133, 134, 170, 171, 172, 173, 175,
176, 177, 178, 179, 188, 190, 191, 193, 194, 196,
197, 217, 218, 219, 220, 222, 230, 231, 232, 249,
250, 251, 254, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 263,
265, 266, 267, 305, 308, 309, 314, 315, 316, 317,
318, 319, 320, 321, 333, 335, 336, 337, 338

tratamento 20, 21, 23, 24, 25, 30, 31, 32, 36, 43, 44, 47,
49, 50, 51, 53, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76,
77, 78, 90, 97, 100, 105, 112, 113, 125, 127, 128,
129, 130, 131, 132, 133, 134, 171, 172, 173, 175,
176, 177, 178, 179, 188, 189, 190, 191, 192, 193,
195, 196, 197, 202, 204, 205, 206, 208, 209, 212,
213, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 227, 229,
230, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 238, 240, 242,
243, 244, 245, 246, 247, 251, 253, 254, 259, 261,
262, 263, 265, 267, 273, 275, 279, 293, 294, 296,
298, 304, 308, 309, 310, 311, 321, 324, 325, 326,
327, 333, 334, 335, 337, 338, 340, 341, 343, 344,
345, 346, 348

treinamento funcional 150, 151, 153, 154, 155, 157, 158,
159

U

urgência 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38,

39, 40, 41, 65, 71, 95

útero 44, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 81,
97, 98, 99, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 113

V

vacinação 78, 80, 182, 183, 184, 185, 186, 294

vitamina 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206

vitamina D 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206

vulnerabilidade 23, 30, 58, 70, 93, 106, 113, 146, 149,
166, 169, 286, 350, 351



AYA EDITORA
2022