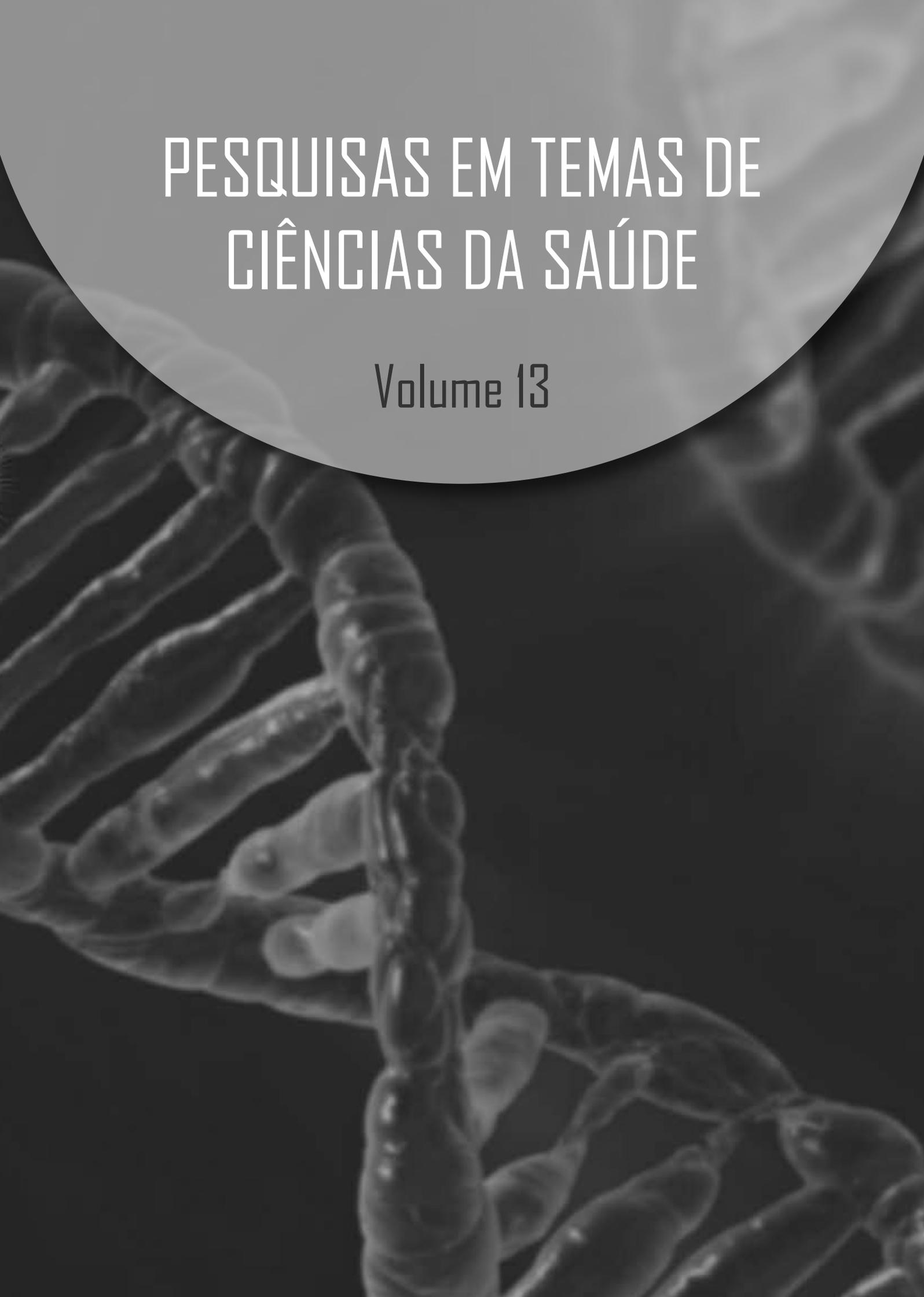


PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Volume 13

Ednilson Sergio Ramalho de Souza
(Editor)



PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Volume 13

Ednilson Sergio Ramalho de Souza
(Editor)

Volume 13

PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Edição 1

Belém-PA



2021

© 2021 Edição brasileira
by RFB Editora
© 2021 Texto
by Autor(es)
Todos os direitos reservados

RFB Editora
Home Page: www.rfbeditora.com
Email: adm@rfbeditora.com
WhatsApp: 91 98885-7730
CNPJ: 39.242.488/0001-07
R. dos Mundurucus, 3100, 66040-033, Belém-PA

Diagramação

Danilo Wothon Pereira da Silva

Design da capa

Priscila Rosy Borges de Souza

Imagens da capa

www.canva.com

Revisão de texto

Os autores

Bibliotecária

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

Gerente editorial

Nazareno Da Luz

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558891994>

**Catálogo na publicação
Elaborada por RFB Editora**

P474

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

(Pesquisas em temas de ciências da saúde, V.13)

Livro em PDF

3.600 KB., il.

ISBN: 978-65-5889-199-4

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994

1. Ciências da Saúde. I. Souza, Ednilson Sergio Ramalho de (Editor). II. Título.

CDD 370

Índice para catálogo sistemático

I. Ciências da Saúde.



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

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

Conselho Editorial

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

Prof.^a Dr.^a. Roberta Modesto Braga-UFPA

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof.^a Dr.^a. Ana Angelica Mathias Macedo-IFMA

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva-IFPA

Prof.^a Dr.^a. Elizabeth Gomes Souza-UFPA

Prof.^a Dr.^a. Neuma Teixeira dos Santos-UFRA

Prof.^a Ma. Antônia Edna Silva dos Santos-UEPA

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho-UFSJ

Prof.^a Dr.^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE

Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares-UFPI

Prof.^a Dr.^a. Welma Emidio da Silva-FIS

Comissão Científica

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Me. Darlan Tavares dos Santos-UFRJ

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Me. Francisco Pessoa de Paiva Júnior-IFMA

Prof.^a Dr.^a. Ana Angelica Mathias Macedo-IFMA

Prof. Me. Antonio Santana Sobrinho-IFCE

Prof.^a Dr.^a. Elizabeth Gomes Souza-UFPA

Prof. Me. Raphael Almeida Silva Soares-UNIVERSO-SG

Prof.^a. Dr.^a. Andréa Krystina Vinente Guimarães-UFOPA

Prof.^a. Ma. Luisa Helena Silva de Sousa-IFPA

Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva-IFPA

Prof. Dr. Marcos Rogério Martins Costa-UnB

Prof. Me. Márcio Silveira Nascimento-IFAM

Prof.^a Dr.^a. Roberta Modesto Braga-UFPA

Prof. Me. Fernando Vieira da Cruz-Unicamp

Prof.^a Dr.^a. Neuma Teixeira dos Santos-UFRA

Prof. Me. Angel Pena Galvão-IFPA

Prof.^a. Dr.^a. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof.^a Ma. Antônia Edna Silva dos Santos-UEPA

Prof.^a. Dr.^a. Viviane Dal-Souto Frescura-UFSM

Prof. Dr. José Morais Souto Filho-FIS

Prof.^a. Ma. Luzia Almeida Couto-IFMT

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof.^a. Ma. Ana Isabela Mafra-Univali

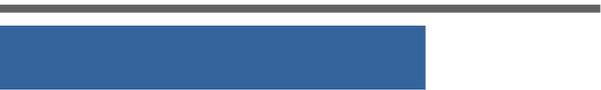
Prof. Me. Otávio Augusto de Moraes-UEMA

Prof. Dr. Antonio dos Santos Silva-UFPA
Prof^a. Dr. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG
Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM
Prof^a. Dr^a. Tiffany Prokopp Hautrive-Unopar
Prof^a. Ma. Rayssa Feitoza Felix dos Santos-UFPE
Prof. Dr. Alfredo Cesar Antunes-UEPG
Prof. Dr. Vagne de Melo Oliveira-UFPE
Prof^a. Dr^a. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro
Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEEMA
Prof^a. Dr^a. Érima Maria de Amorim-UFPE
Prof. Me. Bruno Abilio da Silva Machado-FET
Prof^a. Dr^a. Laise de Holanda Cavalcanti Andrade-UFPE
Prof. Me. Saimon Lima de Britto-UFT
Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho-UFSJ
Prof^a. Ma. Patrícia Pato dos Santos-UEMS
Prof^a. Dr^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE
Prof. Me. Alisson Junior dos Santos-UEMG
Prof. Dr. Fábio Lustosa Souza-IFMA
Prof. Me. Pedro Augusto Paula do Carmo-UNIP
Prof^a. Dr^a. Dayana Aparecida Marques de Oliveira Cruz-IFSP
Prof. Me. Alison Batista Vieira Silva Gouveia-UFG
Prof^a. Dr^a. Silvana Gonçalves Brito de Arruda-UFPE
Prof^a. Dr^a. Nairane da Silva Rosa-Leão-UFRPE
Prof^a. Ma. Adriana Barni Truccolo-UERGS
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares-UFPI
Prof. Me. Fernando Francisco Pereira-UEM
Prof^a. Dr^a. Cátia Rezende-UNIFEV
Prof^a. Dr^a. Katiane Pereira da Silva-UFRA
Prof. Dr. Antonio Thiago Madeira Beirão-UFRA
Prof^a. Ma. Dayse Centurion da Silva-UEMS
Prof^a. Dr^a. Welma Emidio da Silva-FIS
Prof^a. Ma. Elisângela Garcia Santos Rodrigues-UFPB
Prof^a. Dr^a. Thalita Thyrza de Almeida Santa Rosa-Unimontes
Prof^a. Dr^a. Luci Mendes de Melo Bonini-FATEC Mogi das Cruzes
Prof^a. Ma. Francisca Elidivânia de Farias Camboim-UNIFIP
Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ
Prof^a. Ma. Catiane Raquel Sousa Fernandes-UFPI
Prof^a. Dr^a. Raquel Silvano Almeida-Unespar
Prof^a. Ma. Marta Sofia Inácio Catarino-IPBeja
Prof. Me. Ciro Carlos Antunes-Unimontes

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

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

Equipe RFB Editora



SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 11 |
| CAPÍTULO 1 | |
| CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO | 13 |
| Vanessa Moreira da Silva Soeiro | |
| Ivens de Sousa Soeiro | |
| Lucian da Silva Viana | |
| Leonel Lucas Smith de Mesquita | |
| Yara Naya Lopes de Andrade Goiabeira | |
| Thaysa Gois Trinta Abreu | |
| Elisa Miranda Costa | |
| DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.1 | |
| CAPÍTULO 2 | |
| MORTALIDADE POR DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS NA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO LUÍS | 29 |
| Rafael Pereira e Silva | |
| Liane Maria Rodrigues dos Santos | |
| Mariana Oliveira Arruda | |
| Rachel de Jesus Pimentel Araújo | |
| Franco Celso da Silva Gomes | |
| Cynthya Lays Batista Barroso de Sousa | |
| Vanessa Moreira da Silva Soeiro | |
| DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.2 | |
| CAPÍTULO 3 | |
| SÍNDROME DO SEIO SILENCIOSO: RELATO DE CASO..... | 43 |
| Pedro Victor de Arruda Armelin | |
| Daniela Boscoli da Silva Noma Boigues | |
| André Boscoli da Silva Noma Boigues | |
| DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.3 | |
| CAPÍTULO 4 | |
| ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA..... | 55 |
| Thayssa Carvalho dos Santos | |
| Wilson Pacheco Corrêa | |
| DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.4 | |
| CAPÍTULO 5 | |
| A INFLUÊNCIA SOCIOECONÔMICA NA INTRODUÇÃO ALIMENTAR EM CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES..... | 65 |
| Adriele Ferreira de Jesus | |
| Ana Estela Barboza Ramos | |
| Marlessandra da Silva Canto | |
| Samantha Souza de Melo | |
| Tainan Ferreira dos Santos | |
| Thainara Iasmin Santos Braga | |

Ronildo Oliveira Figueiredo
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.5

CAPÍTULO 6

A IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DE FIXAÇÃO DE PEÇAS PARA O ESTUDO ANATÔMICO - UMA REVISÃO DE LITERATURA..... 79

Ana Célia Gomes de Oliveira
Ronildo Oliveira Figueiredo
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.6

CAPÍTULO 7

COMPLICAÇÕES MATERNO-INFANTIL RELACIONADO AO ABANDONO DA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA..... 87

Elisane Moreira Ribeiro
Michelle de Sousa Melo
Lilian de Oliveira Correia
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.7

CAPÍTULO 8

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA DOENÇA DE CROHN..... 105

Nívia Castro Binda
Ana Luiza Castro Binda
Rodolfo Alves de Pinho
Nívia Delamoniky Lima Fernandes
Jefferson Douglas Lima Fernandes
Fabiana Costa Rodrigues
Ilana Francisca de Sousa Araújo Albuquerque
Matheus Almeida Ramalho
Bruna Peixoto Girard
Jaqueline Lopes Reis
Amanda Gonçalves Franco
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.8

CAPÍTULO 9

INÍCIO DO PRÉ-NATAL TARDIO E SUAS COMPLICAÇÕES: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM..... 115

Alecsander Negreiros dos Santos Silva
Camilene Dutreuil
Ilse Marques Lira
Jéssica Verônica Ester Lucena Souza
Raí Rodrigues Ramos
Lilian de Oliveira Correia
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.9

CAPÍTULO 10

TRANSTORNO MENTAL E ISOLAMENTO SOCIAL PROVOCADO PELO COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 127

Cícera Angela Sousa Silva
Palomma Rafaelly Teixeira Alencar
Lizandra Ellem Silva de Souza

Ana Caren dos Santos Paz
Maria Victoria Farias Gomes
Eva Natalina Ferreira Costa
Ivo da Silva Soares
Mayara Iris Coelho de Araújo
Geovanna Renaisa Ferreira Caldas
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.10

CAPÍTULO 11

FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS 145

Hugo Victor Soares de Oliveira
Beatriz Lopes da Silva
Geraldo Magella Teixeira
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.11

CAPÍTULO 12

FATORES DE RISCO DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM GESTANTES E PUÉRPERAS 161

Carolina Florio Mazza
Jéssica Karina Batista
Nathalia Almeida da Silva
Sylvio Sebastião
Tiago Garcia Fortunato
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.12

CAPÍTULO 13

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER PARA O ENFERMEIRO 171

Adriana Pinto Borges
Helen Cardoso de Lima
Half Adriel Simplicio Araújo Macedo
Klismanderson Monteiro de Sousa
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.13

CAPÍTULO 14

ESTUDO SOBRE CRENÇAS, TABUS E MITOS NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E NA ATIVIDADE FÍSICA 183

Náigila Amazonas da Silva
Maressa Tanaka
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.14

CAPÍTULO 15

INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO E SUAS CONSEQUÊNCIAS 193

Caroline de Oliveira Muniz
Half Adriel Simplicio Araújo Macedo
Pâmela Ramos Batista
Valéria Bezerra Marques
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.15

CAPÍTULO 16

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA DOENÇA CELÍACA.....207

Nívia Castro Binda
Ana Luiza Castro Binda
Matheus Dilson Rocha Inoue
Nívia Delamoniky Lima Fernandes
Jefferson Douglas Lima Fernandes
Anne Caroline Silva Freire de Sá
Jamille de Souza Castro
Amanda Gonçalves Franco
Harysson Costa Melo
Jaqueline Lopes Reis
Marceli Borba do Nascimento
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.16

CAPÍTULO 17

IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NA UTI PELA ENFERMAGEM- REVISÃO DE LITERATURA 219

Jesnaira Leite da Silva
Carlos Daniel Neves de Souza
Agnes Sousa Silva
DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.17

APRESENTAÇÃO

Prezad@s,

Satisfação! Esse é o sentimento que vem ao meu ser ao escrever a apresentação deste atraente livro. Não apenas porque se trata do volume 13 da Coleção Pesquisas em Temas de Ciências da Saúde, publicado pela RFB Editora, mas pela importância que essa área possui para a promoção da qualidade de vida das pessoas.

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

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

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

Esse livro é parte da materialização dessa utopia.

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza

Editor-Chefe



CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO

CHARACTERIZATION OF GENDER VIOLENCE CASES ATTENDED IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN NORTHEAST BRAZIL

Vanessa Moreira da Silva Soeiro¹
Ivens de Sousa Soeiro²
Lucian da Silva Viana³
Leonel Lucas Smith de Mesquita⁴
Yara Naya Lopes de Andrade Goiabeira⁵
Thaysa Gois Trinta Abreu⁶
Elisa Miranda Costa⁷

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.1

1 Universidade Federal do Maranhão, moreira.vanessa@ufma.br, ORCID: 0000-0002-4299-1637
2 Polícia Militar do Estado do Maranhão, ivensdesousa@hotmail.com, ID Lattes: 0618196883377865
3 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, lucianviana@yahoo.com.br, ORCID: 0000-0002-4718-1748
4 Universidade Federal do Maranhão, leonel.smith@ufma.br, ORCID: 0000-0002-8474-5450
5 Universidade Federal do Maranhão, yara.naya@ufma.br, ORCID: 0000-0002-8982-9549
6 Hospital do Câncer Aldenora Bello, thaysa.gois@hotmail.com, ID Lattes: 1419525281945297
7 Universidade Federal do Maranhão, elisamirandac@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-5364-0384

RESUMO

A violência de gênero é um fenômeno histórico-social e um importante problema de saúde, à medida que afeta a tanto afetando tanto a saúde do indivíduo quanto da coletividade. Buscando entender a dinâmica desse fenômeno e prover subsídios para o enfrentamento deste tipo de violência, criou-se a notificação compulsória. Objetivou-se caracterizar o perfil da violência de gênero notificada em um hospital universitário do nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA. O estudo demonstrou que as mulheres violentadas são em sua maioria jovens, negras, solteiras, com 8,5 anos de estudo e realizavam atividades relacionadas ao lar. Depreende-se que a violência ocorrera com maior frequência no interior de residências ou em vias públicas, tendo como maior expressão o estupro. O meio de agressão predominante foi a ameaça. O tempo transcorrido entre a violência e a notificação, em grande parte dos casos foi superior à 72h. A realização da notificação é essencial para o conhecimento do perfil da violência, objetivando intervir e prevenir a ocorrência desse agravo, bem como orientar uma melhor assistência à vítima e subsidiar a construção de políticas públicas, assim como prover melhorias àquelas já existentes.

Palavras-chave: Violência de gênero. Violência contra a mulher. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Gender violence is a historical-social phenomenon and an important health problem, as it affects both the health of the individual and the community. Seeking to understand the dynamics of this phenomenon and provide subsidies to face this type of violence, mandatory notification was created. This study aimed to characterize the profile of gender violence reported in a university hospital in northeastern Brazil. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study carried out at the University Hospital of the Federal University of Maranhão - HUUFMA. The study showed that raped women are mostly young, black, single, with 8.5 years of schooling and performed activities related to the home. It appears that violence occurred more frequently inside homes or on public roads, with rape being the main expression. The predominant means of aggression was threat. The time elapsed between violence and notification, in most cases, was greater than 72 hours. The notification is essential for the knowledge of the profile of violence, aiming to intervene and prevent the occurrence of this injury, as well as guide better assistance to the victim and

subsidize the construction of public policies, as well as providing improvements to those that already exist.

Keywords: Gender-Based Violence. Violence Against Women. Health Profile.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um grave problema que assola a humanidade e está presente no cotidiano de grande parte da população. Tal fenômeno não faz acepção de raça, credo, sexo, classe social, idade ou cultura e acarreta implicações físicas e psicológicas que necessitam de intervenções tanto de cunho preventivo quanto assistencial (ANDALAF NETO; BARSTED, 2004; WHO, 2014).

Entende-se ainda que a violência é um fenômeno histórico-social que acompanha a evolução humana e que transforma-se em problema de saúde pública à medida em que afeta a saúde do indivíduo ou da coletividade, exigindo uma reorganização de políticas específicas, de serviços e práticas peculiares ao setor (MINAYO, 2006).

Entretanto, mesmo a violência apresentando-se como ameaça a todos, àquela praticada contra homens distingue-se da praticada contra mulheres. A que incide sobre o primeiro grupo ocorre, sobretudo, em ambientes públicos e é praticada por indivíduo do mesmo sexo; a perpetrada contra mulheres ocorre principalmente dentro de casa, e o agressor, na maioria dos casos, é do sexo masculino e é ou foi uma pessoa íntima da vítima. É nesse contexto que se afirma que um dos grupos que mais sofre com a exteriorização da agressividade é a mulher, neste caso constituindo violência contra a mulher (BARSTED, 2004; MONTEIRO et. al., 2006).

Objetivando conhecer a dimensão e realizar ações de prevenção a este problema de saúde pública, o Governo Federal, por meio da Lei nº 10.778, datada de 24 de novembro de 2003 “estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados” (BRASIL, 2003). O processo de notificação pode ser compreendido como uma forma de ruptura e enfrentamento da violência, que busca dar visibilidade a esse fenômeno e gerar subsídios para investimento em políticas públicas de prevenção de novas expressões de violência.

Em virtude disto, este trabalho se justifica pela importância de se entender o fenômeno da violência de gênero, tendo por objetivo principal caracterizar o perfil da violência contra a mulher notificada em um hospital universitário nordeste brasileiro, a partir das fichas de notificação compulsória.

2 O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

O conceito de violência não é estável, este varia segundo quem teoriza sobre ele. Fato é que a violência se manifesta de forma complexa e difusa, de maneira lícita ou ilícita, tolerada ou intolerada, sendo aprovada ou não de acordo com as normas sociais amparadas legalmente e de acordo com os costumes de determinada sociedade que, por sua vez, são modificados de acordo com o momento histórico, a localidade e as circunstâncias (MINAYO, 2006).

Desde tempos imemoriais, a mulher suportou indefesa e de maneira silenciosa os abusos do homem. Tal vertente de violência não tem fronteiras ou época, sempre se fez presente em todos os lugares, nas mais diversas culturas. Na construção histórica da humanidade, em grande parte do tempo, a mulher teve papel coadjuvante, estando sempre à sombra dos interesses masculinos. Em diferentes situações sociais, a violência praticada contra as mulheres pode afetar significativamente diversos aspectos de suas vidas, portanto, considera-se um problema social que pertence ao âmbito jurídico, à segurança pública, aos movimentos sociais e ao SUS. A atenção a essas mulheres não é específica da saúde, mas sim de vários setores sociais articulados, como as relações interpessoais, as condições de trabalho, a qualidade de vida e de existência (SOUZA; REZENDE, 2018).

Em 2019, 27,4% das mulheres brasileiras relataram ter sofrido algum tipo de violência, e destas apenas 22,3% buscaram notificar ou registrar a violência sofrida em algum órgão. Muitas vítimas passam por diferentes tipos de violência (violência psicológica, patrimonial, física ou sexual) até um desfecho fatal e acessam o sistema de saúde diversas vezes durante este percurso (CERQUEIRA et. al, 2018; TEIXEIRA; PAIVA, 2021).

A notificação compulsória é um registro sistemático e organizado feito em formulário próprio, utilizado em casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher. Não é necessário conhecer o agressor, mas é obrigatório o preenchimento deste documento por parte do profissional de saúde. A importância da notificação reside justamente na circunstância de que os serviços de saúde se constituem, na maioria das vezes, como a porta de entrada das diversas ocorrências que podem vir a caracterizar atos de agressão contra as mulheres. Tal dever é amparado pela Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003, que institui a obrigatoriedade da notificação nos casos de violência contra a mulher, ocorrida em qualquer ambiente (BRASIL, 2003).

Este importante mecanismo, portanto, passou a fazer parte do sistema de saúde, fornecendo, em conjunto com os demais órgãos responsáveis (especialmente a Polícia, Ministério Público e Poder Judiciário), dados cada vez mais fidedignos à realidade das violências praticadas contra mulheres. A notificação compulsória não intenta erradicar a violência sob todas as suas formas, mas manter registros sistemáticos de dados, além de propiciar a análise das características da violência e embasar a implementação de políticas públicas (BRASIL, 2003).

Através da notificação compulsória é possível realizar um mapeamento das formas de violência, dos agentes e das proporções, sendo possível assim o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção, assistência e avaliação dos resultados, pois cabe ao Estado combater à violência, independentemente de seu tipo e através da legislação é possível tipificar, coibir e punir estas condutas (SOUSA et al., 2020).

Em 2009, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) incluiu na listagem de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Assim, todo e qualquer atendimento, suspeito ou confirmado de violência, quer seja em serviços de atenção primária ou hospitalar, deve ser registrado em Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor. O preenchimento deve ocorrer na unidade de saúde onde foi atendida a vítima.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo na construção do perfil epidemiológico de violência notificada contra mulheres no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, localizado no município de São Luis.

O universo da pesquisa compreende os casos de violência contra a mulher, notificados no HUUFMA, no período de janeiro de 2010 a junho de 2013, a partir de dados registrados na Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. Compuseram o presente estudo 41 fichas de notificação de violência. Para a coleta de dados elaborou-se um formulário padronizado com variáveis sociodemográficas (sexo, idade em anos, cor/raça declarada, ocupação, estado civil, escolaridade, município de residência), existência de deficiência/transtorno nas vítimas e características da violência de gênero (município de ocorrência, local de ocorrência, tipo de violência, meio de agressão,

tempo transcorrido entre a violência e a notificação pelo HUUFMA, procedimento realizado). Os dados foram coletados e digitados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel® 2010. Realizou-se análise estatística descritiva dos dados, por frequência absoluta (n) e relativa (%), sendo os resultados apresentados por meio de tabelas.

Em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não se fez necessária assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Contudo, salienta-se que a presente pesquisa foi submetida à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através da Plataforma Brasil, obtendo aprovação pelo parecer consubstanciado número 342.147, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE nº 17400213.4.0000.5086.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi objeto desta pesquisa 41 Fichas de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências notificadas no HUUFMA. A maioria das possuía idade entre os 18 e 29 anos (70,7%), seguida de vítimas com idade entre os 30 e 39 anos (19,5%). Estes dados permitem afirmar que a violência está presente principalmente na faixa etária jovem, em idade reprodutiva. A literatura aponta que nessa faixa etária o corpo é jovem, belo e desperta atenção, o que poderia gerar nos homens inseguranças e práticas autoritárias violentas, o que esclareceria a predominância da ocorrência de agressão à mulher nesta faixa etária e explicaria, ainda, a diminuição da ocorrência de violência contra à mulher a partir da quarta década de vida, principalmente no que tange à violência sexual (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência notificada no HUUFMA.

| Variáveis | N | % |
|---------------------------|----|------|
| Idade | | |
| De 18 a 29 anos | 29 | 70,7 |
| De 30 a 39 anos | 8 | 19,5 |
| De 40 a 49 anos | 4 | 9,8 |
| A partir de 50 anos | 0 | 0,0 |
| Raça/Cor | | |
| Parda | 24 | 58,5 |
| Branca | 8 | 19,5 |
| Preta | 8 | 19,5 |
| Ignorado | 1 | 2,5 |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 31 | 75,5 |
| Casada / União Consensual | 8 | 19,5 |
| Separada | 1 | 2,5 |
| Ignorado | 1 | 2,5 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeta | 1 | 2,3 |

| | | |
|---|-----------|------------|
| Ens. Fundamental Incompleto | 10 | 24,5 |
| Ens. Fundamental Completo | 4 | 9,7 |
| Ens. Médio Incompleto | 4 | 9,7 |
| Ens. Médio Completo | 10 | 24,5 |
| Superior Incompleto | 3 | 7,3 |
| Superior Completo | 3 | 7,3 |
| Ignorados | 6 | 14,7 |
| Ocupação | | |
| Dona de casa | 11 | 26,8 |
| Estudante | 10 | 24,3 |
| Empregada Doméstica | 7 | 17,0 |
| Autônoma | 3 | 7,3 |
| Comércio / serviços | 3 | 7,3 |
| Outra | 4 | 10,0 |
| Ignorado | 3 | 7,3 |
| Município | | |
| São Luís | 27 | 65,8 |
| São José de Ribamar | 4 | 9,6 |
| Viana | 2 | 4,8 |
| Humberto de Campos | 2 | 4,8 |
| Raposa | 1 | 2,5 |
| Paço do Lumiar | 1 | 2,5 |
| Rosário | 1 | 2,5 |
| Penalva | 1 | 2,5 |
| Cajari | 1 | 2,5 |
| Balsas | 1 | 2,5 |
| Existência de Deficiência/Transtorno | | |
| Sim | 7 | 17,0 |
| Não | 25 | 61,0 |
| Ignorado | 9 | 22,0 |
| Total | 41 | 100 |

A maioria das vítimas era parda (58,5%), solteira (75,5%), com escolaridade “fundamental incompleto” (24,5%) ou “médio completo” (24,5%). Quanto à ocupação, houve maior representatividade daquelas que eram donas de casa (26,8%) e estudantes (24,3%). Quanto à procedência, 65,8% das mulheres vítimas de violência eram provenientes de São Luís e 17% possuía alguma deficiência/transtorno.

Os resultados dessa pesquisa se aproximam a muitos outros estudos (SILVA et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2016) nos quais se observou que as ocorrências de violência contra o sexo feminino referiam-se às mulheres negras. Entretanto, quando comparados a dados do Sudeste e, principalmente, Sul esta realidade apresenta-se diferente, uma vez que nessas regiões a população é predominantemente de brancos (IBGE, 2011).

Em relação ao estado civil das vítimas, não existe consenso na literatura. Alguns autores apontam para a condição de solteiras (OSHIKATA et al, 2005; SILVA; OLIVEIRA, 2016), outros para a de união consensual (MARQUES, 2005) e, há auto-

res que mostram que a maioria das vítimas é casada (GALVÃO, ANDRADE, 2004; ADEODATO et al., 2005; MATTOS; RIBEIRO; CAMARGO, 2012).

Este estudo mostra que o nível de escolaridade das mulheres em situação de violência não é baixo, são mulheres que, em sua maioria, estudaram em torno de 8 anos e que, devido a este fato, possuem algum nível de esclarecimento. Adeodato et al. (2005) asseveram que a escolaridade da mulher agredida evidencia em média seis anos de estudo, embora outros estudos afirmem que as agressões ocorrem com mulheres de todos os níveis educacionais, como representado nesta pesquisa (MATTOS; RIBEIRO; CAMARGO, 2012; MATTOS; RIBEIRO; CAMARGO, 2012).

A pesquisa de Dossi et al (2008) mostrou que a maioria das vítimas de violência se declarava “do lar” (dona de casa) e empregadas domésticas. De igual maneira, Garcia et al (2008) observaram em sua pesquisa que 41% das mulheres violentadas eram domésticas ou donas de casa.

Observou-se que a maioria das mulheres (82,9%) residiam na região metropolitana de São Luís - que compreende os municípios de São Luís, São José de Ribamar, Raposa, Paço do Lumiar e Rosário - e as demais procediam do interior. Tal realidade é confirmada pelo inchaço populacional nas áreas urbanas das regiões metropolitanas, onde o quantitativo de todos os tipos de violência é maior que nas cidades do interior. Embora o HUUFMA seja uma referência em atendimento na Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, houve um número reduzido de atendimento às vítimas procedentes de outros municípios, o que pode estar relacionado à distância a ser percorrida pela vítima ou a fatores subjetivos como vergonha, medo e desconfiança.

Nesta pesquisa, observou-se que 17% das vítimas possuía deficiência/trans-torno mental. A condição de deficiência mental é referida como importante fator de vulnerabilidade. As mulheres com deficiência são alvos fáceis, sobretudo nos casos de violência sexual. Os agressores valem-se da facilidade em estabelecer relações de confiança com as deficientes e da falta de educação sexual por parte destas. Confiam, ainda, no descrédito que uma denúncia vinda de uma deficiente mental provocaria – uma vez que, em diversos casos, o abuso só é constatado a partir de um acontecimento extraordinário, a exemplo de uma gravidez (FERREIRA, 2008; SILVA et al., 2013). Nascimento (2007) afirma que a prática de violência sexual contra mulheres portadoras de deficiência mental não é um fato pontual, raro ou incomum.

No que tange ao município de ocorrência da violência (Tabela 2) observa-se que a maioria dos casos ocorreu no município em que a vítima residia, sendo mais

representada a região metropolitana de São Luis (compreendendo os municípios de São Luis, São José de Ribamar, Raposa, Paço do Lumiar e Rosário). Segundo o Rabelo, Louzeiro e Rodrigues (2013), os indicadores de violência de São Luis, compreendendo também seu entorno - região metropolitana -, apontou aumento gradativo das taxas de homicídio juvenil masculino e de violência contra mulheres, sendo fruto de razões multifatoriais, dentre as quais se pode destacar o inchaço populacional, a falta de acesso à educação e emprego, as baixas condições de vida e o tráfico de drogas.

Tabela 2 - Características das ocorrências de violência de gênero notificadas no HUUFMA.

| Variáveis | N | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| Município de ocorrência | | |
| São Luis | 27 | 65,8 |
| São José de Ribamar | 5 | 12,1 |
| Viana | 2 | 4,8 |
| Humberto de Campos | 2 | 4,8 |
| Raposa | 1 | 2,5 |
| Paço do Lumiar | 1 | 2,5 |
| Rosário | 1 | 2,5 |
| Cajari | 1 | 2,5 |
| Ignorado | 1 | 2,5 |
| Local de residência | | |
| Residência | 15 | 36,5 |
| Via Pública | 9 | 21,9 |
| Terreno Baldio / Matagal | 5 | 12,6 |
| Motel | 2 | 4,8 |
| Comércio / Serviços | 2 | 4,8 |
| Automóvel | 2 | 4,8 |
| Clínica / Hospital | 2 | 4,8 |
| Praia | 1 | 2,5 |
| Ignorado | 3 | 7,3 |
| Tipo de Violência | | |
| Física | 1 | 2,5 |
| Sexual | 7 | 17,0 |
| Negligência/ Abandono | 1 | 2,5 |
| Física e Sexual | 14 | 34,1 |
| Física e Psicológica/Moral | 2 | 4,8 |
| Sexual e Psicológica/Moral | 4 | 9,7 |
| Sexual e Negligência/ Abandono | 1 | 2,5 |
| Física, Sexual e Psicológica/Moral | 11 | 26,9 |
| Meio de agressão | | |
| Ameaça | 31 | 75,6 |
| Força Corporal / Espancamento | 22 | 53,6 |
| Arma de Fogo | 10 | 24,4 |
| Objeto perfurocortantes | 9 | 21,9 |
| Enforcamento | 1 | 2,5 |
| Ignorado | 4 | 9,7 |

| Tempo transcorrido | | |
|---------------------------|-----------|------------|
| Até 24h | 8 | 19,5 |
| 25 a 72h | 2 | 4,9 |
| Até 1 semana | 4 | 9,7 |
| Até 1 mês | 10 | 24,4 |
| Até 6 meses | 10 | 24,4 |
| 6 a 9 meses | 3 | 7,4 |
| Inconclusivo | 4 | 9,7 |
| Total | 41 | 100 |

Dos casos de violência contra mulher notificados, 36,5% tiveram como ambiente de ocorrência a residência, seguido por atos praticados em via pública (21,9%) e 12,6% em terreno baldio/matagal. Em concordância com esse achado está a pesquisa de Menezes et al. (2010) em cuja análise observou-se, ao investigar a frequência do local de ocorrência do delito, que a residência fora o principal lugar descrito, seguido pelos casos ocorridos em vias públicas. Estes dados evidenciam que as mulheres são duplamente expostas, visto que, podem sofrer violência doméstica (no interior de suas próprias casas) e, como cidadãs, estão expostas à violência comunitária, perpetrada em espaços públicos.

As situações de violência praticadas no interior das residências são facilitadas por acontecerem na privacidade e sem interferências de outras pessoas. Assim, constata-se a perda da referência de lar como sinônimo de proteção e segurança para mulheres. Vive-se um momento na história em que não há proteção sequer dentro de casa, uma vez que a violência tem invadido todos os espaços da sociedade, até mesmo aqueles dos quais se acreditava ter domínio (ANDRADE; GIULIANI; BIFFI, 2011).

Sobre a tipologia de violência sofrida pelas mulheres atendidas no HUUFMA, observa-se que em 78% dos casos ocorreu pelo menos 2 tipos de violência. Analisados separadamente os dados evidenciam que: 34,1% das vítimas foram agredidas física e sexualmente, em 26,9% dos casos houve violência física, sexual e psicológica/moral. É importante frisar que em todos os casos em que houve violência sexual, foi do tipo estupro. Assim sendo, assombrosamente, em 90,2% dos casos houve a prática de relação sexual sem consentimento da vítima, o que caracteriza estupro.

A porcentagem elevada de estupros preocupa na medida em que acarreta consequências não só físicas, mas também psicológicas às vítimas. Dentre os vários traumas psicológicos advindos dos crimes sexuais pode-se destacar a culpa, depressão, baixa-estima, angústia, ansiedade, desenvolvimento de condutas antisociais e distúrbios de personalidade. Neste sentido, ressalta-se a importância de um acompanhamento junto a profissionais qualificados, tais como assistente social,

psicólogo e psiquiatra, uma vez que a mulher que sofreu violência sexual necessita de um acompanhamento holístico, em que sejam assistidas suas enfermidades físicas e psíquicas, a fim de se minimizar as consequências deste ato vil e permitir a continuidade de sua vida com prejuízos mínimos.

Os principais meios de agressão utilizados pelos perpetradores da violência contra a mulher notificada pelo HUUFMA foram em 75,6% ameaça, seguido por força corporal/ espancamento (53,6%). Tal estatística está de acordo como estudo de Lima e Silva (2012) em que as mesmas formas de agressão prevaleceram. A ameaça é um meio usado pelo agressor para aterrorizar a vítima e obrigá-la a realizar aquilo que ele deseja. Na maioria dos casos, as mulheres ou algum membro de sua família são inúmeras vezes, durante o ato violento, ameaçadas de morte e, em decorrência disto, as vítimas veem-se obrigadas a aguentar a agressão, não oferecendo resistência. A ameaça é também uma das causas que figuram como explicação para a não realização de denúncia em instituição policial e a não procura por atendimento médico, pois a mulher teme que o agressor cumpra o que lhe foi dito.

O período entre a ocorrência da violência e a notificação mostrou variação de ≤ 24 h até 9 meses. Observou-se que em 65,9% dos casos houve um intervalo de tempo superior a 72 horas entre a ocorrência de violência e a notificação no serviço de saúde, o que coloca em risco a eficácia das profilaxias a serem administradas – principalmente no que tange a contracepção de emergência.

A porcentagem acima citada está em consonância com o estudo de Chehab et al. (2017) que também evidenciou que a maioria das mulheres buscou o serviço de saúde em tempo superior a 72h. Acredita-se que a demora por parte da mulher em buscar atendimento de saúde dentro das 72h subsequentes à violência esteja relacionada vários fatores, dentre eles: medo do agressor, vergonha, culpa, falta de conhecimento acerca dos seus direitos e das profilaxias existentes (VERTAMATTI; ABREU; BARBOSA, 2013; CHEHAB et al., 2017).

Os procedimentos mais realizados com as vítimas de violência sexual atendidas no HUUFMA foram as profilaxias para HIV e DST's (ambas observadas em 64,8% dos casos), seguidas pela Contracepção de Emergência (em 23% dos casos) e a profilaxia para Hepatite B (21% dos casos) (Tabela 3).

Tabela 3 - Procedimento realizado no caso de violência sexual contra mulheres notificada pelo Hospital Universitário. São Luis, 2013.

| Procedimento realizado | N = 37 | % |
|----------------------------|--------|------|
| Profilaxia Hepatite B | 21 | 56,7 |
| Profilaxia HIV | 24 | 64,8 |
| Profilaxia DST | 24 | 64,8 |
| Coleta de sangue | 18 | 48,6 |
| Contraceção de emergência | 23 | 62,1 |
| Coleta de secreção vaginal | 5 | 13,5 |
| Coleta de sêmen | 1 | 2,7 |
| Não realizado | 7 | 18,9 |

A contaminação por DST's como resultado da violência sexual pode implicar consequências físicas e psicológicas. Dados nacionais indicam que cerca de 50% das mulheres em situação de violência sexual são contaminadas por alguma IST. A profilaxia antirretroviral para o HIV está contemplada na Norma Técnica do Ministério da Saúde. A medida é garantida para mulheres adultas, adolescentes, crianças ou gestantes em condições de exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor. Os medicamentos devem ser administrados em no máximo 72 horas da violência sexual, e mantidos por 28 dias (BRASIL, 2012).

A Anticoncepção de Emergência (AE) é um importante procedimento profilático na condução do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, tendo contribuído para a redução de inúmeros casos de gestação decorrente de estupro (BRASIL, 2012). Tal método contraceptivo, que já era recomendado pelo Ministério da Saúde para os casos de violência sexual, recentemente tornou-se Lei (nº 12.845/2013).

É importante salientar ainda, que em 18,9% dos casos (n=7) nenhum procedimento dos contidos na ficha de notificação foi realizado, devido, sobretudo, ao tempo transcorrido entre a violência e a notificação (a maioria buscou atendimento em um intervalo de tempo superior a 72h, quando não há mais eficácia da contraceção de emergência e administração de medidas profiláticas é substituída pelo tratamento à patologia contraída durante a violência).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos, o estudo demonstrou que o perfil das mulheres, em idade de 18 a 60 anos, vítimas de violência notificada pelo HUUFMA, no período de janeiro de 2010 a junho de 2013, configura-se como jovem (18 a 29 anos), negra, solteira, tendo estudado em média 8,5 anos, ocupando-se com afazeres domésticos ou exercendo a atividade de estudante, residente em São Luis. Observou-se ainda que em sua maioria, não possuem transtorno mental.

No que tange à caracterização da violência, evidenciou-se que ocorreria com maior frequência em São Luis, no interior de residências ou em vias públicas, tendo como maior expressão a violência sexual do tipo estupro. O meio de agressão predominante fora a ameaça. Em relação ao tempo transcorrido entre a violência e a notificação do caso pelo HUUFMA, a extensa maioria ocorreu em intervalo superior às 72h. As profilaxias DST, HIV, Hepatite B e a contracepção de emergência foram os procedimentos mais realizados quando da ocorrência de violência sexual.

É certo que os desafios são muitos e a realização da notificação é essencial para o conhecimento do perfil da violência, objetivando intervir e prevenir na realidade. Espera-se, com esta caracterização dos casos de violência notificados no HUUFMA, incentivar a notificação e contribuir para a maior divulgação de informações que possam subsidiar a elaboração de políticas públicas integradas e intersetoriais e que efetivamente promovam a saúde.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, p. 108-113, 2005

ANDALAF NETO, J. **Violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei: manual de orientação**. São Paulo: Ponto, 2004. 91p.

ANDRADE, M. F.; GIULIANI, C. D.; BIFFI, E. A. F. Perfil de mulheres vítimas de violência assistidas no pronto socorro/ hospital de clínicas-UFU. **Caderno Espaço Feminino (UFU)**. v. 3, p. 120-136, 2011.

BARSTED, L. A. L. **Uma vida sem violência: o desafio das mulheres**. In: **Observatório da cidadania**. 2004. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/es/informeImpresso/pdfs/panorbrasileiroc2004_bra.pdf>. Acesso em 08 de agosto de 2021.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª ed. Brasília: MS; 2012.

CERQUEIRA, D., et al. **Atlas da Violência 2018**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Governo Federal, 2018.

CHEHAB, M. A. D. et al. Características do abuso sexual em Santo André, São Paulo, Brasil: das vítimas ao agressor, do diagnóstico ao tratamento. **J. Hum. Growth Dev.**, v. 27, n. 2, p. 228-234, 2017.

DOSSI, A. P.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Caderno Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1939-52, 2008.

FERREIRA, W. B. Vulnerabilidade à Violência Sexual no Contexto da Escola Inclusiva: Reflexão Sobre a Invisibilidade da Pessoa com Deficiência. **Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficácia y Cambio em Educacion.**, v.6, n.2, 2008.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde Soc**, v.13, n.2, p.88-99, 2004.

GARCIA, M. V., RIBEIRO, L. A., JORGE, M. T., PEREIRA, G. R., RESENDE, A. P. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia. Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde pública**. v.24, vol.11, pag. 2551-2563, nov. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades@2011**.

LIMA, V.L.A.; SILVA, A.F. Conhecendo o perfil e os sentimentos de mulheres vítimas de Violência Atendidas na Delegacia Especializada de Atendimento à mulher do município de Belém. **Gênero na Amazônia**, n.2, 2012.

MARQUES, T. M. **Violência conjugal: estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos**. 2005. 300 f. Dissertação [Mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2005.

MATTOS, P. R.; RIBEIRO, I. S.; CAMARGO, V. C. Análise dos casos notificados de violência contra mulher. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.4, p.738-44, 2012.

MENEZES, J. P.; MOURA, M. A. V.; NETTO, L. A.; SILVA, G. F. Perfil sócio-demográfico de mulheres que sofreram com a violência de gênero no Rio de Janeiro: subsídios para a enfermagem. **Rev. de Pesq. Cuidado é Fundamental Online**, p. 418-422, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MONTEIRO, C.F.S. et al. A Violência Contra a Mulher Atendida em Unidade de Urgência: Uma Contribuição da Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol.10, n.2, p.273-9, 2006.

NASCIMENTO, L. R. F. **Violência sexual contra mulheres deficientes mentais: a perspectiva dos profissionais que as atendem nas Organizações Não-Governamentais**. [Monografia - Serviço Social]. Universidade de Brasília - UnB. Brasília: 2007. Disponível em:

OSHIKATA, C. T. ; BEDONE, A. J. ; FAÚNDES, A.; Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Caderno Saúde Pública**, v.21, p.192-9, 2005.

PRÁ, J. R.; EPPING, L. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33-51, jan./abr. 2012.

RABELO, T.O.; LOUZEIRO, A.S.; RODRIGUES, Z.M.R. Indicadores sociais na Região Metropolitana da Grande São Luís: segurança, emprego e renda – São Luís (MA) – Brasil. **Encontro de Geógrafos da America Latina**. Peru: 2013.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016.

SILVA, M. C. M. et al . Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 3, p. 403-412, 2013 .

SOUSA, C. M. S. et al. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 477-487, 2020.

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Est. Inter. Psicol.**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018.

TEIXEIRA, J. M. S.; PAIVA, S. P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 02, p.e310214, 2021.

VERTAMATTI, M. A. F., ABREU, L. C.; BARBOSA, C. P. Time lapsed between sexual aggression and arrival at the Brazilian health service. **J Hum Growth Dev**.v.23, n.1, p.46-51, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: 2014.



CAPÍTULO 2

MORTALIDADE POR DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS NA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO LUÍS

*MORTALITY DUE TO MALNUTRITION IN THE ELDERLY
IN THE METROPOLITAN REGION OF SÃO LUÍS*

Rafael Pereira e Silva¹

Liane Maria Rodrigues dos Santos²

Mariana Oliveira Arruda³

Rachel de Jesus Pimentel Araújo⁴

Franco Celso da Silva Gomes⁵

Cynthya Lays Batista Barroso de Sousa⁶

Vanessa Moreira da Silva Soeiro⁷

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.2

1 Faculdade Maurício de Nassau, rafaelpereira.rp722@gmail.com, ID Lattes: 1835985169622889

2 Faculdade Maurício de Nassau, liane.mrodrigues@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-2903-7718

3 Faculdade Maurício de Nassau, mariana_o.arruda@yahoo.com.br, ID Lattes: 1250288875988719

4 Faculdade Maurício de Nassau, rajepi_araujo@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-1002-6293

5 Faculdade Maurício de Nassau, fcsilva-gomes@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-7381-924X

6 Instituto Acqua, cynthya_lays@hotmail.com, ID Lattes: 3604861038361973

7 Universidade Federal do Maranhão, moreira.vanessa@ufma.br, ORCID 0000-0002-4299-1637

RESUMO

Objetivou-se analisar a mortalidade por desnutrição em idosos residentes na Região Metropolitana da Grande São Luís, no período 2014 a 2018. Trata-se de um estudo descritivo, de série temporal de quatro anos, baseado em dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde. Foram incluídos no estudo, todos os registros de óbitos por desnutrição de indivíduos com 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, residentes na Região Metropolitana da Grande São Luís. Os resultados indicaram 142 óbitos de idosos por causas associadas aos aspectos metabólicos e nutricionais no período em estudo, com maior proporção de óbitos entre 2017 e 2018, envolvendo idosos do sexo masculino e com faixa etária entre 70 e 79 anos. São Luís foi o município que concentrou o maior número de ocorrências fatais. A intervenção nutricional precoce por parte dos enfermeiros e demais profissionais da área da saúde é necessária para reduzir a frequência dos óbitos associados aos aspectos metabólicos e nutricionais em idosos. Esta intervenção precisa ser individualizada, respeitando as necessidades de nutrientes de cada idoso e considerando as doenças pré-existentes.

Palavras-chave: Estado Nutricional. Idoso. Nutrição do Idoso. Mortalidade.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze mortality from malnutrition in elderly people living in the Metropolitan Region of Greater São Luís, in the period 2014 to 2018. This is a descriptive study, with a four-year time series, based on secondary data obtained from the Information System of Mortality from the Ministry of Health. The study included all records of deaths due to malnutrition of individuals aged 60 years or more, of both sexes, residing in the Metropolitan Region of Greater São Luís. The results indicated 142 deaths of the elderly per causes associated with metabolic and nutritional aspects in the period under study, with the highest proportion of deaths between 2017 and 2018, involving elderly males aged between 70 and 79 years. São Luís was the municipality that concentrated the highest number of fatal occurrences. Early nutritional intervention by nurses and other health professionals is necessary to reduce the frequency of deaths associated with metabolic and nutritional aspects in the elderly. This intervention needs to be individualized, respecting the nutrient needs of each elderly person and considering pre-existing diseases.

Keywords: Nutritional Status. Aged. Elderly Nutrition. Mortality.

1 INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, observaram-se mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, sobretudo nos idosos, sendo necessário obter um melhor conhecimento dos fatores de risco associados à senilidade, dentre eles, os que envolvem aspectos metabólicos e nutricionais (CAMPOLINA et. al, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas, as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais se residem em países desenvolvidos. Deste modo, é possível perceber que o processo de envelhecimento é influenciado por aspectos territoriais e de desenvolvimento econômico, associados a faixa etária (WHO, 1998).

O envelhecimento populacional representa um fenômeno mundial. No Brasil, este fenômeno, é denominado de transição demográfica e teve início a partir da década de 1960 (CAMARANO, 2011). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos 1991 e 2000, houve um aumento de 35% da população idosa em comparação com a população adulta no Brasil, sendo que esta última cresceu somente 14%. Projeta-se para 2050, um contingente de aproximadamente 64 milhões de brasileiros que terão mais de 60 anos (IBGE, 2010).

É importante destacar que o envelhecimento populacional está atrelado a vulnerabilidades nos países em desenvolvimento como o Brasil, sendo um processo diferenciado por sexo, grupo social, cor/raça, renda familiar, localização geográfica, entre outros fatores determinantes. Os idosos residentes nas regiões mais pobres do país representam um segmento populacional duplamente vulnerável, uma vez que convivem com a frequente negação de direitos humanos, além da insegurança alimentar e do aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (CAMPOLINA et. al, 2013).

Deste modo, o estado nutricional assume uma importante função na qualidade de vida e de saúde da população idosa, da mesma forma que a Desnutrição apresenta-se fortemente relacionada ao aumento da incapacidade funcional, aumento no número de internações, redução da qualidade de vida, maior susceptibilidade às infecções e, conseqüentemente, ao aumento da mortalidade (SOUZA et. al, 2014).

Todavia, há uma escassez de trabalhos que abordem a temática da mortalidade por desnutrição em idosos no Brasil. Dentre os poucos estudos existentes, podemos citar o de Otero (2001), que se propôs a comparar a situação nutricional das

populações adulta jovem e de idosos na região sudeste do Brasil. O autor demonstrou que há uma maior prevalência de magreza (ou baixo peso) em homens idosos (7,8%), que em adultos jovens (3,6%), bem como das idosas (8,4%), em comparação com as jovens (6,9%).

No que se refere à insegurança alimentar, um estudo desenvolvido por Campolina (2013) demonstrou que o distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos é a Desnutrição Proteico Calórica (DPC), que está associada ao aumento da susceptibilidade às infecções e mortalidade, além da redução da qualidade de vida dos idosos. Entretanto, a DPC é vista, erroneamente por alguns profissionais de saúde, como parte do processo normal de envelhecimento, sendo com frequência, ignorada. Uma das facetas da insegurança alimentar são os extremos alimentares, pois tanto o déficit, quanto o excesso de alimentação provocam prejuízos ao estado nutricional, podendo ser identificado por vários problemas como a fome, obesidade, desnutrição e outras doenças associadas à má alimentação e ainda consumo de alimentos de má qualidade (MONTEIRO et al., 2015).

A Desnutrição na população idosa é apontada como fator mais fortemente associado à mortalidade, do que o excesso de peso. Entretanto, a baixa qualidade do preenchimento dos registros representa um importante obstáculo no estudo da ocorrência e da distribuição da Desnutrição em idosos, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas do Brasil (OTERO, 2001).

O bom estado nutricional não depende apenas da ausência da insegurança alimentar, mas também do acesso a outras condições essenciais para uma vida saudável como moradia, abastecimento de água, condições sanitárias, acesso a serviços de saúde, educação, dentre outros, que comprometem diretamente a qualidade de vida da população, em todo seu ciclo de vida, especialmente na senilidade (HOFMANN, 2006).

Nas últimas décadas, a população brasileira vem passando por mudanças na configuração da pirâmide demográfica devido ao processo de envelhecimento, além de grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e de consumo alimentar, acarretando em Desnutrição. Este quadro é mais evidente nas populações de baixa renda, necessitando da criação de políticas públicas adequadas visando, além do alívio da miséria e da fome, a garantia de impactos positivos no desenvolvimento dos eixos da política de saúde e social às necessidades dos mesmos (TADDEI et al., 2011).

Nesse sentido, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) está estreitamente relacionado à dignidade da pessoa humana e é substancial ao aprazimento de outros direitos humanos (ALMEIDA, 2012). É de todo importante destacar a Lei nº 11.346/2009, também chamada de Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que preconiza, conforme a seguir:

Art. 3º - A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambientais, culturais, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2009, p.02).

A concretização do direito a uma alimentação adequada requer a adoção de políticas públicas que sejam sustentáveis nos âmbitos de produção, distribuição, acesso e no consumo de alimentos seguros e de qualidade, promovendo saúde e alimentação adequada em todos os quesitos (ABRANDH, 2013; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014). Assim, uma alimentação adequada deve ser ajustada às condições culturais, econômicas, sociais, climáticas e ecológicas de cada indivíduo (BURLANDY, 2014).

Nesse contexto, observa-se que mesmo sem passar fome, a maioria das famílias brasileiras vivem em insegurança alimentar, quer seja do ponto de vista sanitário, nutricional ou cultural, ou em virtude da ausência de recursos à compra de alimentos, o que frequentemente compromete outras necessidades básicas das famílias. Estes e outros fatores podem levar a um quadro de vulnerabilidade alimentar e social (SEN, 2000; VALENTE, 2002).

Assim, a determinação do diagnóstico nutricional e a identificação dos fatores de risco que contribuem para a morbimortalidade nos idosos são processos complexos, porém essenciais para que o Estado possa implementar políticas públicas de intervenção específicas. A complexidade se deve à ocorrência de diversas alterações, tanto fisiológicas quanto patológicas, peculiares do próprio processo de envelhecimento, somado a outros condicionantes sociais, econômicos e de estilo de vida (SOUZA et. al, 2014).

Trazendo essa discussão para o contexto da Região Metropolitana da Grande São Luís, se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas científicas que possam nortear ações para reduzir a vulnerabilidade social da população, em especial, nas ações que reflete no perfil alimentar dos idosos, visando diminuir a mortalidade Desnutrição nesse segmento populacional.

Nesse sentido, a Enfermagem deve avançar na compreensão desta temática, para auxiliar na implementação de políticas públicas de saúde no âmbito da segurança alimentar, de modo que estas possam se tornar mais acessíveis a população idosa, modificando o cenário atual. O tema é de extrema relevância na saúde coletiva.

Deste modo, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar a mortalidade por desnutrição em idosos residentes na Região Metropolitana da Grande São Luís, no período 2014 a 2018.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo acerca da mortalidade por desnutrição em idosos residentes na Região Metropolitana da Grande São Luís, no período 2014-2018.

A Região Metropolitana da Grande São Luís, também conhecida como Grande São Luís, foi instituída pela Lei Complementar Estadual nº 174, de 25 de maio de 2015. Este território apresenta uma área de aproximadamente 9.417,61km², composta pelos seguintes municípios: São Luís, São José de Ribamar, Raposa, Paço do Lumiar, Alcântara, Bacabeira, Rosário, Axixá, Santa Rita, Presidente Juscelino, Cachoeira Grande, Morros e Icatu (SECID-MA, 2019; IPEA, 2019).

A escolha da Região Metropolitana da Grande São Luís considerou o fato da mesma ser a mais populosa do Estado do Maranhão, além de possuir um polo de saúde de tecnologias variadas tais como: Atenção Primária de Saúde; Atenção Ambulatorial e Hospitalar; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial e Vigilância em Saúde (SECID-MA, 2019).

É importante destacar que a Grande São Luís possui uma população estimada de 1.621.102 habitantes e o quarto maior Produto Interno Bruto (PIB) dentre todas as regiões metropolitanas do nordeste brasileiro, atrás apenas do Grande Recife, da Grande Salvador e da Grande Fortaleza, sendo a vigésima primeira dentre as regiões metropolitanas do Brasil (SECID-MA, 2019; IPEA, 2019).

A Grande São Luís possui o melhor índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dentre as regiões metropolitanas do Nordeste, com IDH 0,755 (faixa de Alto Desenvolvimento Humano). O território também apresenta o melhor acesso à educação dentre as regiões metropolitanas do país, com índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Educação de 0,737, seguida por São Paulo (0,723), Distrito Federal e Curitiba, ambas com o índice de 0,701 (SECID-MA, 2019; IPEA, 2019).

Com relação a população de estudo, esta foi constituída por todos os óbitos em decorrência da desnutrição de idosos residentes na Região Metropolitana da Grande São Luís, no período de 2014 a 2018. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), disponibilizados na página oficial do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (DASNT), da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

Para realizar o levantamento das causas básicas dos óbitos (Desnutrição) utilizou-se a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), considerando-se o Capítulo IV da Cid-10 referentes às Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, considerando os Códigos E40 a E46, atribuídos a Desnutrição Proteico-Calórica e R64, que se refere à Caquexia. Também foram selecionadas duas variáveis para análise: sexo e faixa etária (60 anos ou mais).

Realizou-se análise estatística descritiva dos dados, por meio de frequências absolutas e relativas, com auxílio dos Programas Tab-Win, versão 4.15, e do Microsoft Excel, versão 2016.

O presente estudo atende às considerações éticas propostas pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por envolver dados secundários de domínio público, em que não se identifica os sujeitos da pesquisa, não houve necessidade de aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados observados no presente estudo foram organizados de forma tabular e avaliados à luz da literatura. De acordo com os dados consolidados na Tabela 1, podemos observar uma frequência absoluta de 142 registros de óbitos em idosos, associados à Desnutrição, nos Municípios que Integram a Região Metropolitana da Grande São Luís, no período de 2014 - 2018. Destaca-se que São Luís, capital do Estado do Maranhão representa o território que detém a maior concentração de óbitos, seguido dos municípios de São José de Ribamar (16,2%) e Paço do Lumiar (7,8%).

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos de idosos por Problemas Relacionados à Desnutrição nos Municípios que Integram a Região Metropolitana da Grande São Luís, no período de 2014 - 2018.

| Capítulo CID-10: IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas / Municípios da Grande São Luís | n | % |
|---|------------|--------------|
| Alcântara | 07 | 4,9 |
| Axixá | 01 | 0,7 |
| Bacabeira | 11 | 6,3 |
| Cachoeira Grande | 01 | 0,7 |
| Icatu | - | - |
| Morros | 02 | 1,4 |
| Paço do Lumiar | 09 | 7,8 |
| Presidente Juscelino | - | - |
| Raposa | 06 | 4,2 |
| Rosário | 04 | 2,9 |
| Santa Rita | 05 | 3,5 |
| São José de Ribamar | 23 | 16,2 |
| São Luís | 73 | 51,4 |
| Total | 142 | 100,0 |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIM, 2020.

A distribuição dos óbitos por Desnutrição em idosos vem aumentando nos últimos quatro anos na Região Metropolitana da Grande São Luís. Somente no ano de 2018, o número de óbitos aumentou 23,3%, em relação ao ano de 2017. Porém, o maior aumento ocorreu no ano de 2017 em relação a 2016 (138,9%). Dentre as causas básicas do óbito de idosos, a mais frequente foi a Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (61,3%), seguida da Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (21,8%) e da Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (9,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de mortes de idosos segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Desnutrição, na Região Metropolitana da Grande São Luís, no período de 2014 - 2018.

| Grupo CID-10 | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | TOTAL | |
|--|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Kwashiorkor (E40) | - | - | - | - | - | - | - | - | 01 | 1,9 | 01 | 0,7 |
| Marasmo Nutricional (E41) | - | - | - | - | - | - | 03 | 6,9 | 04 | 7,5 | 07 | 4,9 |
| Kwashiorkor Marasmático (E42) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (E43) | 02 | 14,3 | 02 | 14,3 | 04 | 22,2 | 07 | 16,3 | 16 | 30,2 | 31 | 21,8 |
| Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (E44) | 02 | 14,3 | 01 | 7,1 | 02 | 11,1 | 01 | 2,3 | 08 | 15,1 | 14 | 9,9 |
| Atraso do Desenvolvimento Devido à Desnutrição Proteico-Calórica (E45) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (E46) | 10 | 71,4 | 11 | 78,6 | 12 | 66,7 | 30 | 69,8 | 24 | 45,3 | 87 | 61,3 |
| Caquexia (R64) | - | - | - | - | - | - | 02 | 4,7 | - | - | 0,2 | 1,4 |
| TOTAL | 14 | 100,0 | 14 | 100,0 | 18 | 100,0 | 43 | 100,0 | 53 | 100,0 | 142 | 100,0 |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIM, 2020.

Os dados obtidos no presente estudo se alinham às estatísticas nacionais. Considerando os coeficientes de mortalidade por desnutrição em idosos para as regiões brasileiras publicizados pelo SIM - DATASUS, do Ministério da Saúde no ano de 2015, observou-se uma tendência de redução no crescimento, a partir de 2010, nas regiões com maior circulação de valores e bens, quais sejam: Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Fato este que não ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, onde a variação no período estudado é foi estimada em 16,12 a 21,08 por 100.000 habitantes. Estes dados demonstram a relevância dos Determinantes Sociais de Saúde (DDS) no processo saúde doença, sobretudo, na senilidade.

Verifica-se que os óbitos de idosos associados à Desnutrição, no período de 2014 - 2018 são mais frequentes no sexo masculino (75,4%), quando comparado ao sexo feminino (24,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Coeficiente de Mortalidade de idosos segundo o sexo e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Desnutrição, na Região Metropolitana da Grande São Luís, no período de 2014 - 2018.

| Grupo CID-10 | Masculino | | Feminino | | TOTAL | |
|--|------------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Kwashiorkor (E40) | 01 | 0,9 | - | - | 01 | 0,7 |
| Marasmo Nutricional (E41) | 05 | 4,8 | 02 | 5,7 | 07 | 4,9 |
| Kwashiorkor Marasmático (E42) | - | - | - | - | - | - |
| Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (E43) | 24 | 22,4 | 07 | 20,0 | 31 | 21,8 |
| Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (E44) | 11 | 10,2 | 03 | 8,6 | 14 | 9,9 |
| Atraso do Desenvolvimento devido à desnutrição Proteico-Calórica (E45) | - | - | - | - | - | - |
| Desnutrição Proteico-Calórica não especificada (E46) | 64 | 59,08 | 23 | 65,7 | 87 | 61,3 |
| Caquexia (R64) | 02 | 1,9 | - | - | 02 | 1,4 |
| TOTAL | 107 | 100,0 | 35 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIM, 2020.

Os dados obtidos no presente estudo reforçam os dados da pesquisa desenvolvida por Barros et. al (2014), cujo objetivo era identificar fatores associados à Desnutrição Proteico-Calórica nas Declarações de Óbitos (DO) ocorridas em Cuiabá - MT, no período entre 2002 e 2007. De acordo com os autores, a Desnutrição foi a terceira causa básica de óbitos de idosos da pesquisa (4,1%), sendo que estes ocorreram entre os idosos do sexo masculino (56,0%), em hospitais (79,3%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (71,2%). Também é importante destacar os dados apresentados em pesquisa desenvolvida por Rezende et al (2010), sobre a mortalidade de idosos com desnutrição no município de Belo Horizonte - MG, no período entre 2000 e 2003, em que foram registrados 28.861 óbitos em idosos com 60 anos ou mais, tendo a desnutrição como causa básica em 294 declarações de óbitos. Destes, o maior quantitativo de óbitos ocorreu no sexo masculino (56,12%).

Pode-se observar na Tabela 4 que os óbitos associados à Desnutrição, no período de 2014 – 2018 foram mais frequentes nos idosos com idade entre 70 e 79 anos (58,5%), quando comparado as faixas etárias entre 60 e 69 anos (34,4%) e de 80 anos ou mais (7,1%).

Tabela 4 - Distribuição de mortes de idosos segundo a idade e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Desnutrição, na Região Metropolitana da Grande São Luís, no período de 2014 – 2018.

| Grupo CID-10 | 60-69 anos | | 70-79 anos | | 80 anos ou mais | | TOTAL | |
|--|------------|--------------|------------|--------------|-----------------|--------------|------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Kwashiorkor (E40) | - | - | - | - | 01 | 10,0 | 01 | 0,7 |
| Marasmo Nutricional (E41) | - | - | - | - | 07 | 70,0 | 07 | 4,9 |
| Kwashiorkor Marasmático (E42) | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (E43) | 13 | 26,6 | 18 | 21,7 | - | - | 31 | 21,8 |
| Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (E44) | 05 | 10,2 | 09 | 10,8 | - | - | 14 | 9,9 |
| Atraso do Desenvolvimento Devido à Desnutrição Proteico-Calórica (E45) | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (E46) | 31 | 63,2 | 54 | 65,1 | 02 | 20,0 | 87 | 61,3 |
| Caquexia (R64) | - | - | 02 | 2,4 | - | - | 0,2 | 1,4 |
| TOTAL | 49 | 100,0 | 83 | 100,0 | 10 | 100,0 | 142 | 100,0 |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIM, 2020.

Este achado corrobora com os dados da pesquisa desenvolvida por Pereira, Spyrides e Andrade (2016), no qual se observou uma relação diretamente proporcional entre o baixo peso com e o avançar da idade, indicando que idosos mais longevos, com faixa etária entre 70 e 80 anos ou mais, apresentaram as maiores prevalências de déficit nutricional (46,4%), quando comparados aos idosos mais jovens, com faixa etária entre 60 e 69 anos (16,6%).

É importante destacar um estudo clássico multicêntrico realizado no Brasil no ano de 2001, denominado IBRANUTRI (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIRA, 2001). Neste, observou-se que a incidência da desnutrição aumenta com a idade e representa um fator de risco para morbimortalidade. Segundo dados da pesquisa, 48,1% de aproximadamente 4.000 pacientes idosos internados em vários hospitais brasileiros estavam desnutridos. Destes, 12,5% foram classificados como desnutridos graves. Os idosos desnutridos graves eram os mais velhos e aqueles que apresentavam menor peso corporal quando comparados aos demais pacientes em estudo.

Para Roach (2010), a mortalidade associada a Desnutrição em idosos não é um fenômeno recente no Brasil e com o avanço da idade e da fragilidade, o idoso possui

maior risco de apresentar problemas nutricionais, pois o envelhecimento diminui a capacidade de ingerir, digerir, absorver, e metabolizar os nutrientes do alimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período de 2014 a 2018, foram registrados 142 óbitos de idosos associados à Desnutrição na Região Metropolitana da Grande São Luís. Dentre as causas básicas do óbito de idosos, a mais frequente foi a Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (61,3%). Além disso, os óbitos de idosos associados à Desnutrição foram mais frequentes no sexo masculino (75,4%), com idade entre 70 e 79 anos (58,5%). Vislumbra-se aumento dos óbitos por Desnutrição na senilidade, na medida em que cresce a esperança de vida e mantêm-se as desigualdades e o baixo impacto das atuais Políticas Públicas de Segurança Alimentar. Cabe ao Enfermeiro e demais profissionais da área da saúde uma maior vigilância na Avaliação do Estado Nutricional dos pacientes idosos, bem como da associação de terapia nutricional nos casos necessários, o que poderá contribuir na redução da morbimortalidade por Desnutrição em idosos.

REFERÊNCIAS

- ABRANDH. **Ação brasileira pela nutrição e direitos humanos**. Brasília, 2013.
- ALMEIDA, D. L. Alimentação adequada como direito fundamental: desafios para garantir a efetivação. **Revista Internacional de Direito e Cidadania/Instituto Estudos Direito e Cidadania**, v.5, n.14, 2012
- BARROS, C.R.O. et al. Desnutrição proteico-calórica como causa concomitante de morte em declarações de óbito. **Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, v.4, n.1, p. 9-15, 2014.
- BRASIL. **Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2009**. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/politicas/pnan>>. Acesso em 12 set. 2020.
- BRASIL. **Educação alimentar e nutricional: uma estratégia para a promoção do direito humano à alimentação adequada**. Ideias na Mesa, Brasília, 2014.
- BURLANDY L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p.1347-1357, 2014.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência**. 2011.

CAMPOLINA, A.G.; ADAMI, F.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, v.29, n.1, p.1217-29, 2013.

HOFFMANN, R. Transferência de renda e a redução da desigualdade no Brasil e cinco regiões entre 1997 e 2004. **Econômica**, v. 8, n.1, p.55-81, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [ONLINE]. @Cidades. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br. 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Região Metropolitana da Grande São Luís** [Internet]. Disponível em: <https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/141125_atlas_sao_luis>. Acesso em 02 out. 2021.

MONTEIRO, C.A. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049006132.pdf. Acesso em: 02 out. 2021.

OTERO, U.B. **Estudo da Mortalidade por Desnutrição em Idosos na Região Sudeste do Brasil, 1980-1997**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001, 113 f.

PEREIRA, I. F.S.; SPYRIDES, M.H.C.; ANDRADE, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.5, p.1-12, mai. 2016.

REZENDE, E.M. et. al. Mortalidade de idosos com desnutrição em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: uma análise multidimensional sob o enfoque de causas múltiplas de morte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1109-1121. jun. 2010.

ROACH, S. **Promovendo a saúde fisiológica. Enfermagem na Saúde do Idoso**. Rio de Janeiro. Ed Guanabara, 2010.

SECID-MA, Secretaria das Cidades e Desenvolvimento Urbano do Estado do Maranhão. Secretaria Adjunta de Assuntos Metropolitanos. **Etapas do plano diretor de desenvolvimento integrado: sobre as etapas do PDDI e a Região Metropolitana da Grande São Luís**. [Internet]. 2018. Disponível em: <<http://www.secid.ma.gov.br/pddi/rmgsl/>>. Acesso em 01 out. 2021.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOUZA, K.T.; MESQUITA, L.A.S.; PEREIRA, L.A.; AZEREDO, C.M. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia – MG, Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.1, p.3513-20. 2014.

TADDEI J.A.A.C. LANG, R.M.L. LONGO, R.S. TOLONI, M.H.A. **Nutrição em saúde pública**. Rio De Janeiro: Editora Rúbio, 2011.

VALENTE, F.L.S. Do combate à fome à insegurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. **Rev. Nutri. Puccamp**, v. 10, n.1, p. 20-36, jan.-jun., 2002.

WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**. v. 17, n.7-8, p. 573-80, 2001.

WHO, World Health Organization. Growing Older. Staying well. **Ageing and Physical Activity in Everyday Life**. Genebra, 1998.





CAPÍTULO 3

SÍNDROME DO SEIO SILENCIOSO: RELATO DE CASO

SILENT SINUS SYNDROME: CASE REPORT

Pedro Victor de Arruda Armelin
Daniela Boscoli da Silva Noma Boigues
André Boscoli da Silva Noma Boigues

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.3

RESUMO

A Síndrome do Seio Silencioso (SSS) é uma doença caracterizada pela presença de enoftalmia e hipotropia associadas à deiscência do assoalho da órbita e consequente reabsorção de componentes do muco pelas paredes do seio maxilar, o que gera pressão negativa e torna a morbidade progressiva. Com base na existência de poucos trabalhos relatando esta doença, o objetivo deste relato de caso foi analisar a clínica em conjunto com os achados radiográficos de uma paciente com a suspeita de síndrome do seio silencioso assintomático. A paciente de iniciais A.S.L., 38 anos, sexo feminino, compareceu à clínica relatando muita dor de cabeça e crises de tosse, encaminhada por pneumologista. A paciente relatou ter crises de rinite, sinusite e asma e faz uso de prednisona para asma. Após realização de tomografia computadorizada, verificou-se o abaulamento do assoalho da órbita e velamento do seio maxilar caracterizando a SSS. O tratamento proposto a ela foi a cirurgia, no entanto, segue apenas em acompanhamento. Este caso apresentou-se sintomático o que poderia confundir o clínico no fechamento de diagnóstico. Contudo, pode-se inferir que para o diagnóstico diferencial é necessário que o profissional esteja atento e colete o máximo de informações possível, por meio da anamnese, exame clínico e complementares de imagem para propor o tratamento mais adequado conforme a gravidade de cada caso.

Palavras-chave: Síndrome do Seio Silencioso. Diagnóstico Diferencial. Enoftalmia. Hipotropia. Seio Maxilar.

ABSTRACT

Silent Sinus Syndrome (SSS) is a disease characterized by the presence of enophthalmos and hypotrophy associated with dehiscence of the floor of the orbit and consequent reabsorption of mucus components by the walls of the maxillary sinus, which generates negative pressure and makes the morbidity progressive. Based on the experience of cases related to this disease, the present case report was analyzed together with the radiographic patients of a patient with suspected asymptomatic discomfort syndrome. A patient in the England A.S.L., 38 years, female, attended the clinical report for the head of crises and crises of cough, referred by a pulmonologist. Patient reported attacks of rhinitis, sinusitis and asthma and use of prednisone for asthma. After computed tomography, the floor was removed from the orbit and the maxillary sinus veil characterizing an SSS. The treatment prescribed was surgery, however, only follow-up. The case appeared symptomatic which could confuse the clinician in closing the diagnosis. However, it can be inferred for the differential diagnosis with which the professional is attentive and

collect as much information as possible, through anamnesis, clinical examination and complementary images to propose the most appropriate treatment according to the severity of each case.

Keywords: Silent Sinus Syndrome. Differential diagnosis. Enophthalmia Hypotropia. Maxillary sinus.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Seio Silencioso (SSS) “tem sido descrita como enoftalmia e hipotropia progressivos, secundários ao colapso gradual do assoalho da órbita, na presença de sinusite maxilar crônica subclínica”. (NUMA et al., 2005, p. 688). O termo silencioso remete ao fato de que a alteração promovida na doença é isenta de sintomas como cefaleia, congestão nasal e sinusites, comuns nos casos de alteração normal de seio sinusal. (SHEIKI et al., 2013).

Esta síndrome afeta pessoas com idade entre 30 e 50 anos, segundo Hira et al., (2004), e entre a terceira e quarta década de vida conforme Sridhar et al. (2018). A SSS não apresenta predominância por sexo e ocorre, geralmente, no lado direito, implicando uma taxa de 57% da totalidade de casos relatados. (ROSE et al., 2003).

O diagnóstico é realizado por meio do exame clínico, anamnese e exames radiográficos complementares como tomografia computadorizada e radiografia panorâmica. Os principais sinais clínicos são o aumento da espessura do hipoglosso, enoftalmia e “descida” do assoalho da órbita, sendo que em alguns casos pode verificar-se diplopia. (ROSE et al., 2003).

Contudo, o estabelecimento de qual o profissional da área médica é responsável pelo tratamento da SSS ainda não é bem esclarecido. No entanto, sabe-se que “o otorrinolaringologista é requerido quando o oftalmologista observa nos achados tomográficos uma desestruturação e velamento do seio maxilar além do desabamento do assoalho da órbita ipsilateral ao olho enoftálmico”. (NASCIMENTO et al., 2007, p. 2). De forma complementar, tem-se que

a grande maioria dos casos de SSS tem seu atendimento iniciado pelo oftalmologista, já que se apresenta com ausência de sintomas nasossinusais. Em geral, durante a avaliação da enoftalmia, o oftalmologista se depara com os achados tomográficos de um colapso e velamento unilateral isolado do seio maxilar e decorrente “queda” do assoalho da órbita⁴. E, neste momento, o otorrinolaringologista é acionado. (BORIN et al., 2005, p. 27).

Com base no cenário apresentado, o objetivo deste trabalho foi analisar a clínica em conjunto com os achados radiográficos de uma paciente com a suspeita de síndrome do seio silencioso assintomático. Além disso, este trabalho visa contribuir

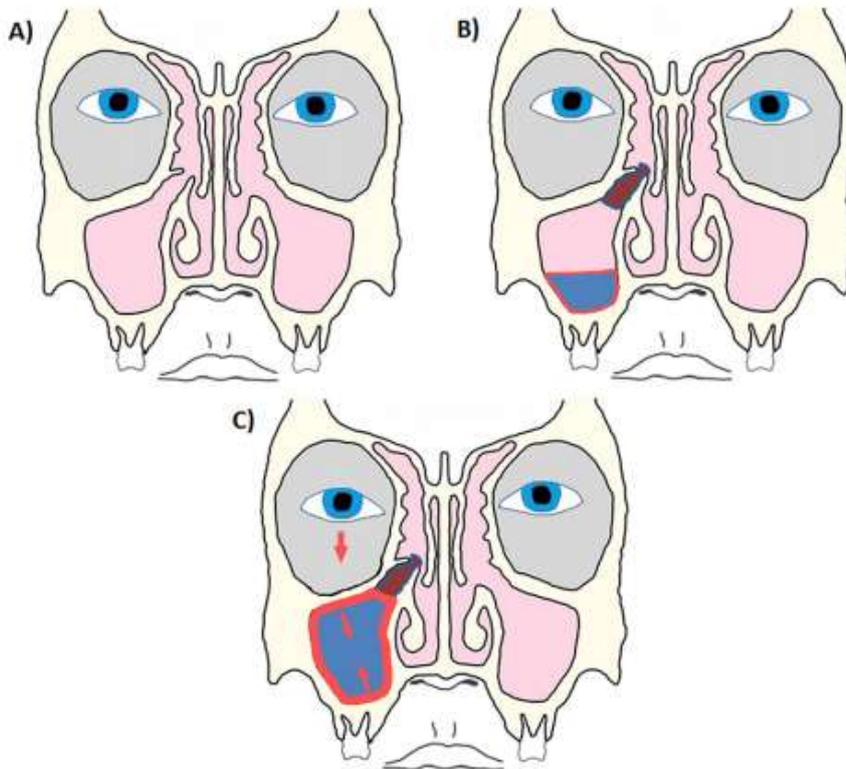
para o aumento de relatos de caso disponíveis na literatura a fim de auxiliar o diagnóstico e tratamento de SSS na clínica médica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO OU REVISÃO DE LITERATURA

O termo Síndrome do Seio Silencioso (SSS) tem sido usado para descrever um quadro de morbidade que é caracterizado pela associação de “enftalmia e hipotropia progressivos devido ao colapso agudo do assoalho orbital e opacificação do seio maxilar, na presença de sinusite maxilar crônica subclínica”. (NUMA et al., 2005, p. 690). O diagnóstico é fechado a partir da associação de exame clínico, anamnese detalhada e exames complementares de imagem sendo que o principal tratamento é o cirúrgico. (ROSE et al., 2003).

2.1 Patofisiologia

A obstrução do antro maxilar do complexo osteomeatal é a principal característica desta síndrome. A doença pode se apresentar de forma progressiva conforme demonstrado na figura 1 abaixo. Contudo, tem-se que a obstrução do complexo osteomeatal resulta em hipoventilação do seio, com reabsorção do ar pela parede do seio e acúmulo de muco e transudato acelular”. (TRIBICH et al., p. 495). Sendo assim, com o passar do tempo, o seio apresenta uma pressão negativo devido à reabsorção de muco pelas paredes e, conseqüentemente, tem-se a perda da convexidade normal do seio, gerando descida do assoalho orbital e o que se conhece como hipotropia. (NUMA et al., 2005). A progressividade da doença está representada na figura abaixo.

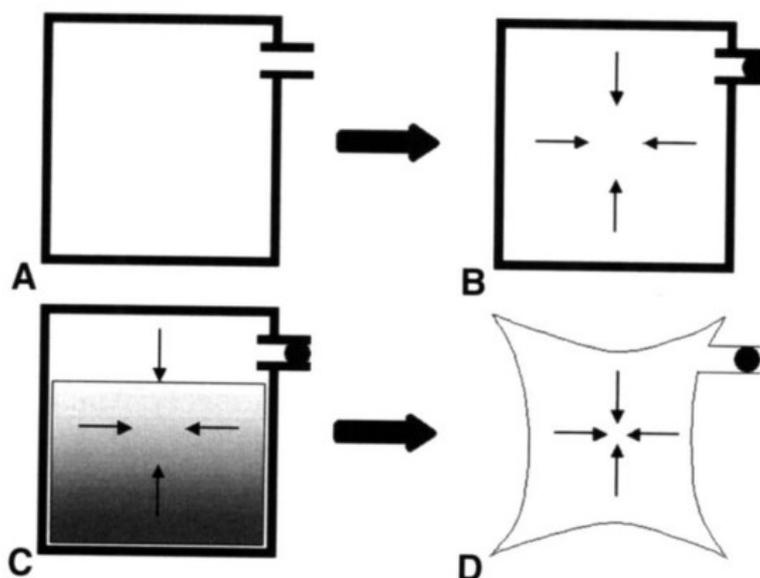
Figura 1 - Diferentes acometimentos do seio sinusal

A figura A) apresenta um seio sinusal normal associado ao complexo osteomeatal, na B) o complexo osteomeatal está ocluído resultando em acúmulo de fluido e redução do aspecto aerado da estrutura e na C) verifica-se uma reabsorção completa de ar e seio progressivamente preenchido por fluido

Fonte: Tribich et al. (2018, p. 496).

A principal causa da SSS é a hipoventilação do seio maxilar devido ao comprometimento do complexo osteomeatal. Esta hipoventilação resulta de uma inflamação subclínica dos tecidos sinusais que geram obstrução. Sendo assim, esta obstrução promove uma pressão negativa no interior da cavidade responsável pelo acúmulo progressivo de fluidos que resultam no abaulamento da camada interna do seio maxilar. Este abaulamento promove redução na espessura das paredes secundárias do seio maxilar gerando alteração de assolho orbital. (NUMA et al., 2005). Este processo está esquematizado na figura abaixo.

Figura 2 - Esquema da fisiologia da SSS



A figura A representa o espaço de um seio maxilar normal. A figura B representa a oclusão das paredes e geração de pressão negativa no interior do seio maxilar. A figura C representa o acúmulo de fluido no interior do seio maxilar devido à inflamação subclínica já instalada pela pressão negativa. Por fim, a figura D apresenta o estado mais avançado da doença com redução da espessura das paredes do seio maxilar e curvamento das paredes secundárias para o interior da cavidade.

Fonte: Numa et al. (2005, p. 691).

Todavia, em 80% dos casos a obstrução que leva ao início da doença é causada pela “retração lateral do processo uncinado, com aposição do processo uncinado contra a porção inferomedial da parede orbital”. (NUMA et al., 2005, p. 692). Contudo, é difícil determinar o que causa a oclusão ostial, principal causa da SSS. Cury et al. (2007, p. 56) postula que as principais causas para a oclusão ostial são

1. Lateralização da parede infundibular ou da concha média.
2. Polipose nasal ou mucocele ocluindo o óstio ou antro maxilar.
3. A inflamação persistente da mucosa nasal na presença ou ausência de rinosinusite.
4. A hipoplasia do seio maxilar, que, devido ao diâmetro ostial reduzido, pode levar a oclusão.
5. Presença de células etmoidais infra-orbitárias, levando ao estreitamento do óstio maxilar. (CURY et al., 2007, p. 56).

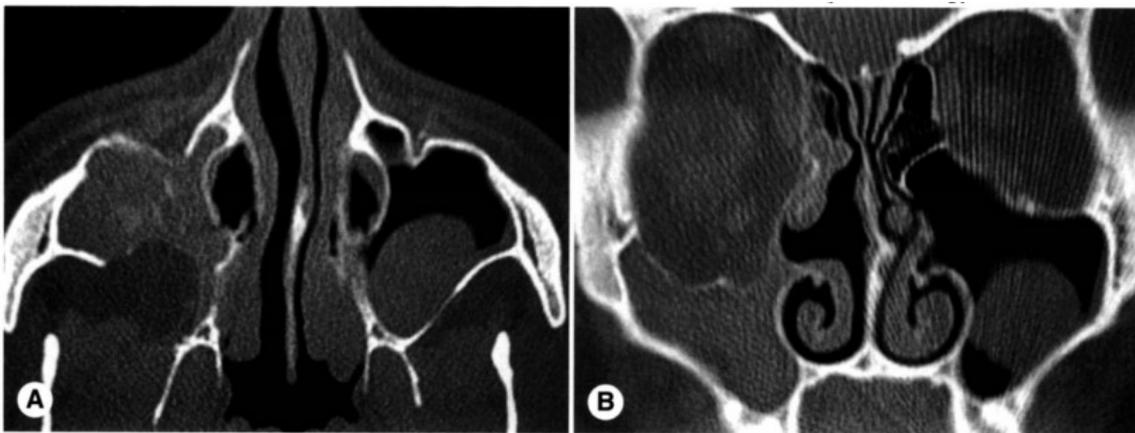
2.2 Sinais clínicos e radiográficos

O principal aspecto que conduz o paciente ao médico é a aparência de “olho afundado”, resultado da depressão do assoalho da órbita em decorrência da fisiologia de evolução da doença. Além disso, pode haver aprofundamento de pálpebra superior e queixa de desconforto ao redor das órbitas afetadas. (VANDER et al., 2001). Os achados mais comuns em pacientes com SSS são “revestimento mucoso com inflamação leve ou normal, aumento de meato médio, e processo uncinado completamente aderente para a parede lateral causando a obstrução do natural do

ostium da maxila". (SRIDHAR et al., 2018). Pode-se verificar também a presença de secreção não-patológica de coloração transparente e aspecto viscoso. (BOSSOLESI et al., 2014).

Na tomografia computadorizada verifica-se deslocamento ou depressão do assoalho orbital, hipotropia, enoftalmia, redução visível na espessura das paredes do seio maxilar, possíveis concavidades do seio, velamento do espaço do seio, desvio septal. (ROSE et al., 2003). Verifica-se de forma significativa a redução de espaço no interior do seio maxilar acompanhado de velamento, sendo que a parede medial é a que mais comumente apresenta ausência focal. (SOPARKAR et al., 1994). Estes aspectos podem ser visualizados na figura abaixo.

Figura 3 - Tomografia de seio sinusal com SSS



A figura A representa um corte axial e B um corte coronal, demonstrando a "descida" do assoalho orbital, característica marcante dos casos mais avançados de Síndrome do Seio Silencioso (SSS).

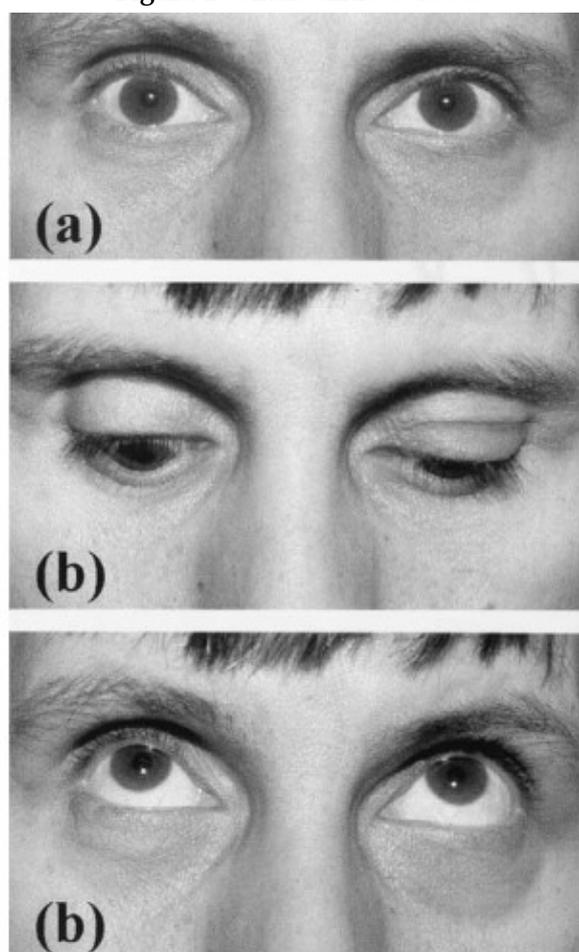
Fonte: Numa et al. (2005, p. 689).

2.3 Diagnóstico

A SSS deve ser diferenciada de "sinusite crônica, osteomielite, infiltração maligna (primária ou metastática), traumatismo orbital (cirúrgico ou não cirúrgico), contração ou atrofia do conteúdo orbital, inflamação sistêmica (esclerodermia) e pseudo-enoftalose". (NUMA et al., 2005, p. 692). Segundo Sridhar et al. (2018, p. 82) "as causas mais comuns de SSS incluem osteomielite, sinusite crônica, traumatismo orbital, infiltração sinusal maligna, falsa ou pseudoenoftalmia, atrofia da órbita, síndrome de Parry - Romberg e esclerodermia linear". No entanto, não devem ser tidas como a doença em si mas como sinais clínicos da SSS. Além disso, nas doenças citadas, verifica-se a presença de sintoma "incluindo dor facial e mucopurulenta drenagem nasal, que antecede o início dos sintomas orbitários" (NUMA et al., 2005, p. 692) o que não se observa na SSS.

Um aspecto marcante da SSS, mas não exclusivo desta doença, é obtido por meio do teste de movimentação dos olhos, no qual verifica-se um afundamento para dentro e para baixo do olho afetado e sendo indolor. (BURROUGHS et al., 2003). O sinal clínico de afundamento do olho obtido pela movimentação para cima e para baixo pode ser visualizado na figura abaixo.

Figura 4 - Sinais clínicos de SSS



A figura (a) aponta a visão horizontal do olho de um paciente com SSS. A figura (b) aponta a movimentação dos olhos para baixo e para cima verificando-se que o olho afetado é o direito neste caso.

Fonte: Rose et al. (2003, p. 813)

Contudo, o conjunto mandatório para diagnóstico de SSS inclui a enoftalmia ou hipotropia ocular espontânea associados a ausência de sintomas. (BURROUGHS et al., 2003). Segundo Tribich et al. (2018, p. 496) deve-se “considerar a síndrome do seio silencioso com ou sem enoftalmia / hipobulbo, em pacientes com diplopia e parestesia facial que têm opacificação ou contração do seio maxilar na TC [Tomografia Computadorizada] ou RM [Ressonância Magnética]”. O quadro abaixo apresenta, de forma resumida, os critérios para diagnóstico de SSS.

Figura 5 - Critérios para diagnóstico de SSS

- 1) Ausência de sinais e sintomas significativos nasossinusais, especificamente, ausência de episódios agudos de rinosinusites nos últimos 6 meses e história negativa de sinusite crônica.
- 2) Enoftalmia espontânea causada por remodelação e "queda" do assoalho da órbita demonstrados em cortes coronais tomográficos do seio maxilar.
- 3) Ausência de trauma facial e/ou enoftalmia por outras causas.
- 4) Ausência de malformações faciais congênicas e/ou outras anormalidades anatômicas significativas em cavidade nasal e de outros seios da face.

Fonte: Vander et al. (2001, p. 976).

O diagnóstico deve ser confirmado radiologicamente sendo que a varredura dos seios maxilares fornece o diagnóstico definitivo. Por meio da tomografia computadorizada ou ressonância magnética deve-se observar “desenvolvimento do seio, volume do seio, grau de aeração, configuração da parede, aparência do infundíbulo sinusal e posição do processo uncinado”. (NUMA et al., 2005, p. 692). Os achados radiológicos clássicos da doença e que a caracterizam são “redução do volume do antro maxilar e concavidade do seio com ou sem espessamento da mucosa, assim como opacificação sinusal e aumento do volume orbital”. (COBB et al., 2012, p. 84).

2.4 Tratamento

Segundo Tribich et al. (2018, p. 494), pacientes com SSS

necessitam de encaminhamento imediato para otorrinolaringologia, devido ao alto risco de colapso do assoalho orbital. O tratamento é com cirurgia nasal endoscópica para drenar e arejar o seio maxilar, geralmente através de uma antrostomia maxilar; isso envolve a dilatação do seio e, às vezes, o reparo do assoalho orbital. Sem cirurgia, a doença geralmente progride. (TRIBICH et al., 2018, p. 494).

O tratamento consiste basicamente de “dois passos: (a) limpar o seio reconstruindo uma passagem de drenagem funcional e (b) reconstruir a arquitetura orbital normal”. (SRIDHAR et al., 2018, p. 82). De forma complementar, Numa et al. (2005) classifica o tratamento em sinusal e orbital. Prefere-se a abordagem sinusal com reconstrução de órbita e seio maxilar em tempo cirúrgico único, sendo recomendada a técnica de abordagem endoscópica sobre o seio maxilar através da antrostomia média com alargamento do óstio principal. (BLACKWELL et al., 1993). Outra abordagem seria a “realização de ampla antrostomia e tamponamento sinusal com gaze embebida em antibiótico por 3 semanas, evitando com isso a necessidade de reconstrução orbitária na maioria dos casos”. (ROSE et al., 2003, p. 822).

A técnica para reconstrução da órbita é a mesma empregada em reparo de fraturas orbitais comuns, sendo realizada por meio de incisão subciliária e abordagem

transconjuntival. (THOMAS et al., 2003). Os materiais empregados para reconstrução incluem “folhas de náilon, placas de titânio, Medpor e, em alguns casos, osso autólogo”. (NUMA et al., 2005, p. 693).

3 RELATO DE CASO

A paciente de iniciais A.S.L., 38 anos, sexo feminino, compareceu à clínica relatando muita dor de cabeça e crises de tosse, encaminhada por pneumologista. Após realização da anamnese e exame clínicos iniciais, foi verificada presença de enoftalmia e hipotropia.

A paciente relatou ter crises de rinite, sinusite e asma e faz uso de prednisona 5 mg por dia para asma.

Estava em acompanhamento com pneumologista há 3 anos para tratamento de asma que suspeitou de alguma alteração e encaminhou para o otorrinolaringologista.

Após realização de tomografia computadorizada, verificou-se o abaulamento do assoalho da órbita e velamento do seio maxilar caracterizando a SSS.

Quanto aos sinais clínicos, verificou-se quadros de sinusite subclínica associados a secreção mucosa transparente, não característica de patologia bacteriana.

O tratamento proposto a ela foi a cirurgia pela técnica de Blackwell que visa abordagem endoscópica sobre o seio maxilar através da antrostomia média com alargamento do óstio principal. No entanto, a paciente ainda segue apenas em acompanhamento.

4 ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O quadro clínico apresentado demonstra sinais claros de Síndrome do Seio Silencioso. Segundo Cury et al. (2007, p. 53) “a síndrome do seio silencioso é uma entidade clínica rara caracterizada por enoftalmia espontânea e hipoglobus causada pela atelectasia progressiva do seio maxilar”. No caso apresentado, a paciente apresentou enoftalmia ou hipotropia associados a um quadro clínico de sinusite subclínica e fluido mucoso transparente.

No tocante às imagens radiológicas, tem-se no caso de SSS verifica-se um deslocamento ou depressão do assoalho orbital, redução visível na espessura das paredes do seio maxilar, possíveis concavidades do seio e velamento do espaço do seio associados a desvio septal. Além disso, existe a redução do espaço no interior do

seio maxilar acompanhado de velamento característico de existência de fluido no interior. (ROSE et al., 2003). No presente caso, por meio da varredura do seio maxilar na tomografia computadorizada observou-se a presença de velamento interno no seio do lado direito, o que vai ao encontro da literatura existente de que a maioria, 57% dos casos, ocorre do lado direito. (ROSE et al., 2003). Além disso, estava presente a depressão do assoalho da órbita e redução do espaço do seio maxilar.

O tratamento sugerido à paciente foi pela técnica de Blackwell que consiste na “criação de uma via de drenagem mucosa a partir do seio obstruído é realizada endoscopicamente, com a confecção de uma janela antral nasal ou por meio de uma antrostomia maxilar”. (YASHIDA et al., 2011, p. 52). Esta técnica é a mais recomendada devido à realização de tempo cirúrgico único e abordagem sinusal, a qual apresenta resultados mais favoráveis. (ROSE et al., 2003). Contudo, a paciente demonstrou-se insegura com relação à realização da cirurgia e ainda não apresentou parecer favorável para sua realização.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste caso é possível inferir que a Síndrome do Seio Silencioso pode ser de fácil diagnóstico desde que o clínico conheça bem os sinais e sintomas que a caracterizam como enoftalmia e hipotropia. Estes sinais devem estar associados à ausência de sintomas ou sinusite subclínica. O diagnóstico pode ser feito com o cruzamento de dados obtidos na anamnese, exame clínico e complementares de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética. No exame clínico pede-se ao paciente para realizar a movimentação dos olhos, sendo que, o olho afetado estará deficitário nesta atividade.

Os aspectos radiológicos são característicos com a depressão do assoalho da órbita, abaulamento das paredes do seio maxilar, redução do espaço do seio e velamento deste além de desvio septal frequente.

O tratamento mais indicado nos casos mais graves é de cirurgia por meio de endoscopia com abordagem sinusal pela técnica proposta por Blackwell em 1993.

É responsabilidade do profissional realizar o diagnóstico diferencial para proposição do tratamento mais adequado a fim de evitar maiores complicações.

REFERÊNCIAS

BLACKWELL, K.E. et al. Atelectasis of the maxillary sinus with enophthalmos and midface depression. *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, v. 102, p. 429-32, 1993.

BORIN, A. et al. Síndrome do seio silencioso, uma entidade pouco conhecida: relato de dois casos clínicos e revisão de literatura. **Revista UNIFESP**, v. 71, n.5, p. 26-31, 2005.

BOSSOLESI, P. Silent sinus syndrome: Clinical findings and differential diagnosis. **Case Rep Clin Med.**, v. 3, p. 293-303, 2014

BURROUGHS, J.R. et al. Misdiagnosis of silent sinus syndrome. **Ophthalmic Plast Reconstr Surg.**, v. 19, p. 449-54, 2003.

COBB, A.R. et al. Silent sinus syndrome. **Br J Oral Maxillofac Surg.**, v. 50, p. 81-85, 2012.

HIRA, N.K. et al. Silent sinus syndrome. [Optometry - Journal of the American Optometric Association](#), v. 75, n. 9, p. 589-594, 2004.

NASCIMENTO, R.P. et al. Síndrome do seio silencioso: tratamento cirúrgico. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 73, n.2, 2007.

NUMA, W.A. et al. Silent sinus syndrome: a case presentation and comprehensive review of all 84 reported cases. **Ann Otol Rhinol Laryngol.**, v. 114, p. 688-94, 2005.

ROSE, G.E. et al. Clinical and radiologic characteristics of the imploding antrum, or "silent sinus," syndrome. **Ophthalmology**, v. 110, p. 811-8, 2003.

SHEIKHI, M. et al. The silent sinus syndrome. **Dent Res J (Isfahan)**, v. 10, p. 264-267, 2013.

SOPARKAR, C.N. et al. The silent sinus syndrome. A cause of spontaneous enophthalmos. **Ophthalmology**, v. 101, p. 772-8, 1994.

TRIBICH, S. et al. Silent sinus syndrome: an unusual case of facial numbness. **Pract Neurol.**, v. 18, p. 494-496, 2018.

VANDER, M. J. B. et al. The silent sinus syndrome: A case series and literature review. **Laryngoscope**, v. 111, p. 975-8, 2011.

CAPÍTULO 4

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

PERFORMANCE OF NURSES IN PEDIATRIC EMERGENCY AND EMERGENCY

Thayssa Carvalho dos Santos¹

Wilson Pacheco Corrêa²

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.4

¹ Faculdade Pitágoras, thayssa1994@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6821465171906938>

² Faculdade Pitágoras, wilsonpacheco1982@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6423178037932294>

RESUMO

A assistência à saúde em situações de urgência e emergência pediátrica exige cuidados emocionais controlados, tendo em vista que tal situação exige uma postura diferenciada dos profissionais de saúde. O objetivo deste artigo é analisar e discutir a atuação do enfermeiro em urgência e emergência pediátrica, analisando os métodos obtidos e o que pode ser melhorado nesse contexto, que incluiu análise de dados e livrarias virtuais da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e National Library of Medicine (MEDLINE), realizada entre outubro e dezembro de 2020. Este trabalho mostra como é o atendimento da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência pediátrica e como é importante melhorar este atendimento para uma eficiente melhora e recuperação do paciente e sua família. Portanto a atuação da equipe de enfermagem é aliar conhecimento científico com capacidade, agilidade, liderança e raciocínio rápido no cenário de urgência e emergência.

Palavras-chave: Urgência e emergência. Enfermagem. Pediatria.

ABSTRACT

Health care in cases of urgency and pediatric emergency controlled emotional care, considering that such a situation requires a differentiated approach from health professionals. The aim of this article is to analyze and discuss the role of nurses in pediatric emergency care, analyzing the methods chosen and what can be improved in this context, which included data analysis and virtual bookstores of Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and National Library of Medicine (MEDLINE), held between October and December 2020. This work shows how the care of the nursing staff in the pediatric urgent and emergency service is and how important it is improve this care for an efficiency improvement and recovery of the patient and his family. Therefore, the role of the nursing team is to combine scientific knowledge with capacity, agility, leadership and quick thinking in urgent and emergency scenarios.

Keywords: Urgency and emergency. Nursing. Pediatrics.

1 INTRODUÇÃO

A função da enfermagem em urgência e emergência é de desempenhar o atendimento de forma a sempre manter os sinais vitais do paciente, utilizando das habilidades desenvolvidas em todo o seu período acadêmico alinhando a busca constante de novos conhecimentos.

Nesse contexto, o atendimento em urgência e emergência pediátrica exige experiência e capacitação, iniciando com atendimento direcionado ao amparo da criança e dos familiares, pois uma situação de emergência é uma nova e assustadora experiência (BARBOSA, 2011).

O enfermeiro é um profissional da saúde que está mais próxima dos usuários, o que faz que seu papel seja crucial na emergência, sua atuação no processo de avaliação e classificação de risco, reconhecendo e atuando para o andamento eficaz e direcionado do atendimento.

Padrões de exigências desse profissional se tornam ainda maiores, além da necessidade de estabelecer um vínculo de confiança entre ambas as partes (OLIVEIRA, 2011).

As crianças que necessitam utilizar os serviços de urgência e emergência chegam a situações agudas ou de extrema gravidade, precisando de intervenções imediatas.

Portanto, o objetivo deste artigo é analisar e discutir a atuação do enfermeiro em urgência e emergência pediátrica. Acredita-se que este estudo colabore para o conhecimento dos profissionais da saúde acerca da urgência e emergência pediátrica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O atendimento de urgência e emergência à criança exige atenção especial dos profissionais de saúde, devido às peculiaridades biopsicossociais e as características próprias dessa população, necessitando de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento emergencial (TACSI YRC, 2004).

As causas que demandam assistência nas unidades de atendimento pediátrico são: as doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e doenças do aparelho digestivo (MS, 2014).

As crianças que adentram aos serviços de urgência e emergência, chegam em situações agudas ou de extrema gravidade em risco iminente de morte, precisando de intervenções imediatas, sendo que, nesses locais há uma grande variabilidade assistencial para os cuidados, e se faz necessário garantir as manobras de estabilidade da vida, e dessa maneira possibilita a integralidade do cuidado na própria unidade e em outros níveis de atendimento, fortalecendo assim, a rede de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (NASCIMENTO *et al.* 2011).

A assistência às urgências é realizado em unidades denominadas pronto socorro ou pronto atendimento, que tem sua estrutura voltada para receber e realizar o primeiro atendimento aos usuários que apresentam quadro de urgências e emergências, como também aqueles que não resolveram suas queixas na atenção primária (PRUDÊNCIO *et. al*, 2016).

A urgência e emergência apresentam características totalmente diferentes de outras unidades, que necessitam de serviços de alta complexidade no atendimento a pacientes com risco iminente de morte. Contudo, as tecnologias avançadas utilizadas nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados ao objeto e à força de trabalho nesse processo (CRISTINA, 2010).

Notasse uma crescente procura pelos atendimentos no pronto socorro e a justificativa para isso é que a maioria dos atendimentos poderia ser solucionada nos serviços de atenção primária por serem problemas com menor complexibilidade.

Esse aumento na procura pelos serviços de urgência resultou em uma tensão nos profissionais de enfermagem, pois além do grande número de atendimentos, ele tem que lidar com diversos casos e com a cobrança dos usuários por um serviço de qualidade e com rapidez, resultando então em um atendimento debilitado e de baixa qualidade nos setores de urgência e emergência (ARAÚJO *et. al*, 2014).

A assistência realizada pela equipe de enfermagem aos pacientes pediátricos demanda cuidados técnicos, do qual temos que compreender a criança, o que ele está sentindo no momento da consulta ou ter a capacidade de visualizar e decifrar seus gestos. É importante que diante de um quadro emergencial, onde pode ocorrer risco de morte a esta criança a equipe tenha elaborado um plano de cuidados. A importância da preparação do enfermeiro para agir em uma situação de urgência e emergência é crucial tendo em vista a vida do paciente e ainda as consequentes sequelas que podem advir de um mau procedimento. Portanto uma boa assistência é fundamental para a vida desta criança, além de proporcionar atenção e conforto a mãe/pai ou seu acompanhante.

De modo geral assistência destinada aos pacientes em situações de emergência exige do profissional um cuidado técnico e emocional, e sendo este atendimento prestado ao público infantil, como nas emergências pediátricas, os padrões de exigência desse profissional se tornam ainda maiores, além da necessidade de estabelecer um vínculo de confiança entre ambas as partes (OLIVEIRA, 2011).

Percebe-se, com base nas pesquisas que é fundamental a atuação do enfermeiro em seu ambiente de trabalho, munido de conhecimento em procedimentos técnicos e ainda tecnológicos. Além disso, os serviços hospitalares do setor de urgência e emergência exige que o profissional tenha um conhecimento em relação às diversas situações que envolvem a saúde, é preciso que este profissional possua algumas características, como agilidade, sagacidade, pensamento rápido, cautela, pois o tempo que ele tem para solucionar os problemas assistenciais pode ser pouco (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

Portanto deve fazer parte da postura deste profissional à estabilidade emocional, paciência, sentimento de companheirismo, liderança e iniciativa (GOMES, 1994 apud WEHBE e GALVÃO, 2005). Bem como o atendimento humanizado, que deve ser inserido na postura do profissional enfermeiro e sua equipe, por se tratar de uma criança que no momento está fragilizada e com medo. É necessário possuir profissionais capacitados e aptos para atender a demanda da melhor forma possível, realizando procedimentos específicos conduzidos por um atendimento humanizado e adequado a criança.

Gallo e Mello (2009) apontam para necessidade de treinamento das equipes de atendimento de profissionais de saúde, principalmente aqueles que possuem muitos anos de serviço e que estão acostumados com uma rotina, muitas vezes fria, centrada somente no cuidar, deixando de lado a função de assistir integralmente o doente e seus familiares.

Woiski e Rocha (2010) mostraram que uma das atribuições do enfermeiro está a de educador, e considera de extrema necessidade que este capacite sua equipe para a realização do cuidado dentro do contexto de trabalho em que estão inseridos, e a realização de treinamentos, dinâmicas de grupo, entre outros programas, pode instrumentalizar fortalecer e encorajar a equipe para o atendimento à criança vítima de violência sexual, por exemplo. Desta forma, pode-se construir um espaço de trabalho humanizado.

Humanizar a saúde significa então, valorizar nas práticas o relacionamento entre o profissional e o paciente baseado no respeito e confiança, garantindo assim, a assistência equitativa e a dignidade do cliente (Celich, 2004). Então, para que ocorra esse processo de conscientização, o ideal é que aconteça durante a graduação dos profissionais, é um ótimo período para que os futuros enfermeiros ou técnicos de enfermagem sejam treinados e modelados para exercer tal função. Mas não se pode parar aí, é importante que nas unidades de urgência e emergência sejam desenvol-

vidos constantemente cursos de capacitação para as equipes com foco na assistência humanizada.

A segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. A partir desse enfoque fica instituído, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam (BRASIL, 2013).

Desse modo, a manutenção da segurança da criança aumenta quando a equipe de enfermagem recebe treinamento constante. Assim, é capaz de prever as possíveis ameaças advindas dos riscos relacionados à segurança do paciente, como: erros de medicação, uso inadequado e/ou falta de equipamentos, recursos humanos, no que se refere à falta de habilidade técnica, bem como, na comunicação ineficiente entre os diferentes profissionais de saúde e acompanhante (Bagnasco *et al*, 2013).

Nesse cenário o foco é a necessidade do paciente, que ficam suprimidos no momento de realização de alguns procedimentos para que possamos ter o diagnóstico e tratamento. Dentre estes procedimentos os mais temidos são os procedimentos invasivos, ex.: coleta de sangue ou punção venosa, pois envolve agulhas ou a possibilidade de internação para administrar mais alguns medicamentos. Toda essa situação gera um estresse muito grande na criança, e o que pode ser amenizado são os brinquedos junto com a companhia de alguém próximo a ele (a).

O brinquedo e brincadeiras fazem parte do desenvolvimento da criança, pois é considerada uma necessidade básica da infância. O uso do brinquedo faz com que a criança verbalize melhor os seus sentimentos e desejos, pois alivia a ansiedade, promovendo o bem-estar (FREITAS, BRUNA; VOLTANI, SIRLEI).

Alguns estudos mostram que, o que pode amenizar o sofrimento e/ou ajudá-las a perceber o que está acontecendo é o uso de algum brinquedo do qual mais goste, a criança pode verbalizar o que está sentido e compreender o procedimento que está sendo feito, pois é uma forma de distração para reduzir os medos, tensões e ansiedade das crianças. O uso do brinquedo é recomendado sempre que a criança estiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil ou necessitar ser preparada para algum procedimento. É um ótimo momento para que o profissional enfermeiro promova bem-estar á criança, podendo contribuir para uma resposta positiva da criança diante de um procedimento doloroso, favorecendo o vínculo enfermeiro-criança.

É importante a relação humanizada do profissional de enfermagem, especificamente do enfermeiro, a criança e ao acompanhante, pois caso não ocorra uma boa relação entre ambas pode acarretar negativamente na recuperação clínica da criança, prolongando seu período no hospital, vindo à tona suas fragilidades, medo e desânimos e comprometendo a assistência prestada.

A equipe deve sempre está avaliando a dor do cliente, pois é um dos sinais vitais a ser avaliado. Segundo pesquisas realizadas, os profissionais muitas vezes não avaliam a dor conforme recomendado, a dor pode ser um sintoma que acompanha de forma transversal alguma patologia, e ao centrar somente em um problema, pode estar excluindo outro.

O profissional então tem que está atendo a certas situações e diagnósticos, pois os pais/acompanhantes desta criança esta confiando na equipe medica, e/ou de enfermagem que esta mais próxima da criança. A equipe de enfermagem é a que esta mais próxima do seu paciente, lhe dando suporte, acolhimento, tirando dúvidas dos pais, deixando-os mais confortável possível sobre o tratamento de seu ente querido. No momento de desespero, seremos nós que iremos confortar com as palavras certas e acalma-los para quando olhar a criança novamente dê força e coragem para uma recuperação mais rápida.

Portanto é importante a enfermagem aplicar a SAE, pois auxilia no planejamento da assistência, dos procedimentos técnicos, no processo da humanização, utilizando a estratégia da comunicação eficaz para um tratamento digno as crianças e familiares. Portanto, o processo de enfermagem é fundamental na gestão e no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem.

O enfermeiro tem fundamental importância durante esse processo, pois eles permanecem durante todo o período de internação hospitalar ao lado do paciente, prestando assistência ininterrupta, o que permite realizar observação direta, bem como identificar as respostas humanas e traçar os diagnósticos de enfermagem, para construir o plano de cuidados a ser implementado de forma individualizada e personalizada (DUARTE *et al*, 2012).

O acompanhante torna-se pessoa importante na manutenção do cuidado às crianças, ressaltando a necessidade de nitidez na comunicação entre profissionais e acompanhantes, fator contribuinte na melhoria do cuidado em unidade de emergência (PIRES, LOEDI *et, al*).

Os acompanhantes avaliaram a equipe de enfermagem que realiza a assistência às crianças com agilidade, cuidado, atenção e humanização, sobressaindo o suporte tecnológico, ferramentas úteis desenvolvimento da assistência ofertada com resolutividade do quadro de doença, fatores necessários ao se fazer proporcional à segurança para uma assistência de qualidade (PIRES, LOEDI *et al*).

Visto que o papel da enfermagem é fundamental no serviço de urgência e emergência, é importante identificar quem necessita de assistência para a prestação de cuidados básicos quanto para a atuação de um caso de urgência e emergência. E por em prática a humanização e competência clínica nos atendimentos de enfermagem, para que haja o melhor acolhimento à criança que no momento precisa ser assistida com maior cautela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se neste estudo que o profissional de enfermagem é o responsável por avaliar e classificar o paciente no momento da sua chegada ao serviço de emergência, portanto, é fundamental que o enfermeiro tenha domínio, conhecimento e habilidades para que preserve a vida da criança, levando em consideração o respeito com o paciente e seus familiares, devido ao momento delicado.

Um ponto importante a ser analisado e melhorado, é o processo de humanização, no início do atendimento, quanto no tratamento até sua alta hospitalar. Para que a humanização e o acolhimento no serviço de enfermagem possam ser melhorados, é necessário que o quadro de profissionais tenha a conscientização e preparo para realizar um cuidado distinto, passando a compreender o paciente como figura humana. Sabemos que precisamos garantir aconchego, calma e tranquilidade além de estar com as condições de higiene e limpeza do local apropriada.

Sabemos que existe a falta de recursos em algumas vezes, porém, é importante e necessária a capacitação do enfermeiro e da sua equipe, para que nessas horas a vítima receba um atendimento rápido e de qualidade, e se sinta segura nas mãos destes profissionais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. K. M. *et al*. **Atuação do enfermeiro dentro dos serviços de urgência e emergência pediátrica**. International Nursing Congress, 2017. 04 f. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5691/2164> Acesso em: 05 out. 2020.

NEVES, F.G. *et al*. **O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes**. Escola Anna Nery, 2016. 07 f. Disponível em: <http://>

www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160063 Acesso: 05 out. 2020.

TAVEIRA, R. P. C. **Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de emergência.** 2011. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.

CUSTÓDIO, A. B., MONTEIRO, A. T. A., DA SILVA, G. K. **Assistência de enfermagem no atendimento à criança em serviço de urgência e emergência: uma revisão bibliográfica.** Simpósio de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente. 2017. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/assist%3%8ancia-de-enfermagem-no-atendimento-%c3%80-crian%c3%87a-cust%c3%b3diomonteiro/e318dbec05207959e9423fc32c48712608a5fc9c> Acesso: 05 out. 2020.

BARRETO, M. S. *et al.* **Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2015. 09 f. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14768/1/2015_art_msbarreto.pdf Acesso: 05 out. 2020.

TACSI, Y. R. C, VENDRUSCOLO, D. M. S. **A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004. 12 f. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/K7Qv5VcYbGV9SZwNCjGPHsn/?lang=pt> Acesso: 05 nov. 2020.

OLIVEIRA, W. A. *et al.* **A importância do enfermeiro na evolução do atendimento pré-hospitalar na brasil.** revista de enfermagem da faci plac, 2017. Disponível em: <http://revista.faci plac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/268> Acesso: 08 out. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 f.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf Acesso: 10 out. 2020.

SILVA, D. S. *et al.* **A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2014. 09 f. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/19615/16460> Acesso: 10 out. 2020.

MARTINS, M. R. *et al.* **Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico.** Revista Latino Americana de Enfermagem, 2001; 09 f. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/680a/70f779edd854bc1fb5aee77ae594eea09b6a.pdf> Acesso: 05 nov. 2020.

MOURA, M. A. A. *et al.* **O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência.** Revista Científica de Enfermagem, 2014; 08 f. Disponível

em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/71/133> Acesso: 10 out. 2020.

BRASIL Humaniza SUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília-Ministério da Saúde, 2004. 49 f. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf Acesso: 20 out. 2020.

NASCIMENTO, E. R. P. *et al.* **Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação dos Profissionais de Enfermagem de um serviço de Emergência**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2011; 07 f. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/11812/10180> Acesso: 25 out. 2020.

SARAIVA, R. *et al.* **Manual de orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Sociedade Quixadaense de Proteção e Assistência a Maternidade e a Infância. Hospital Maternidade Jesus Maria José. Quixadá, 2014; 11 f. Disponível em: <http://www.hmjmj.com.br/wp-content/uploads/2014/08/Manual-Classifica%C3%A7%C3%A3o-de-Risco.pdf> Acesso: 30 de out. 2020.

RIBEIRO, P. J.; SABATÉS, A. L.; RIBEIRO, C. A. **Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue**. Revista escola de enfermagem, 2001, 09 f. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NkNGLcxCxzVS7sCxx64WNQN/?lang=pt&format=pdf> Acesso: 07 nov. 2020.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão**. Ciência e saúde coletiva, 2010, 14 f. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CT9XdBbVbctpmwzLjRLxm3q/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 05 nov. 2020.

SANTOS, J.L.G.; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: **ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência**. Rev. Gaúcha Enfermagem, 2011, 08 f. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SF4ws5mZQS6bdQ56H7Mrs-vt/?lang=pt&format=pdf> Acesso: 15 dez. 2020.

NEVES, F. G. *et al.* **O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes**. Escola Anna Nery, 2016, 07 f. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/7pjZxwCN9dJtkG6FTkwyrMK/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 20 dez. 2020.

CAPÍTULO 5

A INFLUÊNCIA SOCIOECONÔMICA NA INTRODUÇÃO ALIMENTAR EM CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES

Adriele Ferreira de Jesus¹

Ana Estela Barboza Ramos²

Marlessandra da Silva Canto³

Samantha Souza de Melo⁴

Tainan Ferreira dos Santos⁵

Thainara Iasmin Santos Braga⁶

Ronildo Oliveira Figueiredo⁷

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.5

1 1Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

2 1Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

3 1Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

4 1Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

5 1Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

6 1Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

7 2Docente e orientador da Faculdade Estácio do Amazonas

RESUMO

A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso. Nos últimos anos têm se verificado avanços importantes na promoção da amamentação, no entanto a promoção da alimentação complementar tem menores progressos. Nesse contexto, atingir a alimentação adequada das crianças na primeira infância deve ser um componente essencial da estratégia global para a segurança alimentar de uma população. Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo geral realizar um estudo sobre a importância do aleitamento materno e os aspectos socioeconômicos que influenciam diretamente na introdução alimentar de crianças de 6 a 24 meses. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados: Scielo, Google Scholar, Pubmed, Bireme e Lilacs, através das palavras-chave: Alimentação Infantil; Introdução alimentar; Alimentação complementar; Aleitamento materno; Fatores socioeconômicos e a alimentação infantil; Lactente; Hábitos Alimentares. Por meio dos estudos abordados pôde-se verificar que é possível que as práticas alimentares inadequadas identificadas comprometam a saúde da criança em curto e longo prazo e, por isso, há a necessidade de priorização de atividades de promoção e de melhoria dos serviços materno-infantis para mudar o cenário em questão. Logo, esta pesquisa justifica-se não somente pela relevância do tema, como também na divulgação da adequação nutricional dos alimentos complementares, fundamentais na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso.

Palavras-chaves: Aleitamento. Materno. Alimentar. Socioeconômicos.

ABSTRACT

The nutritional adequacy of complementary foods is essential to prevent morbidity and mortality in childhood, including malnutrition and overweight. In recent years there have been important advances in the promotion of breastfeeding, however the promotion of complementary feeding has made less progress. In this context, achieving adequate nutrition for children in early childhood should be an essential component of the global strategy for food security for a population. Thus, this research aims to conduct a study on the importance of breastfeeding and the socioeconomic aspects that directly influence the introduction of food for children aged 6 to 24 months. This is an integrative literature review, carried out in the following databases: Scielo, Google Scholar, Pubmed, Bireme and Lilacs, using the keywords: Infant Feeding; Food introduction; Complementary food; Breastfeeding; Socioeconomic factors and infant feeding; Infant; Eating habits. Through the studies

discussed, it could be verified that it is possible that the identified inappropriate eating practices compromise the child's health in the short and long term and, therefore, there is a need to prioritize activities to promote and improve maternal and child services. to change the scenario in question. Therefore, this research is justified not only by the relevance of the theme, but also in the dissemination of the nutritional adequacy of complementary foods, which are fundamental in the prevention of morbidity and mortality in childhood, including malnutrition and overweight.

Keywords: Breastfeeding. Maternal. To feed. Socioeconomic.

1 INTRODUÇÃO

O leite materno, isoladamente, é suficiente para suprir as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses de vida e, a partir desta idade, a introdução da alimentação complementar é necessária para fornecer o aporte adequado de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No entanto, mundialmente, apenas 36% das crianças com idades entre zero e seis meses são amamentadas exclusivamente e a prevalência da introdução precoce de alimentos sólidos varia de 40,4% até 83,5% em países desenvolvidos (CASTRO PD *et al*, 2015).

A grande preocupação dos profissionais da saúde é justamente com o desmame precoce, pois o período do puerpério é o momento de adaptações, preocupações e inseguranças, muitas vezes causando impactos diretamente no aleitamento. Algumas das hipóteses levantadas pelos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF) mais frequentes de desmame precoce é o retorno ao trabalho após completar o período de quatro meses, a falta de preparação, a privação de informação sobre a amamentação, aparência estética e apoio da família (VARGAS GS *et al* 2016).

A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso. Nos últimos anos têm se verificado avanços importantes na promoção da amamentação, no entanto a promoção da alimentação complementar tem menores progressos. Nesse contexto, atingir a alimentação adequada das crianças na primeira infância deve ser um componente essencial da estratégia global para a segurança alimentar de uma população (MIZUNO, 2019)

A identificação dos fatores associados ao início precoce e à inadequação nutricional da alimentação complementar, especialmente em situação de baixo nível socioeconômico, é indispensável para a criação de medidas que possam viabilizar

ações de saúde pública com finalidade a promoção e a incorporação de práticas alimentares saudáveis ao longo da infância (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

No que se refere à verificação dos possíveis fatores associados à introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida das crianças, permaneceram associadas a menor escolaridade materna e a menor renda mensal familiar. Em relação à escolaridade materna, este resultado reflete o menor acesso das mulheres analfabetas ou pouco escolarizadas a informações sobre práticas alimentares saudáveis em relação àquelas com melhor nível de escolaridade, e as possíveis dificuldades relacionadas à leitura e compreensão de materiais educativos fornecidos nos serviços de saúde (CONTRERAS M et al EKSTÖM EC; 2016)

Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo geral realizar um estudo sobre a importância do aleitamento materno e os aspectos socioeconômicos que influenciam diretamente na introdução alimentar de crianças de 6 a 24 meses. Tendo como objetivos específicos: Descrever os benefícios do aleitamento materno na prevenção de doenças, relatar como iniciar a introdução alimentar respeitando o desenvolvimento da criança e analisar como o fator socioeconômico da família pode influenciar nas escolhas alimentares da criança.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa de literatura é uma ferramenta que tem por objetivo resumir resultados obtidos em pesquisas sobre determinada temática de forma ampla e abrangente, fazendo com que se obtenha um conjunto de informações sobre o assunto. Este método também permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica. Deste modo, o pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, sendo capaz de ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular.

Contudo, é necessário que o pesquisador caminhe por diferentes etapas para que ele seja capaz de construir este tipo de estudo, sendo elas a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014)

3.2 Busca dos Dados

A pesquisa será realizada nas bases de dados: Scielo, Google Scholar, Pubmed, Bireme e Lilacs, através das palavras-chave: Alimentação Infantil; Introdução alimentar; Alimentação complementar; Aleitamento materno; Fatores socioeconômicos e a alimentação infantil; Lactente; Hábitos Alimentares;

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão, utilizaremos artigos voltados para o tema “A influência socioeconômica na introdução alimentar em crianças de 6 a 24 meses”, artigos gratuitos, no idioma português, completos e publicados em revistas indexadas nos últimos cinco anos. E como critérios de exclusão, artigos pagos, em outros idiomas, incompletos e que fugam do tema.

3.4 Análise dos Dados

No Google Acadêmico aplicando o descritor “A Influência Socioeconômica na Introdução Alimentar em Crianças de 6 a 24 meses”, 18.300 artigos foram identificados. Ao incluir o descritor “Leite Materno”, houve redução para 6.064. Então, foram aplicados os seguintes filtros: idioma (português) e ano de publicação (2014 a 2021), resultando em 5.870 artigos, onde foram lidos cerca de 30 artigos. A exclusão se deu pelo motivo de grande parte dos artigos não se encaixarem de forma coesa com nosso tema, por conter artigos pagos, artigos em outros idiomas, incompletos e que fugiam da nossa temática. Após uma revisão mais abrangedora referente aos 30 artigos, 20 deles mantinham relação com os critérios de inclusão e 10 artigos foram selecionados, por se adequarem aos objetivos do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio dos resultados obtido pôde-se verificar que além da família, outros fatores, como o desmame precoce e as condições socioeconômicas e culturais, são potencialmente modificáveis e influenciam no processo de construção dos hábitos alimentares da criança.

Para cumprir com os objetivos específicos dessa referente pesquisa, elaborou-se um quadro integrativo (Quadro 1), levando em consideração sua relevância para a discussão da temática estudada.

Quadro 1 - Artigos e bases de dados utilizados para a elaboração da revisão integrativa.

| Procedência | Título do artigo | Autores | Periódico (v., n, pág, ano) | Considerações / Temática |
|------------------|---|---|---|---|
| Google Acadêmico | A Introdução da Alimentação Complementar no Brasil | Cássia Amaral Genio, Juliana Mori Marques, Júlia Figueiredo Machado | Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS), v. 2, n.01, ano 2020, p. 65-79 | Aleitamento Materno; Nutrição do Lactente; Lactentes |
| Google Acadêmico | Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico | Camila Dallazen, Sara Araújo da Silva, Vivian Siqueira Santos Gonçalves, Eduardo Augusto, Fernandes Nilson, Sandra Patricia, Crispim, Regina Maria Ferreira Lang, Júlia Dubois Moreira, Daniela Cardoso Tietzmann, Márcia Regina Vítolo | Revista Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 2, ano 2018 | Alimentação Complementar; Nutrição do Lactente; Lactente |
| Google Acadêmico | Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil | Nathalia Kellen Lucas de Melo, Raelly Stephane do Carmo Antonio, Leticia Siqueira Falce Passos, Renata Maria Moreira Moraes Furlan | Revista Distúrbios da Comunicação (SP), v. 33, n. 1, ano 2021, p 14-24 | Comportamento Alimentar; Lactente; socioeconômico |
| Google Acadêmico | Aleitamento Materno: Benefícios enquanto fator na prevenção de doenças no neonatal | Vanusa Rodrigues dos Santos, Vivia Maria Pereira Cesar, Clara Reis Nunes | Revista Científica Interdisciplinar, v. 1, n. 5, ano 2016 | Alimento; Desenvolvimento; Saúde |
| Google Acadêmico | Relação entre o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses e a prevenção da obesidade infantil | Danyella Oliveira de Paula, Carolina Alves Quintanilha, Carolina Felix de Sousa Chaer, Hanna B. Dias, Heloisa Vieira, Jéssica C. Buzzo, Letícia da Mata, | Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 4, ano 2021, p. 1-7 | Aleitamento Materno; Obesidade Pediátrica; Prevenção de Doenças |

| | | | | |
|------------------|--|--|---|--|
| | | Mariana F. Barros, Maryana D. Costa, Rhamai C. de Souza | | |
| Google Acadêmico | Aleitamento materno na prevenção de sobrepeso, obesidade infantil e alergia | Maiara Fernandes de Oliveira, Gustavo Bernardes Fanaro | Revista Bras. Nutrição Clínica, v. 30, n. 4, ano 2015, p. 328-337 | Sobrepeso, Obesidade; Hipersensibilidade; Aleitamento Materno |
| Google Acadêmico | Alimentação de Crianças nos Primeiros dois anos de Vida | Wanessa Casteluber Lopes, Fúlvia Karina S. Marques, Camila F. de Oliveira, Jéssica Alkmin Rodrigues, Marise F. Silveira, Antônio P. Caldeira, Lucinéia de Pinho | Revista Paulista de Pediatria, v. 36, n. 2 ano 2018 | Aleitamento Materno; Aleitamento Complementar; Nutrição Infantil |
| Google Acadêmico | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: Conhecendo as Práticas Alimentares de Crianças Menores de 24 Meses | Luciano de Castro Coelho, Leiko Asakura, Anita Sachs, Ingrid Erbert, Claudia dos Reis Lisboa Novaes, Suely Godoy Agostinho Gimeno | Scielo Saúde Pública, v. 20, n. 3, ano 2015 | Lactante; Consumo de Alimentos |
| Google Acadêmico | Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: Presença de vulnerabilidade em saúde | Roberta Lamonatto Taglietti, Karine Lazarotto, Silvia Letícia Bernardi Pinto, Carla Rosane Paz Arruda Teo | Scientia Medica, ano 2014 | Nutrição Infantil; Hábitos Alimentares; Vulnerabilidade em Saúde |
| Google Acadêmico | Fatores associados à Introdução Precoce de Alimentos Ultraprocessados na Alimentação de Crianças Menores de Dois Anos | Juliana Mariante Giesta, Ester Zoche, Rafaela da Silveira Corrêa, Vera Lucia Bosa | Scielo, Ciência e Saúde Coletiva, v. 24, n. 7, ano 2019 | Consumo de alimentos; Nutrição do Lactente |

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Para Taglietti et al., (2014), na obra intitulada: *Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: Presença de vulnerabilidade em saúde*, foram coletados dados sobre as práticas alimentares de 86 crianças, cuja média de idade foi de 14,69±5,27 meses, sendo que 52 crianças (60,46%) tinham idade inferior a 12 meses. Como resposta obteve-se que a maioria seguia boas práticas alimentares, como ingestão de frutas (91,86%), carne (84,88%) e verduras/legumes (82,55%). Entretanto, foi encontrada uma proporção relevante de práticas inadequadas, como ver televisão durante as refeições (33,72%), ingestão de sucos industrializados (47,67%), ingestão de refrigerantes (46,51%) e menos de seis meses de aleitamento materno exclusivo (56,70%). Logo, mesmo com práticas alimentares saudáveis tenham sido prevalentes no gru-

po avaliado, foi encontrada uma proporção relevante de práticas pouco saudáveis. Este é um achado preocupante em crianças menores de dois anos, dada a vulnerabilidade dessa fase da vida e sua importância para a construção de padrões alimentares que têm grande possibilidade de se perpetuarem ao longo da vida do indivíduo.

De acordo com a obra de Oliveira & Fanaro (2015), intitulada como: *Aleitamento materno na prevenção de sobrepeso, obesidade infantil e alergia*, em um estudo comparativo entre o estado nutricional e alimentação de crianças de 1 a 7 anos, que tiveram diversos tipos de amamentação nos seis primeiros meses de vida,

verificou-se que as crianças não amamentadas exclusivamente apresentaram maior prevalência de dois subtipos de alergias (respiratória e de pele). Logo, concluiu-se que a amamentação representa um fator de proteção contra o sobrepeso, obesidade e alergias infantis. Contudo, os resultados ainda permanecem controversos em relação à comprovação do efeito protetor do leite humano. Isto ocorre em virtude da limitação dos trabalhos científicos, principalmente pelo tamanho amostral ou, ainda, pelo viés da coleta de dados quanto à duração da amamentação.

Na percepção de Coelho et al., (2015), com a obra por título: *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: Conhecendo as Práticas Alimentares de Crianças Menores de 24 Meses*, pôde-se identificar dois perfis sociodemográficos maternos, no qual aquele caracterizado por mães com menor renda, menor escolaridade e beneficiárias do PBF pareceu ser de risco para introdução precoce da alimentação complementar. No demais, os lactentes entre 0 e 23 meses, atendidos nas UBS de Diadema estudadas, apresentaram consumo alimentar inadequado já que o desmame e a introdução da alimentação complementar ocorreram precocemente, o consumo de frutas, legumes/verduras, carnes e feijão foi insuficiente, e as práticas alimentares inadequadas como o consumo de suco ou refresco industrializado, refrigerante, mingau com leite ou leite engrossado com farinha muito frequentes. Entretanto, apesar das limitações do instrumento utilizado, ditas anteriormente, esta pesquisa evidenciou a real possibilidade de se fazer a vigilância alimentar e nutricional na atenção básica, e de se gerar informações e pesquisas a partir do SISVAN, já que contempla importantes componentes para avaliação da alimentação das crianças.

Na visão de Santos et al (2016), com a obra intitulada: *Aleitamento Materno: Benefícios enquanto fator na prevenção de doenças no neonatal*, um dos benefícios da amamentação para a criança, se constitui uma forma de prevenir doenças no neonato, apresentando-se como a melhor forma de alimentar as crianças sendo a base para o desenvolvimento dos seus aspectos emocionais e biológicos, demonstrando que existe uma interligação entre a amamentação e a saúde nos primeiros anos de

vida, devido as vantagens nutricionais do mesmo que previne doenças principalmente do trato digestivo e respiratório. Logo, a prática da amamentação deve ser estimulada devido aos benefícios que ele traz para o recém-nascido e para a mãe.

Para Dallzen et al., (2018), em sua obra: *Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico*, verificou-se a possibilidade de identificar a prevalência da introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida entre crianças residentes em municípios de alta vulnerabilidade socioeconômica da Região Sul do Brasil. Essa prática foi associada à menor escolaridade materna e menor renda mensal familiar, o que sugere que estes aspectos são fatores de risco para as famílias introduzirem alimentos não saudáveis na alimentação da criança. O acompanhamento de saúde frequente no primeiro ano de vida e com profissionais capacitados é fundamental para intervir nesse quadro, de forma a melhor orientar mães e cuidadores quanto à introdução da alimentação complementar de forma adequada. Adicionalmente, ações governamentais que restrinjam a publicidade e regulamentem a rotulagem desses alimentos também constituem importantes instrumentos para a garantia de práticas de introdução da alimentação complementar oportuna e saudável.

Para Lopes et al., (2018), em sua obra intitulada: *Alimentação de Crianças nos primeiros dois anos de vida*, aplicando um questionário para avaliar a situação socio-demográfica da família, as características materno-infantis e o consumo alimentar das crianças, verificou-se que ao completarem 180 dias de vida, 4,0% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo, 22,4%, em aleitamento materno predominante, e 43,4%, em aleitamento materno complementar. As crianças já recebiam água (56,8%), suco natural/ fórmula infantil (15,5%) e leite de vaca (10,6%) no terceiro mês de vida. Aos 12 meses de idade, o suco artificial foi oferecido para 31,1% das crianças e 50,0% já consumiam doces. E antes de completar um ano de idade, 25,0% das crianças já haviam consumido macarrão instantâneo. Assim, a realização de práticas alimentares inadequadas são capazes de comprometer a saúde da criança, por isso, ressalta-se a importância de realizar ações para a promoção do aleitamento materno acompanhadas de orientações para a introdução da alimentação complementar.

Para Giesta et al., (2019), na obra intitulada: *Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos*, as variáveis (idade, aleitamento materno, escola infantil, IMC/idade, estatura/idade, peso/idade e introdução de alimentos ultraprocessados) referentes às crianças

investigadas em sua pesquisa demonstraram que apenas 21% das crianças ainda não haviam recebido nenhum tipo de alimento ultraprocessado, sendo que 56.5% recebeu algum destes alimentos antes dos seis meses. Na análise multivariada, escolaridade materna, renda familiar, idade materna e paridade foram associadas à oferta de alimentos ultraprocessados. Logo, aferiu-se que as práticas alimentares de crianças entre 4 e 24 meses estão inadequadas frente às recomendações para a faixa etária.

Na concepção de Genio et al., (2020), em sua obra intitulada como: *A Introdução da Alimentação Complementar no Brasil*, a introdução da Alimentação Complementar (AC) a partir do sexto mês de vida pode auxiliar na complementação das necessidades calóricas do bebê e no fornecimento de outros nutrientes. Contudo, de acordo com os artigos analisados em sua pesquisa integrativa (2015 a 2019), a alimentação dos lactentes é feita de maneira inadequada, com a ausência de AME (Aleitamento Materno Exclusivo) e com a introdução precoce de alimentos sólidos e de baixo valor nutricional. Lembrando que, na AC são oferecidas aos bebês alimentos ultraprocessados, calóricos e de baixa qualidade nutricional. Dessa forma, os erros alimentares encontrados indicaram que novas estratégias devem ser adotadas no Brasil para que realmente ocorra a promoção da alimentação adequada de crianças desde o seu nascimento, buscando a prevenção de doenças como diabetes, obesidade e hipertensão.

Na obra intitulada: *Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil*, Melo et al., (2021) aplicou um questionário sobre introdução alimentar, fatores socioculturais e crenças. Obteve-se como resposta a prevalência de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de 31,8% e introdução alimentar em tempo oportuno de 45%. Esses dados demonstraram que existe a correlação entre escolaridade, renda, presença de plano de saúde e ocupação dos pais fora de casa com conhecimento sobre alimentação complementar. Encontrou-se também correlação entre o conhecimento dos pais e tempo de aleitamento materno exclusivo e tempo em que foi introduzida alimentação complementar. A partir dos resultados pode-se inferir que o nível de instrução, a ocupação e a renda familiar exercem influência no conhecimento dos pais sobre introdução alimentar. E que este conhecimento influencia a duração do aleitamento materno exclusivo e a época da introdução alimentar

Já para Paula et al., (2021), com a obra intitulada: *Relação entre o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses e a prevenção da obesidade infantil*, o aleitamento materno exclusivo para crianças até os 6 meses de vida é extremamente importante, haja visto que essa alimentação pode prevenir a obesidade infantil e outras comor-

bidades. Além de ser eficaz para o desenvolvimento alimentar, visto que os nutrientes como aminoácidos e vitaminas que a criança recebe durante a gestação são necessários ao longo da sua vida, sendo o leite materno detentor de imunoglobulinas que são relevantes na prevenção de infecções da primeira infância. Logo, o leite materno é uma fonte fundamental e rica em nutrientes para os lactantes, importante tanto para o seu desenvolvimento quanto para a memória imunológica e prevenção de doenças crônicas.

Desse modo, por meio dos estudos abordados pôde-se verificar que seja possível que as práticas alimentares inadequadas identificadas comprometam a saúde da criança em curto e longo prazo e, por isso, há a necessidade de priorização de atividades de promoção e de melhoria dos serviços materno-infantis para mudar o cenário em questão. Nesse contexto, os profissionais de saúde têm função essencial no aconselhamento das famílias para a alimentação no primeiro ano de vida, reforçando a superioridade do leite materno e desencorajando a introdução de outros leites bem como a inclusão correta da alimentação complementar, sendo importante considerar estudos posteriores a fim de se obter outras inter-relações entre as variáveis que interferem na prática da alimentação infantil.

4 CONCLUSÃO

Por meio desse estudo pôde-se aferir que, realmente existe uma influência socioeconômica na introdução alimentar em crianças de 6 a 24 meses, onde a família surge como o agente socializador, atuando e transformando a criança no meio de suas crenças e convivências. Ressaltando que, não é apenas a alimentação da criança que deve ser levada em consideração, mas sim o período, a forma e a qualidade do alimento, sendo essencial a integração existente entre os pais e filhos, formando e sociabilizando hábitos que serão a base do crescimento do indivíduo como ser cidadão.

Na realidade, o que fica evidente em meio aos estudos selecionados é justamente a questão do desmame precoce, pois o período do puerpério é o aquele que enfrenta as incertezas, transformações e insegurança, provocando efeitos diretos na fase de aleitamento.

Dessa maneira, as etapas iniciais da vida de um indivíduo são sensíveis a fatores nutricionais e metabólicos, e elas podem afetar não apenas o crescimento e o desenvolvimento da criança, como também na sua condição futura de saúde. Nesse caso, além da qualidade dos alimentos, um fator importante é o período em que eles são introduzidos. Assim, o aleitamento materno deve persistir até os dois anos de

idade, e outras fontes de alimento devem ser introduzidas a partir dos seis meses de idade.

Logo, esta pesquisa justifica-se não somente pela relevância do tema, como também na divulgação da adequação nutricional dos alimentos complementares, fundamentais na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo a desnutrição e o sobrepeso.

REFERÊNCIAS

CASTRO PD, KEARNEY J, LAYTE R. **A study of Early complementary feeding determinants in the Republic of Ireland based on a cross-sectional analysis of the Growing Up in Ireland infant cohort.** *Public Health Nutr* 2015; 18:292-302.

COELHO LC, ASAKURA L, SACHS A, ERBET I, NOVAES CTL, GIMENO SGA. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: Conhecendo as Práticas Alimentares de Crianças Menores de 24 meses. *Scielo Saúde Pública*, v. 20, n. 3, ano 2015.

CONTRERAS M, ZELAYA BLANDÓN E, PERSSON L, EKSTRÖM EC. **Consumption of highly processed snacks, sugar-sweetened beverages and child feeding practices in a rural area of Nicaragua.** *Matern Child Nutr* 2016; 12:164-76.

DALLAZEN C, SILVA SAS, GONÇALVES VSS, AUGUSTO E, NILSON F, PATRICIA S, CRISPIM, LANG RMF, MOREIRA JD, TIETZMANN DC, VITOLO MR. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. *Revista Cadernos de Saúde* v. 34, n.2, ano 2018.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. DE; ALCOFORADO, C. L. G. C. Integrative review versus systematic review. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014.

GENIO CA, MARQUES, JM, MACHADO JF. A introdução da Alimentação Complementar no Brasil. *Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS)*, v. 2, m. 01, ano 2020, p. 65-79.

GIESTA JM, ZOCHÉ E, CORREA RS, BOSA VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Scielo, Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, ano 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

LOPES WC, MARQUES FKS, OLIVEIRA CF, RODRIGUES JA, SILVEIRA M, CALDEIRA A, PINHO L. Alimentação de Crianças nos Primeiros dois anos de Vida. *Revista Paulista de Pediatria*. V. 36, n. 2, ano 2018.

MELO NKL, ANTONIO RSC, PASSOS LSF, FURLAN RMMM. Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. **Revista Distúrbios da Comunicação (SP)**, V. 33, N. 1, ano 2021, p. 14-24.

MIZUNO, K. **The first 1,000 days of life**. **Pediatrics International**, Japan, v. 61, n. 3, p. 3, 2019.

OLIVEIRA MF, FANARO GB. Aleitamento materno na prevenção de sobrepeso, obesidade infantil e alergia. **Revista Bras. Nutrição Clínica**, v. 30, n. 4, ano 2015, p. 328-337.

PAULA DO, QUINTANILHA CA, CHAER CFS, DIAS HB, VIEIRA H, BUZZO JC, MATA L, BARROS MF, COSTA MD, SOUZA R. Relação entre o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses e a prevenção da obesidade infantil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v 13, n. 4, ano 2021, p. 1-7.

SANTOS VRS, CESAR VMP, NUNES CR. Aleitamento materno: Benefícios enquanto fator na prevenção de doenças no neonatal. **Revista Científica Interdisciplinar**, V. 1, n. 5, ano 2016.

TAGLIETTI RL, LAZAROTTO K, PINTO SLB, TEO CRPA. Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: Presença de vulnerabilidade em saúde. **Scientia Medica** ano 2014.

VARGAS GS, ALVES VH, RODRIGES DP, BRANCO MBLR, SOUZA RMP, GUERRA JVV. **Atuação dos profissionais de saúde da estratégia da saúde da família: Promoção da prática do aleitamento materno**. Ver Baiana de enfermagem. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition**. Geneva: WHO; 2013.



CAPÍTULO 6

A IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DE FIXAÇÃO DE PEÇAS PARA O ESTUDO ANATÔMICO - UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Célia Gomes de Oliveira¹

Ronildo Oliveira Figueiredo²

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.6

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

² Docente e orientador da Faculdade Estácio do Amazonas

RESUMO

Em um olhar panorâmico sobre os cursos referentes a área da saúde observa-se que, o manuseio de cadáveres é uma atividade fundamental para o processo de aprendizagem das peças que compõem o ser humano. Nesse sentido, a disciplina intitulada como anatomia humana torna-se essencial para a formação desses profissionais, bem como acaba sendo a base do acadêmico que se qualifica em diversas áreas, tais como: biologia, enfermagem, odontologia, medicina, dentre outras. Na realidade, o estudo das estruturas que formam o corpo humano é bem peculiar e merece um pouco mais de atenção, tendo em vista que essas peças podem sofrer decomposição e por isso necessitam de metodologias que sirvam para preservar sua composição estrutural, sendo importante analisar quais substâncias podem ser utilizadas para conservar essas peças por mais tempo. Desse modo esta pesquisa utilizou-se de uma revisão de literatura sobre a importância dos métodos de fixação de peças para o estudo anatômico, enfatizando o uso das funções orgânicas e da plastinação. Por meio dos resultados bibliográficos pode-se aferir que o formaldeído ainda é o método mais vantajoso devido a sua viabilidade econômica. Assim, esse estudo tem como objetivo realizar um estudo reflexivo sobre as principais metodologias usadas para a fixação das peças anatômicas.

Palavras-chaves: Anatomia. Fixação. Peças. Plastinação.

ABSTRACT

In a panoramic look at the courses related to the health area, it is observed that the handling of corpses is a fundamental activity for the learning process of the parts that make up the human being. In this sense, the discipline entitled human anatomy becomes essential for the training of these professionals, as well as ends up being the basis of academics who are qualified in several areas, such as: biology, nursing, dentistry, medicine, among others. In fact, the study of the structures that make up the human body is very peculiar and deserves a little more attention, considering that these parts can suffer decomposition and therefore need methodologies that serve to preserve their structural composition, it is important to analyze which ones substances can be used to preserve these parts longer. Thus, this research used a literature review on the importance of methods for fixing pieces for anatomical study, emphasizing the use of organic functions and plastination. Based on the bibliographic results, it can be inferred that formaldehyde is still the most advantageous method due to its economic feasibility. Thus, this study aims to carry out a reflective study on the main methodologies used for the fixation of anatomical parts.

Keywords: Anatomy. Fixation. Parts. Plastination.

INTRODUÇÃO

O profissional da área da saúde tem como um dos pilares de seu eixo formador o estudo da anatomia do homem, sendo essa temática fundamental para o desenvolvimento desses especialistas que são de extrema importância para toda a sociedade, indispensáveis em diversas grades curriculares, atuando em cursos que vão desde ciências biológicas até medicina, tornando-se essenciais para o aprofundamento de outros conhecimentos específicos sobre o corpo humano.

A justificativa para realizar pesquisas voltadas para o estudo da anatomia humana é simplesmente pelo fato de que essa ação pode oportunizar uma exata análise diagnóstica de lesões e doenças concernentes, ademais também colabora para o melhor desempenho de procedimentos clínicos e cirúrgicos nos mais diversos segmentos dessa alçada (VAVRUK, 2012).

Mediante a relevância dessa temática dentro do âmbito da saúde, busca-se por métodos mais adequados para uso na fixação de peças anatômicas. É importante ressaltar que o estudo dessas metodologias no decorrer da vivência acadêmica é fundamental para o graduando que passa a conhecer não somente a parte teórica (observando estruturas sintéticas) como a parte prática, manuseando as peças anatômicas obtidas de forma natural.

Dessa forma, a fim de facilitar o processo de aprendizagem e se aproximar ainda mais da realidade vivenciada, prioriza-se o manuseio por estruturas anatômicas a fresco, entretanto, moldes dessa tipologia são suscetíveis a alta velocidade de putrefação e a restituição de peças a fresco é praticamente inexecutável. Nesse sentido, com a finalidade de possibilitar a conservação das estruturas anatômicas com maior duração, emprega-se com regularidade meios e métodos de fixação e preservação.

De acordo com Souza (2011) e Silva et al (2016), o surgimento do processo de conservação das estruturas anatômicas foi decorrente do período religioso a mais de 5.000 anos no antigo Egito, sendo aprofundado a posteriori pela cultura científica e modificada para os modelos de pesquisa atuais. É importante ressaltar que o primeiro estudioso a utilizar a dissecação de peças do corpo humano foi André Versalius, anatomista flamenco, sendo reconhecido mundialmente como o Pai da Anatomia.

Nessa perspectiva, depois do primeiro passo dado por André Versalius, muitos trabalhos começaram a serem desenvolvidos para preservar cadáveres a fim de

realizar estudos para a melhoria do processo de aprendizagem nas grandes academias. Diversas pesquisas (KARAM et al, 2016; SPAZIANI et al, 2016; SILVA et al, 2016; SANTOS et al, 2018) mencionam os mais inúmeros meios específicos para a fixação das estruturas do corpo, sendo os mais visados: o formaldeído, glicerina, álcool etílico e fenol. Ademais, os menos usados são os métodos plastinação ou inserção de epóxi (poliéster).

Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a importância dos métodos de fixação de peças para o estudo anatômico, enfatizando sua relevância para o meio acadêmico e futuros profissionais da área da saúde, fundamental para o progresso de novas pesquisas dentro dessa temática, muito importante para a sociedade como um todo.

METODOLOGIA

Para a realização dessa pesquisa utilizou-se a revisão de literatura que, de acordo com Marconi e Lakatos (2017), traz uma abordagem metodológica que se utiliza de toda a bibliografia disponibilizada pela internet ou mesmo por revistas, livros, teses e periódicos que abordem o tema estudado. Nesse caso, esses dados foram retirados da biblioteca eletrônica científica online Scielo (Scientific Electronic Library Online).

Para a busca foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: Métodos, Fixação, Peças, Anatomia e Plastinação. Foram considerados todos os períodos de publicação, contudo, a maioria dos artigos selecionados foram publicados entre 2010 e 2020. Após a seleção dos artigos mais relevantes para a construção dos resultados dessa pesquisa, realizou-se uma análise reflexiva sobre a importância dos métodos utilizados para a fixação das peças anatômicas de acordo com a revisão bibliográfica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meios dos resultados obtidos pela varredura bibliográfica sobre a temática estudada, verificou-se que existem diversos métodos utilizados para a fixação de peças anatômicas tais como: formaldeído, glicerina, álcool etílico, fenol e plastinação, sendo a primeira técnica (formaldeído) a mais utilizada devido a sua trivialidade e baixo custo econômico. A seguir foram caracterizados os principais métodos de fixação das estruturas anatômicas.

FORMALDEÍDO

De acordo com Santos et al (2017) o formaldeído é um composto orgânico muito utilizado nos dias atuais, sendo produto de baixo custo para muitas reações químicas, bastante utilizado como base em inúmeros produtos.

Na realidade, o subproduto comercial a ser utilizado a partir do formaldeído é o formol, que contém uma solução aquosa com 30 a 56% proporcionais, apresentando uma quantidade que varia de 6 a 15% de metanol, diversas resinas fenólicas (reação de fenol e aldeído), uréicas (reação de uréia com formaldeído), alguns poliacetatos (PVA), hexamina e uma combinação de outros compostos em menor quantidade, dentre eles, metais altamente reativos e bioacumulativos, bem como o chumbo e cádmio.

De acordo com Silveira et al (2014), o formaldeído foi utilizado como fixador de peças do corpo humano pela primeira vez em 1899. Nesse sentido, por ser um dos pioneiros, ficou sendo o método de conservação mais utilizado abrangendo algumas vantagens relevantes ao seu uso tais como: menor custo da técnica, facilidade na aquisição da substância e alta velocidade de atuação. Entretanto, existem pontos negativos da aplicação dessa técnica, como por exemplo, o peso que a estrutura adquire após a preparação, devido ao fato da peça ficar imersa no formol e, ao ser retirada, encontra-se impregnada, concedendo-lhes um maior peso à peça, dificultando a manipulação e o seu deslocamento.

Um outro ponto a ser discutido sobre o uso do formol é a cor escura que a peça adquire após a aplicabilidade da técnica, sem falar no fato de que essa substância ofereça riscos devido sua reação prejudicial a visão e ao aparelho respiratório. No entanto, mesmo com todos esses entraves, o método do formaldeído ainda se torna relevante para os dias de hoje, sendo necessário mais pesquisas dentro dessa temática, a fim de torná-lo mais vantajoso para a fixação das peças anatômicas.

GLICERINA

A glicerina, também conhecida como glicerol (propanotriol), é um composto orgânico, incolor, líquido e viscoso. É um produto presente em diversos tipos de óleos e gorduras, tanto de origem vegetal quanto animal, podendo ser sintetizada através do petróleo. De acordo com Spaziani et al (2016), a glicerina foi descoberta por Karl Wilhelm, sendo denominada de “o doce princípio das gorduras”, usada primeiramente para a conservação de estruturas anatômicas pelo anatomista Carlo Giacomini, dessa maneira, essa técnica ficou conhecida como Giacomini.

Na tentativa de substituir o formol, foram construídos protocolos referentes a aplicação da glicerina, com o objetivo de atingir maior confiabilidade na sua eficiência, onde a combinação com o álcool absoluto colaborou para um maior êxito da técnica.

Krug et al (2011) e Silva et al (2018) denotam sobre as vantagens do uso da glicerina, tais como: combate a ação de fungos, cor inalterada das peças, redução do inchaço das peças (inalteração do peso), maior tempo de preservação das peças, facilidade na visualização e identificação detalhada das estruturas anatômicas. Como desvantagem essa técnica apresenta um custo significativamente alto, podendo chegar a 10 vezes o valor dispendido com formol.

ALCOOL ETÍLICO

Um outro excelente fixador, de acordo com Silva et al (2016) e Santos et al (2017) é o álcool etílico comercial a 96° GL, devido as suas propriedades químicas solvente e grande afinidade para com os tecidos. Nesse caso, é utilizado de forma isolada em animais de porte pequeno e pequenas estruturas anatômicas para fixar e conservá-las.

O álcool etílico muita das vezes está associado a diversas técnicas e métodos que objetivam a complementação da eficiência da fixação das peças anatômicas, como é o caso da técnica de Laskowski, onde utiliza-se de fenol e ácido bórico. Nessa perspectiva é uma das técnicas que ajuda até os dias de hoje na preservação anatômica.

FENOL

O fenol é participante da técnica conhecida como técnica de Laskowski, bastante usada para a preparação de espécimes naturais. Essa técnica realiza a perfusão do álcool etílico 96° GL, ácido fênico e bórico nas cavidades e vasos dos cadáveres, que pode ser armazenado em urna de metal e se manterá hidratado (SOUZA, 2011; VAVRUK, 2012, BRENNER, 2014).

Uma vantagem dessa técnica é justamente a permanência da cor original da peças anatômica, entretanto, os manipuladores ficam à mercê dos riscos genotóxicos provenientes do uso do fenol. Dessa forma, faz-se necessário o estudo de outras técnicas, como por exemplo, a plastinação.

PLASTINAÇÃO

Desenvolvida por Van Hagens, é uma técnica muito aplicada na preservação de obras do corpo humano expostas em museus. De acordo com Santos et al (2017), consiste na extração de líquidos corporais por meio de reações químicas usando propanona para substituí-los por resinas poliméricas de silicone. Trata-se de um método sofisticado, no entanto, necessita-se de um elevado grau de especialização e infraestrutura para sua confecção, apresentando enorme custo de aplicação.

CONCLUSÃO

Por meio desta pesquisa pôde-se aferir que, o estudo dos diversos métodos utilizados para a fixação de peças anatômicas é de extrema importância para os acadêmicos e para os profissionais da área da saúde, sendo fundamental essa pesquisa bibliográfica a fim de colaborar com futuros trabalhos dentro dessa temática.

Desse modo, ao se realizar uma varredura sobre as técnicas abordadas, observa-se que a questão custo benefício e os riscos aos manipuladores são questões que devem ser discutidas para que a eficiência da técnica seja plausível para a finalidade almejada. Entretanto, ainda se faz necessário um maior aprofundamento sobre esses entraves para que se possa formular novos métodos ou até mesmo otimizar os já existentes.

REFERÊNCIAS

BRENNER, E. Human body preservation – old and new techniques. *J of Anatom.* v. 224, n. 3, p. 316-344, 2014.

FONTOURA, E.L.L et al. Conservação de peças anatômicas: vantagens e desvantagens de diferentes métodos. *Revista UNINGÁ* ISSN 2318-0579. 2020.

KARAM, R. G. et al. Uso da glicerina para substituição do formaldeído na conservação de peças anatômicas. *Pesquisa Veterinária Brasileira*, v. 36, n. 7, p. 671-675, 2016.

KIMURA A.K.E.; CARVALHO W.L. Estudo da relação custo x benefício no emprego da técnica de glicerinação em comparação com a utilização da conservação por formol. 30 f. TCC (Trabalho de Conclusão de Curso de Extensão em Higiene Ocupacional) - Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2010.

KRUG, L. et al. Conservação de peças anatômicas com glicerina loira. In: *I Mostra de Iniciação Científica*, 1, 2011. Concórdia. Anais da I Mostra de Iniciação Científica do Instituto Federal Catarinense, Concórdia - Santa Catarina, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

OLIVEIRA I.M. et al. Análise de peças anatômicas preservadas com resina de poliéster para estudo em anatomia humana. Rev. Col. Bras. Cir. v. 40, n. 1, p. 76-80, 2013.

SANTOS, A. A. et al.(2017). Principais métodos de fixação de peças para estudo anatômico: uma revisão de literatura. Arquivos do Mudi 21(1), 19-25. 2017.

SILVA, G. R. et al. Métodos de conservação de cadáveres humanos utilizados nas faculdades de medicina do Brasil. Revista de Medicina, v. 95, n. 4, p. 156- 161. São Paulo, 2016.

SILVA E.M., et al. Estudo analítico da técnica de glicerinação empregada para conservação de peças anatômicas: experiência da disciplina de Anatomia Humana do Departamento de Morfologia da UniFOA. Cadernos UniFOA. Ed. Especial, ano 3, p.66-69, 2008.

SILVEIRA, T. B; MEDEIROS, L. S; SOUZA, S. F; PERUQUETTI, R. C; CARVALHO, Y. C. Estudo comparativo do uso do formol e glicerina semipurificada na conservação de peças anatômicas e sua relação com ensino-aprendizagem. Universidade Federal do Acre. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.10, n.19; p. 2014.

SOUZA, S. C. Anatomia: aspectos históricos e evolução. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 10, n. 1, p. 3-6, 2011.

SPAZIANI, A. O. et al. Formalização e glicerinação: estudo de preferência de técnica de conservação anatômica por acadêmicos. Archives of Health Investigation, v. 5, n. 3, 2016.

CAPÍTULO 7

COMPLICAÇÕES MATERNO-INFANTIL RELACIONADO AO ABANDONO DA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

*MATERNAL AND CHILD COMPLICATIONS RELATED
TO THE ABANDONMENT OF PRENATAL CARE:
INTEGRATIVE REVIEW*

Elisane Moreira Ribeiro¹

Michelle de Sousa Melo²

Lilian de Oliveira Correia³

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.7

1 Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

2 Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

3 Orientadora e Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas

RESUMO

O presente trabalho aborda as complicações materno-infantil relacionado ao abandono da assistência do pré-natal: Revisão integrativa. Com o objetivo geral conhecer as complicações materno-infantil relacionado ao abandono da assistência do pré-natal: revisão integrativa, e específicos apresentar conceitos da assistência ao pré-natal; Demonstrar os principais fatores que influenciam a gestante a abandonar o pré-natal; Citar as complicações materno-infantil relacionado ao abandono da assistência do pré-natal; Verificar as estratégias do enfermeiro para estimular a gestante a concluir todas as consultas do pré-natal. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa será realizada nas bases de dados: BIREME, LILACS, PUBMED, SCIELO, entre outros, que abordam as complicações materno-infantil. resultado do presente estudo aponta que é importante que as unidades de saúde seja estruturada para um acolhimento das gestantes de forma mais confortável, que o abandono da assistência pré-natal pode ocasionar vários fatores em função a não realização de todas consultas. A partir da realização deste estudo, ficou evidente que a não realização do pré-natal apresentou forte associação com questões socioeconômicas e psicossociais, considerada um dos principais fatores associados à não utilização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: 1. saúde maternal, 2. Assistência do enfermeiro no pré-natal, 3. fatores de risco que ocorre devido ao abandono do pré-natal.

ABSTRACT

The present work addresses the maternal and child complications related to the abandonment of prenatal care: Integrative review. With the general objective to know the maternal and child complications related to the abandonment of prenatal care: an integrative review, and specific to present concepts of prenatal care; Demonstrate the main factors that influence the pregnant woman to abandon prenatal care; Mention the maternal and child complications related to the abandonment of prenatal care; Check the nurse's strategies to encourage the pregnant woman to complete all prenatal consultations. This is an integrative literature review. The research will be conducted in databases: BIREME, LILACS, PUBMED, SCIELO, among others, which address maternal and child complications. The result of the present study indicates that it is important that health units be structured to welcome pregnant women in a more comfortable way, as the abandonment of prenatal care can cause several factors due to the fact that all consultations are not carried out. From the completion of this study, it was evident that the lack of prenatal care

was strongly associated with socioeconomic and psychosocial issues, considered one of the main factors associated with not using health services.

Keywords: 1. maternal health, 2. Nurse assistance in prenatal care, 3. risk factors that occur due to the abandonment of prenatal care.

1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades capazes de orientar a promoção da saúde das mulheres grávidas e de seus conceptos, estabelecendo ações adequadas à

prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes (GOMES; FILHA; PORTELA).¹

Diante dos diferentes fatores que podem interferir na assistência pré-natal, percebe-se que a idade, a situação conjugal insegura e a baixa escolaridade são fatores de risco gestacionais que interferem diretamente neste processo (COSTA; et al).²

A dificuldade de acesso à saúde de qualidade é um fator que pode influenciar no aumento da morbidade determinada pela hipertensão arterial, levando a consequências trágicas (VEGA).³ As dificuldades e os impactos que uma gestação nessa fase pode trazer, sendo eles o abortamento, síndrome hipertensiva da gestação, síndromes hemorrágicas, infecção do trato urinário e ruptura prematura da membrana, por tanto é apontado como um problema de saúde pública (PINTO; et al).⁴ A mortalidade materna ocupa cerca de 75% por complicações que ocorrem durante ou depois da gestação, tendo em vista as principais complicações as hemorragias graves, infecções, e abortos inseguros (OPAS).⁵ A necessidade do aperfeiçoamento da assistência quanto aos indicadores de processo no serviço, merecendo maior atenção dos gestores e profissionais de saúde, com investimento em capacitação e planejamento de ações em prol da melhoria desses indicadores (BALSELLS; et al).⁶

Dessa forma o pré-natal consiste em uma ação de grande importância, trazendo benefícios à saúde materna-infantil. Nessa linha de raciocínio, o estudo teve como questão norteadora: como o abandono ao pré-natal pode trazer complicações, materna-infantil? O índice da mortalidade infantil tem sido ocasionado pelo abandono da assistência ao pré-natal. (DANTAS; et al.)⁷ Portanto, esse estudo justifica-se devido à necessidade de demonstrar a importância do acompanhamento ao pré-natal, para que haja prevenções de possíveis complicações gestacionais, pois é através desse acompanhamento que a gestante, tem um preparo psicológico com

orientações sobre o parto e assim produzindo confiança e consciência dos benefícios a saúde de ambos. Assim o tema do estudo torna-se relevante para que o enfermeiro tenha estratégia para estimular a gestante a finalizar as consultas e receber a assistência adequada, sem abandonar e seja prevenida das possíveis complicações. Os principais objetivos sendo o objetivo geral Conhecer as complicações materno-infantil relacionado ao abandono da assistência do pré-natal: revisão integrativa, e com os objetivos específicos sendo eles apresentar conceitos da assistência ao pré-natal; Demonstrar os principais fatores que influenciam a gestante a abandonar o pré-natal; Citar as complicações materno-infantil relacionado ao abandono da assistência do pré-natal; Verificar as estratégias do enfermeiro para estimular a gestante a concluir todas as consultas do pré-natal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Costa et al.² a gestação é uma experiência social, individual e única para a mulher. É um momento especial e transitório, com intensas transformações psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas. Nessa etapa, a mulher requer uma série de cuidados para a promoção da saúde e qualidade de vida.

A assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes, dispendo de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, de meios e recursos adequados e disponíveis. As ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação (SOUZA; ROECKER; MARCON).⁸

No Brasil, o acompanhamento Pré-Natal (PN) visa assegurar o desenvolvimento da gestação, favorecendo um nascimento saudável, com o menor impacto negativo possível para a saúde materna e fetal, abordando, sobretudo, aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas (BALSELLS, et al).⁶

É o momento de buscar atendimento especializado para o pré-natal e se preparar para o parto. Esse atendimento deve ser confiável, para que a gravidez se desenvolva de forma tranquila (BALICA; AGUIAR).⁹

De acordo com Costa et al.¹⁰ na primeira consulta, a gestante é classificada como risco habitual, posteriormente o médico ou enfermeiro é responsável por verificar os antecedentes obstétricos, doenças ou agravos, condições individuais e sociodemográficas, condições clínicas pré-existentes ou alguma intercorrência clínica para continuar o acompanhamento no risco habitual.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) constitui uma ferramenta de que o enfermeiro dispõe para prestar assistência aos pacientes de forma humanizada, individualizada, planejada e organizada, visando ao bem-estar físico, psíquico e social do paciente, fortalecendo o trabalho em equipe e proporcionando um cuidado integral e contínuo (MARTINS; et al).¹¹

2.1 Fatores que influenciam a gestante a abandonar o pré-natal

De acordo com Gonçalves; Monteiro¹², o aumento na incidência de gestações em mulheres com idade avançada (gestações tardias) tem ganhado notoriedade nos estudos científicos. São consideradas gestações tardias, as gestações em mulheres que engravidam após os 34 anos de idade.

Estudos sugerem que o aumento no número de gestações em idade avançada nos últimos tempos é devido ao desejo da mulher em investir na formação e na carreira profissional, a postergação da época do casamento e as taxas aumentadas de divórcios seguidos de novas uniões. Além disso, a grande e diversificada disponibilidade de métodos contraceptivos, os avanços na tecnologia da reprodução assistida e avanços na atenção à saúde constituem causas para essa situação. (ALVES; FEITOSA; MENDES).¹³

A gravidez na adolescência ainda é frequente nas jovens com pouca escolaridade e situação socioeconômica desfavorável. A baixa escolaridade é um fator predisponente para perpetuar a pobreza e desvantagens sociais e econômicas. Dessa forma, acredita-se na importância da educação como fator de inclusão social, uma vez que isso se torna mais relevante quando relacionamos gravidez na adolescência e evasão escolar. (PADILHA, et al).¹⁴

O apoio e orientação por parte da família será um diferencial para o relacionamento da mãe com o filho. Este tipo de ambiente favorece a amamentação e a qualidade de vida do

bebê. As atitudes do marido em relação à gestante contribuem muito para sua aceitação ou rejeição da gravidez e para a maneira como ela vivenciará todas as modificações deste processo. (AVANSI, et al).¹⁵

Quando o apoio é eficaz a mulher apresenta mais tranquilidade para realizar as mudanças que vão surgindo, sem que as mesmas gerem sofrimentos. Esta, necessitará de menos intervenções médicas, completará os requisitos exigidos a um efetivo pré-natal e terá um processo mais saudável.

2.2 Complicações materno-infantil

Além das consequências psicossociais e socioeconômicas as gestantes podem desencadear consequências como síndrome hipertensiva gestacional (SHG), diabetes gestacional (DG), complicações no parto, trabalho de parto prematuro (TPP), infecções do trato urinário (ITU), aborto, anemia e pré-eclâmpsia. (PINTO, et al).⁴

A crise hipertensiva gestacional é uma elevação aguda da pressão arterial associada ao risco de dano cerebral e cardiovascular que necessita ação imediata. A pré-eclâmpsia e eclâmpsia apresentam disfunção orgânica sistêmica com variação de sinais e sintomas que podem levar a desfechos desfavoráveis tanto maternos como fetais (POZZA, et al).¹⁶

Ainda de acordo com Pozza; et al.¹⁶ as doenças hipertensivas da gestação permanecem sendo uma das principais causas de morbimortalidade para as gestantes e seus filhos. A pré-eclâmpsia apresenta uma prevalência mundial ao redor de 4,6%. Essas gestantes apresentam um risco de vida aumentado por desenvolverem descolamento de placenta, insuficiência renal aguda, hemorragia cerebral, disfunção hepática, edema pulmonar, coagulação intravascular disseminada (CIVD) e progressão para eclâmpsia.

De acordo com Neta; et al.¹⁷ o termo diabetes mellitus gestacional tem sido utilizado para definir qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. O aparecimento dessa patologia pode ser explicado pela elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais).

No ano de 2012 o Brasil apresentou uma Razão de Mortalidade Materna de 54,5 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Esse valor é considerado alto pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece como aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos (SCARTON, et al).¹⁸

Esses altos índices podem ser evitados com programas que não necessitam de grandes tecnologias, como o planejamento familiar, a vinculação do pré-natal ao parto, educação sexual, sendo um dever do enfermeiro enquanto educador trabalhar com ações que visem a redução da mortalidade materna (DIAS, et al).¹⁹

Conforme Silva²⁰, na perspectiva de mortes por causas evitáveis, outro indicador é a mortalidade neonatal, considerada uma importante variável de impacto da assistência, principalmente no que diz respeito às iniquidades dos serviços de saúde

e, entre elas, a atenção pré-natal. No Brasil, a taxa de mortalidade neonatal foi de 9/1.000 nascidos vivos em 2015.

2.3 Estratégias do enfermeiro

Assistência pré-natal inclui um conjunto de ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer no período gravídico-puerperal. Trata-se de uma importante estratégia para redução da morbimortalidade materna e neonatal e, portanto, deve ser desenvolvida de maneira individualizada para garantir a qualidade do atendimento à mulher e seu conceito. (DANTAS, et al).⁷

De acordo com Mendes²¹, A saúde da família destaca-se entre as estratégias de saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo, até mesmo, considerado a alavanca para a transformação do sistema como um todo.

Na consulta de pré-natal, o enfermeiro e a sua equipe de enfermagem desenvolvem assistência completa à gestante através de ações e procedimentos técnicos e científicos, garantindo uma gestação sem alterações (ROCHA; ANDRADE).²²

O desafio proposto para as equipes de atenção primária inclui reorganizar os processos de atenção, captação precoce das gestantes, estratificação de risco gestacional, vinculação da gestante com a maternidade e processo de capacitação permanente dos profissionais (BRASIL)²³

Desenvolvimento, de transformação, dos profissionais, por intermédio dos meios de produção, que tentam obter objetos para desenvolver habilidades que possibilitem a reflexão crítica e a transformação de sua rotina de trabalho procurando resultados que visam à satisfação da cliente (FOSTER; OLIVEIRA; BRANDÃO).²⁴

O pré-natal pode ser conceituado como atendimento multidisciplinar, que deve ter início em fase precoce, cujos principais objetivos são acolher e acompanhar a mulher para assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável (CARVALHO; OLIVEIRA; BEZERRA).²⁵

3 MÉTODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. De acordo com SOARES et al (2015), a revisão integrativa configura-se, portanto, como um tipo de revisão da

literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos. Para que esse processo se concretize de maneira lógica, isenta de desatinos epistemológicos, a revisão integrativa requer que os revisores procedam à análise e à síntese dos dados primários de forma sistemática e rigorosa.

3.2 Busca dos Dados

A pesquisa será realizada nas bases de dados: BIREME, LILACS, PUBMED, SCIELO, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE) entre outros, que abordam as complicações materno-infantil, relacionado ao abandono da assistência do pré-natal, através das palavras-chave: complicação materno-infantil, saúde materna, assistência do enfermeiro no pré-natal, pré-natal, abandono das gestantes ao pré-natal, fatores de risco que ocorre devido ao abandono do pré-natal, paternidade.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Inclusão: artigos gratuitos, idioma inglês, português completo dos últimos dez anos.

Exclusão: artigos pagos, outros idiomas, incompletos, os artigos não disponíveis na íntegra online gratuitamente, conteúdos não científicos.

4 RESULTADOS

De acordo com os estudos obtidos foram selecionados 13 artigos, com publicações no período de 2011 a 2021. A Tabela 1 retrata um panorama das referências incluídas na revisão integrativa.

Tabela 1 - Trabalhos mais relevantes para a pesquisa

| AUTORES | OBJETIVO | METODOLOGIA | RESULTADOS | CONCLUSÃO |
|---|---|---|--|--|
| Gomes, R. N. S.; Filha, F. S. S. C.; Portela, N. L. C. ¹ | Avaliar a influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. | Estudo avaliativo, descritivo-exploratório, de cunho documental, com abordagem quantitativa, realizado de outubro a novembro de 2014. | Quando avaliado a correlação entre o abandono do pré-natal e a mortalidade fetal e neonatal, observou-se que a mortalidade de fetos/neonatos de genitoras que abandonaram o pré-natal foi um evento crescente | Pode-se confirmar a influência direta do abandono do pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. |
| Pinto, K. C. L. R.; et al. ⁴ | Identificar as principais complicações gestacionais e obstétricas em adolescentes. | Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo exploratório de natureza quantitativa por meio de pesquisa em 230 prontuários. | As principais complicações foram infecção urinária com 15%, ruptura prematura de membranas 8,33%, parto prematuro 5%, e as obstétricas foram hemorragia com 2,5%, sendo que 90% não apresentaram complicações obstétricas e 50% não obtiveram complicações gestacionais. | As complicações que foram mais evidenciadas foram ITU e a hemorragia representam os principais riscos para este grupo. |
| Dantas, D.C.; et al. ⁷ | Avaliar a qualidade da assistência pré-natal a partir do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. | As informações foram obtidas por meio de entrevistas e visualização do cartão de pré-natal. | Pouco mais da metade das puérperas haviam iniciado seu acompanhamento pré-natal antes da 16ª semana gestacional e também realizaram seis ou mais consultas (66,9%; n = 174, cada variável). | A assistência pré-natal oferecida às usuárias do SUS de Lagarto se mostrou inadequada às recomendações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, pois foi evidenciado o início tardio, número insuficiente de consultas, |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | | | | poucas orientações e cobertura insatisfatória dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde. |
| Gonçalves, Z. R.; Monteiro, D. L. M. ¹² | identificar a frequência das complicações maternas na gestação tardia | Foi realizada ampla pesquisa na literatura médica procurando identificar e extrair informações da literatura nacional e internacional. | As principais complicações maternas da gestação em idade igual ou superior a 35 anos são: hipertensão arterial (5 a 17%), diabetes (4 a 17%), maior número de cesarianas (15 a 92%), de trabalho de parto prematuro (6 a 21%). | A gestação tardia cursa com importantes complicações, necessitando acompanhamento cuidadoso, visando minimizar as complicações obstétricas e o risco de morbimortalidade materna. |
| ALVES, N.C.C.; FEITOSA, K.M.A.; MENDES, M.E.S. ¹³ | Verificar a frequência e fatores associados às complicações na gestação e a associação entre as complicações com a prematuridade e o tipo de parto em gestantes com idade maior ou igual a 35 anos. | Estudo transversal baseado em registro de prontuário das gestantes cujo internamento ocorreu entre janeiro e julho de 2012; totalizando 430 gestantes. | As complicações ocorreram em 77,7%. A variável complicações na gestação como sendo explicativa para a prematuridade ($p < 0,001$) e cesariana ($p = 0,002$), foram estatisticamente significantes. | idade mais nova, a ausência do pré-natal e a não ocorrência de morbidade anterior à gestação foram fatores associados às complicações na gestação. |
| AVANSI, S.A.; DIAS, C.A.; SILVA, | A importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional, tendo como referência | Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quanti-qualitativo, desenvolvido a partir de | A maioria (83,8%) recebeu apoio familiar ao longo da gestação manifestando interesse em serem acompanhadas durante o parto | A maioria das entrevistadas possui percepção positiva sobre apoio recebido bem como valorizam positivamente o |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| L.O.L.; et al. ¹⁵ | vivências de gestantes cadastradas no Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). | revisão bibliográfica e dados primários coletados em entrevistas domiciliares para a pesquisa de campo. | (70,0%) preferencialmente pelo marido/convivente (48,4%) ou pessoa que possui vivência de parto como a mãe (17,2%). | envolvimento familiar neste contexto. |
| NETA, F. A. V.; CRISÓSTOMO, V. L.; CASTRO, R. C. M. B.; et al. ¹⁷ | Identificar o perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico, bem como os cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. | Estudo transversal realizado com 50 mulheres, em uma maternidade pública de Fortaleza, CE, Brasil, de novembro de 2012 a setembro de 2013. | Constatou-se uma idade média de 31,34 anos, início do pré-natal no primeiro trimestre (76,0%), parto abdominal em 63,6% e tratamento não medicamentoso em 78,0%. | Esses achados apontam para necessidade de intervenções que assegurem a gestante com diabetes mellitus uma assistência adequada, prevenindo complicações ao binômio mãe e filho. |
| SCARTON, Juliane; THUROW, Mara Regina Bergmann; VENTURA, Jeferson; et al. ¹⁸ | Analisar na literatura nacional e internacional as evidências científicas acerca das causas de mortes maternas e as estratégias utilizadas para sua prevenção. | Estudo de revisão Integrativa da Literatura, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. | Evidenciando que as principais causas de mortes maternas são em sua maioria consideradas evitáveis. | Desta forma as estratégias são reportadas por medidas simples, muitas vezes de baixo custo e que não necessitam aparato de alta tecnologia. A totalidade dos estudos que abordam estratégias para a redução da mortalidade materna, são de cunho internacional. |
| | Identificar a importância atribuída | Trata-se de um estudo descritivo de | Os resultados mostraram que as gestantes | Conclui-se que apesar das gestantes |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| DIAS, Ernandes Gonçalves; ANJOS, Gisele Brito dos; ALVES, Luciene; et al. ¹⁹ | pelas gestantes às ações do enfermeiro no pré-natal | natureza qualitativa, realizado com 13 gestantes da Estratégia de Saúde da Família Vila Serranópolis. | identificaram a mensuração de dados vitais, as orientações e as reuniões educativas como ações da assistência pré-natal realizadas pelo enfermeiro e reconheceram a importância destas. | reconhecerem a importância das ações realizadas pelo enfermeiro durante o pré-natal é necessário que esses profissionais busquem estratégias para melhorar a assistência às gestantes no sentido de reforçar as ações de educação em saúde e a criação de vínculo entre a gestante e o serviço de saúde. |
| SILVA, Esther Pereira Da. ²⁰ | Avaliar a qualidade da assistência pré-natal no município de João Pessoa-PB e verificar se variáveis demográficas, socioeconômicas, reprodutivas, de morbidades maternas e, de cuidado pré-natal, foram possíveis fatores determinantes da adequação do pré-natal. | Trata-se de um estudo transversal, com base em entrevistas com 130 profissionais das unidades de saúde da atenção primária e 1673 puérperas, no momento pós-parto, na maternidade. | A classificação do pré-natal foi dicotomizada (adequado, inadequado) e, por meio da regressão logística binária, com o cálculo do odds ratio e intervalo de confiança (IC95%), foram verificados os fatores associados ao desfecho, considerado aqui como: "pré-natal". | Portanto, o estudo demonstrou que fatores como: acesso, iniquidades reprodutivas e econômicas, elementos educativos e multiprofissional na assistência determinam o pré-natal adequado. |
| | Elaborar uma proposta de protocolo assistencial de enfermagem | Trata-se de uma revisão narrativa baseada em pesquisas | A proposta de organização aponta para a melhoria da qualidade do acesso ao pré-natal pelas | Amparadas em um protocolo clínico, acredita-se que as ações de Enfermagem |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| MENDES, Ana Flávia de Paiva. ²¹ | no pré-natal de baixo risco e puerpério para o município de Araponga/M G. | bibliográficas no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Scientific Eletronic Library Online (SciELO), e na Biblioteca Virtual do NESCON, no período de janeiro a maio de 2013. | mulheres acompanhadas em todas as Unidades Básicas de Saúde através da sistematização programada dos cuidados de enfermagem durante todo o ciclo gravídico-puerperal. | podem ser mais efetivas e o vínculo entre esse profissional e as usuárias gestantes de sua área de abrangência pode se estreitar, melhorando a qualidade da assistência ao pré-natal e promovendo a descentralização do cuidado. |
| FOSTER, L. B.; OLIVEIRA, M. A.; BRANDÃO, S. M. O. C. ²⁴ | Descrever as estratégias utilizadas pelo enfermeiro no pré-natal voltadas para o acolhimento nos moldes humanizados e em seu processo de trabalho | Estudo qualitativo, de campo, desenvolvido em unidade de saúde, a partir de dois grupos focais com seis mulheres em cada grupo. Foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Categorical, composta das fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. | Após análise, definiu-se a categoria << Ações acolhedoras e humanizadas no processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal >> e as subcategorias: << Acesso aos recursos disponíveis >>; << Atendimento de pré-natal >>; <<< Estrutura física da unidade/ambiente >>; << Oficinas: grupo de gestantes >>; << Acolhimento: protocolo da unidade >>; << Humanização: programa de saúde >>; << Consulta de pré-natal: autonomia do enfermeiro embasado no conhecimento técnico-científico >>. | Ressaltamos a importância da necessidade de se buscar a reorganização de serviços, que modificara o perfil do trabalho do profissional de saúde, onde encontrará uma qualidade na assistência prestada, tendo sempre em vista o processo de trabalho, que é um processo sequencial e de continuidade das ações em busca de atingir objetivos. |
| CARVALHO | Analisar a importância das orientações sobre o | Foram analisadas e selecionadas as publicações realizadas entre | Os estudos confirmam a importância das informações no pré-natal para um bom desenvolvimento da | Foi possível identificar que são muito escassas as publicações que abordam a |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| O, S. S.; OLIVEIRA, B. R; BEZERRA, I.S.A. ²⁵ | trabalho de parto nas consultas de pré-natal por meio de um levantamento bibliográfico. | os anos de 2010 e 2018 nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). | gestação e para o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto e parto. | temática. No entanto, os estudos afirmam que a educação em saúde no pré-natal é essencial, pois fortalece a autonomia das mulheres e contribui significativamente para o sucesso no trabalho de parto e parto. |
|---|---|--|---|--|

4.1 Discussão

Foi realizada uma análise geral, onde uma das principais barreiras no combate à mortalidade materna-infantil é a não realização total do pré-natal. Muitas equipes de saúde ou não estão preparadas para atender as gestantes ou não têm os meios adequados para fazer esse atendimento.

Foi verificado por Gomes; Filha; Portela¹, que o pré-natal de qualidade pode diminuir a alta taxa de mortalidade materna, fetal e neonatal em sua avaliação o abandono pré-natal torna crescente essa taxa por falta de consultas adequadas.

Para Pinto; et al.⁴, relata em seu estudo que as adolescentes revelam a necessidade de maior abordagem pois é crescente o número de adolescentes grávidas, visto que uma gravidez nesta faixa etária ocasiona interferência no seu processo de educação, na qualificação e inserção no mercado de trabalho, implicando reflexos no perfil socioeconômico, devido a esses fatores o abandono ao pré-natal se torna crescente no país.

Para Dantas; et al.⁷, relata em seu estudo que a assistência pré-natal, mostrou vários problemas relacionados ao início tardio da assistência pré-natal, números insuficientes das consultas realizadas pelas gestantes em função disso ressalta a importância do planejamento de qualquer ação de saúde materno-infantil.

Outro estudo feito por Gonçalves; et al¹². A principal causa de complicações maternas estão associadas a idade avançada das gestantes com 35 anos e superior ao mesmo, sendo as complicações hipertensão arterial, diabetes, trabalho de parto prematuro, no qual o risco se eleva proporcionalmente à idade, principalmente em países em desenvolvimento.

Para Alves; Feitosa; Mendes¹³, através de sua pesquisa, foi observado que 70% das mulheres que apresentaram complicações, apresentam uma idade avançada, porém, a idade não deve ser vista como fator isolado para complicações maternas e obstétricas considerando que outros fatores também se associam.

De acordo com Avansi; Dias; Silva; et al¹⁵, observou em seu estudo que o apoio familiar é um fator fundamental para que não haja o abandono pré-natal e consequentemente uma complicação no período gestacional, o apoio familiar não considerado somente de membros familiares como também amigos e próximos traz para a gestante uma zona de proteção e confiança.

Foi verificado por Neta; Crisóstomo; Castro; et al¹⁷, que a diabetes mellitus gestacional caracteriza-se como uma patologia associada à idade materna avançada, sabendo, porém, que a idade não pode ser observada isoladamente, pois características de escolaridade também influenciam em mulheres com mais elevado grau de instrução no qual perceberam os sinais e sintomas da doença precocemente.

Para Scarton; Thurow; Ventura; et al¹⁸, as causas de morte materna estão associadas a obstétrica por causas diretas, nas quais se inclui síndrome hemorrágica, doença hipertensiva específica da gestação, aborto e transtorno de placenta, na qual as estratégias utilizadas para a prevenção da mortalidade materna não requerem recursos tecnológicos avançados, mais medidas simples e de baixo custo.

Foi analisado por Dias; Anjos; Alves, et al¹⁹, que o profissional de saúde afrente da consulta pré-natal deve apresentar uma consulta de qualidade e humanizada, na qual é necessária como meio de resgate ao respeito no atendimento à gestante, o enfermeiro a frente da consulta deve realizar medidas de promoção e prevenção à saúde da mulher e do feto, tais como aferição da pressão arterial, peso, altura, entre outros.

Para Silva²⁰, verificou em seu estudo que a atenção primária à saúde, se efetua o pré-natal de baixo risco, quando não é necessário aplicar intervenções de maior complexidade, caso de gestantes com alta gravidade clínica, devem ser encaminhadas a serviços de maior complexidade, entretanto o contato com a atenção primária precisa ser mantido na qual deve ser eficiente de tal forma a detectar intercorrências clínicas, acompanhar e orientar a gestante durante todo seu processo de gestação.

Foi analisado no estudo de Mendes²¹, que o acolhimento da gestante na atenção básica tendo responsabilidade de integralidade do cuidado a partir da recepção

da mulher de forma qualificada, a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados.

De acordo com Foster; Oliveira; Brandão²⁴, o atendimento da gestante na consulta não depende somente de na unidade de saúde, mas na forma com que essa mulher vai ser acolhida dentro da unidade, no atendimento de pré-natal o enfermeiro, além de realizar atribuições técnicas, ele deve demonstrar atenção na forma de vida da gestante, ouvindo suas palavras, principalmente suas preocupações e angústias.

De acordo com Carvalho; Oliveirra; Bezerra²⁵, verificou em seu estudo que no pré-natal os profissionais de saúde devem promover a troca de informações e proporcionar o conhecimento e apoio emocional, para garantir que a mãe o bem estar durante a gestação, parto e puerpério.

O resultado do presente estudo aponta que é importante que as unidades de saúde seja estruturada para um acolhimento das gestantes de forma mais confortável, que o abandono da assistência pré-natal pode ocasionar varios fatores em função a não realização de todas consultas.

O enfermeiro tem que está qualificado para o recebimento das gestantes no atendimento pois com um bom atendimento as grávidas procuram o retorno a outras consultas.

5 CONCLUSÃO

A partir da realização deste estudo, ficou evidente que a não realização do pré-natal apresentou forte associação com questões socioeconômicas e psicossociais, considerada um dos principais fatores associados à não utilização dos serviços de saúde. Ou seja, mulheres com falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito não optam por realizar o pré-natal, a privação da assistência pré-natal pode causar gestações prematuras, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e óbitos maternos e infantis por afecções no período perinatal e pós-natal.

Apesar das recomendações, sabe-se que a assistência pré-natal ocorre de forma deficiente, tanto na oferta dos procedimentos preconizados quanto na sua forma de condução por parte dos profissionais de saúde, com os profissionais capacitados e comprometidos com o serviço que o mesmo oferece, sempre atento às condições clínicas que as gestantes apresentam e orientando-as sobre a verdadeira necessidade de se obter uma vida saudável para dar seguimento à gestação sem intercorrências

torna a assistência mais eficaz e confortável para as gestantes nas quais demonstram interesse e confiança para a conclusão do seu período gestacional.

REFERÊNCIAS

GOMES, R.N.S.; FILHA, F.S.S.C.; PORTELA, N.L.C. Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. **Rev. Fund. Care Online**, v. 9, n. 2, p. 416-421, 2017.

COSTA, C. S. C.; VILA, V. S. C.; RODRIGUES, F. M.; et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2013;15(2):516-22.

VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo. **Rev. Med (São Paulo)**, v.97, n.2, p.235-43, 2018.

PINTO, K. C. L. R.; EDERLI, S. F.; VICENTE, L. M.; et al. Principais complicações gestacionais e obstétricas em adolescentes. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 1, p.873-882, 2020.

OPAS; OMS. Folha informativa - **Mortalidade materna**. Disponível em: <html. file:///C:/Users/user/Desktop/MICHELE/artigos/OPAS_OMS%20brasil%20%20folha%20informativa%20-%20mortalidade%20materna>. Acessado em: 15 de março de 2021.

BALSELLS, M. M. D.; OLIVEIRA, T. M. F.; BERNARDO, E. B. R.; et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Rev. Acta Paul Enf.**, v. 31 n. 3, p. 247-54, 2018.

DANTAS, D. S.; MENDES, R. B.; SANTOS, J. M. J.; et al. Qualidade da assistência pré-natal no sistema único de saúde. **Rev. Enferm. UFPE on-line**, v. 12, n. 5, p. 13, 65-71, 2018.

SOUZA, V. B.; ROECKER, Simone; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** 2011 abril/jun;13(2):199-210.

BALICA, Luciana Oliveira; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal. **Revista Atenção a Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 114-126, 2019.

COSTA, Lediana Dalla; et al. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 4, p. 459-465, 2016.

MARTINS, Q. P. M.; FERREIRA, G. S. M.; ARAGÃO, A. E. A.; et al. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista Sana-re Sobral**, V.14, n.02, p.65-71, jul./dez. - 2015.

GONÇALVES, Záfia Rangel; MONTEIRO, Denise Leite Maia. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Resvista FEMINA**. 2012 | vol 40 | nº 5.

ALVES, N. C. C.; FEITOSA, K. M. A.; MENDES, M. E. S. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev Gaúcha Enf.** 2017;38(4):e2017-0042.

PADILHA, M. A. S.; HYPOLITO, A. M.; SOARES, M. C.; et al. As representações sociais das mães adolescentes acerca da educação. *Rev. Ciência e Enf.* Xx (3), 2014.

AVANZI, S. A.; DIAS, C. A.; SILVA, L. O. L.; et al. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de Gestantes inseridas no PHPN. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, Vol. 9: 55-62 (2019).

POZZA, Laura Valduga; DELANEY, Louisa Audi; BURMANN, Lauren; et al. Crise hipertensiva gestacional. São Paulo. 2018.

NETA, F. A. V.; CRISÓSTOMO, V. L.; CASTRO, R. C. M. B.; et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Rev. Rene.** 2014 set-out; 15(5):823-31.

SCARTON, Juliane; THUROW, Mara Regina Bergmann; VENTURA, Jeferson; et al. Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, e67953081, 2020.

DIAS, Ernandes Gonçalves; ANJOS, Gisele Brito dos; ALVES, Luciene; et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista SUSTINERE**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.

SILVA, Esther Pereira Da. Análise da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária à saúde no município de João pessoa/PB. Recife 2018.

MENDES, Ana Flávia de Paiva. Pré-natal de baixo risco e puerpério: proposta de implantação de um protocolo de enfermagem. MINAS GERAIS, 2013.

ROCHA, Ana Claudia; ANDRADE, Gislângela Silva. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga - go em diferentes contextos sociais. *Revista Enfermagem Contemporânea.* 2017 abril;6(1):30-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL, Florianópolis - SC 2019.

FOSTER, L. B.; OLIVEIRA, M. A.; BRANDÃO, S. M. O. C. O acolhimento nos moldes da humanização aplicada ao processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal. *Rev. Enf. UFPE online*, Recife, 11 n. 10 p. 4617-24, 2017.

CARVALHO, Silas Santos; OLIVEIRA, BR; BEZERRA, ISA. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. *Revista Educação em Saúde*, v. 7, n. 1, p. 142 - 150 2019.

CAPÍTULO 8

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA DOENÇA DE CROHN

ORAL MANIFESTATIONS OF CROHN'S DISEASE

Nívia Castro Binda¹

Ana Luiza Castro Binda²

Rodolfo Alves de Pinho³

Nívia Delamoniky Lima Fernandes⁴

Jefferson Douglas Lima Fernandes⁵

Fabiana Costa Rodrigues⁶

Ilana Francisca de Sousa Araújo Albuquerque⁷

Matheus Almeida Ramalho⁸

Bruna Peixoto Girard⁹

Jaqueline Lopes Reis¹⁰

Amanda Gonçalves Franco¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.8

1 Universidade Federal do Espírito Santo, nivia_sgp@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0409-4265>

2 Cirurgiã-Dentista - ES, aninha_binda@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6664-2538>

3 Faculdade Vértice, rodolfoalvesmtp@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2151-6642>

4 Centro Universitário Inta, delamonikynivia@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8439-2117>

5 Federal University of Ceará Campus Sobral, jefferson.odonto97@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5231-3813>

6 Uniceuma, fabiana_nurs@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6079-977X>

7 Uniceuma, enf_ilana@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0372-0615>

8 Universidade Federal de Jataí, matheusramalho@discente.ufg.br, <https://orcid.org/0000-0002-5607-1313>

9 Centro Universitário Cesmac, brunapeixoto5@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0233-666X>

10 Universidade de Rio Verde, jaquelreis@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1685-0336>

11 Universidade de Itaúna, amandagfranco38@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0983-7539>

RESUMO

Esse estudo objetivou revisar a literatura acerca das manifestações orais decorrentes da doença de Crohn (DC), aprofundando os conhecimentos do cirurgião dentista para proporcionar, assim, um melhor atendimento ao paciente portador da DC. Como procedimentos metodológicos, adota-se revisão bibliográfica utilizando as bases de dados SciVerse Scopus, Scientific Electronic Library Online (Scielo), U.S. National Library of Medicine (PUBMED) e ScienceDirect, com auxílio do gerenciador de referências Mendeley. Os resultados indicam que as lesões orais decorrentes da Doença de Crohn incluem o edema labial, edema nodular granulomatoso, ulcerações lineares profundas, mucogengivite, ulceração aftosa, queilite angular e piosstomatite vegetante. As manifestações orais da Doença de Crohn podem prejudicar a qualidade de vida do paciente que apresentam queixas de desconforto proveniente dessas lesões. Portanto, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde estejam familiarizados com essas desordens, uma vez que as lesões orais podem servir como indicadoras fundamentais no diagnóstico precoce da doença.

Palavras-chave: Doença de Crohn. Boca. Lesões Oraís. Doença Inflamatória Intestinal.

ABSTRACT

This study aimed to review the literature on oral manifestations resulting from Crohn's disease, deepening the knowledge of the dentist to provide, thus, better care to patients with CD. As methodological procedures, a bibliographic review was adopted using the SciVerse Scopus, Scientific Electronic Library Online (Scielo), U.S. National Library of Medicine (PUBMED) and ScienceDirect databases, with the assistance of the Mendeley reference manager. The results indicate that oral lesions resulting from Crohn's Disease include lip edema, granulomatous nodular edema, deep linear ulcerations, mucogingivitis, aphthous ulceration, angular cheilitis and pyosstomatitis vegetans. Oral manifestations of Crohn's Disease can impair the quality of life of patients who complain of discomfort from these lesions. Therefore, it is essential that health professionals are familiar with these disorders, since oral lesions can serve as fundamental indicators in the early diagnosis of the disease.

Keywords: Crohn's Disease. Mouth. Oral Injuries. Inflammatory Bowel Disease.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é uma condição inflamatória granulomatosa crônica recorrente do sistema gastrointestinal, classificada dentro da classe de doença inflamatória intestinal (DII), juntamente com a colite ulcerativa (CU). A DC pode cometer a cavidade oral até ao reto, com manifestações intrainestinais ou extraintestinais. Entretanto, tem sido relatado que a porção do íleo terminal e cólon são os locais mais afetados pela DC, embora possa afetar qualquer outra porção do trato gastrointestinal (VEAUTHIER; HORNECKER, 2018).

A etiologia da doença de Crohn é mal compreendida, porém sabe-se que envolve defeitos na imunidade da mucosa e na função da barreira epitelial em indivíduos geneticamente susceptíveis, ocasionando a resposta inflamatória inadequada aos micróbios intestinais. Outros fatores podem contribuir significativamente para a patogênese da DC, como aspectos ambientais, estresse, uso de anticoncepcionais, tabagismo, dieta rica em lipídeos, uso regular de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e disbiose da microbiota intestinal (LI; SHI, 2018; RAJBHANDARI et al., 2020; WOO, 2015).

O diagnóstico da DC é estabelecido pelo exame clínico, testes laboratoriais, como exame de fezes, hemograma, função pancreática e transaminases, e achados radiológicos, que podem ser evidenciados pela endoscopia digestiva, colonoscopia e gastroscopia. Além desses, a biópsia pode ser realizada para análise da mucosa do cólon (FREEMAN, 2014; MARAZUELA GARCÍA; LÓPEZ-FRÍAS LÓPEZ-JURADO; VICENTE BÁRTULOS, 2019; ROFIFAH, 2020).

Lesões na cavidade oral estão presente em 0,5% a 20% dos pacientes acometidos pela Doença de Crohn, podendo ser o primeiro sítio de manifestação, sendo capaz de servir como indicadores para o diagnóstico da doença. Essas lesões podem possuir sintomatologia dolorosa, prejudicando a qualidade de vida do paciente (LARANJEIRA et al., 2015).

Assim, esse estudo objetivou revisar a literatura acerca das manifestações orais decorrentes da Doença de Crohn, aprofundando os conhecimentos do cirurgião dentista para proporcionar, assim, um melhor atendimento ao paciente portador da DC.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A fim de que haja direcionamento na pesquisa delineou-se como questão norteadora: “quais são as manifestações orais da doença de Crohn?”.

Para a construção deste artigo foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciVerse Scopus, Scientific Eletronic Library Online (Scielo), U.S. National Library of Medicine (PUBMED) e ScienceDirect, com auxílio do gerenciador de referências Mendeley. Os artigos foram contemplados entre os anos de 2010 a 2021.

A estratégia de pesquisa desenvolvida para identificar os artigos incluídos e avaliados para este estudo baseou-se nos descritores contidos na lista dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações no idioma português e inglês: [(Doença de Crohn OR Crohn's Disease OR Doença Inflamatória Intestinal OR Inflammatory Bowel Disease) AND (Boca OR Mouth OR Lesões orais OR Oral Injuries)].

2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Considerou-se como critério de inclusão os artigos completos disponíveis na íntegra nas bases de dados citadas, nos idiomas inglês e português e relacionados com o objetivo deste estudo.

Os critérios de exclusão foram artigos incompletos, duplicados, resenhas, estudos *in vitro* e resumos.

2.3 Seleção de estudos

A estratégia de pesquisa baseou-se na leitura dos títulos para encontrar estudos que investigassem a temática da pesquisa. Caso atingisse esse primeiro objetivo, posteriormente, os resumos eram lidos e, persistindo na inclusão, era feita a leitura do artigo completo. Quando havia dúvida sobre a inclusão, o artigo era lido por outro autor e, a decisão de inclusão ou exclusão era tomada em consenso.

2.4 Coleta de dados

Na sequência metodológica foi realizada a busca e leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados, os quais foram analisados para inclusão da amostra.

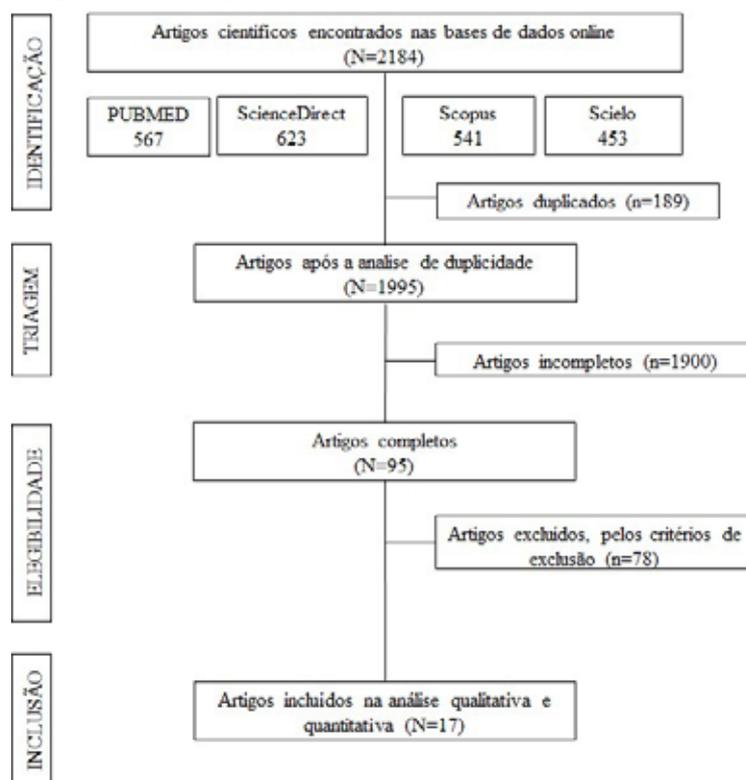
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base na revisão de literatura feita nas bases de dados eletrônicas citadas, foram identificados 2184 artigos científicos, dos quais 189 estavam duplicados com dois ou mais índices. Após a leitura e análise do título e resumos dos demais artigos outros 1900 foram excluídos. Assim, 95 artigos foram lidos na íntegra e, com base nos critérios de inclusão e exclusão, apenas 17 artigos foram selecionados para compor este estudo. O fluxograma com detalhamento de todas as etapas de seleção está na figura 1.

As manifestações bucais da doença de Crohn são subclassificadas em específicas e inespecíficas. As lesões orais específicas são raras e, em alguns casos, precedem as lesões gastrointestinais, possuindo, macroscopicamente, semelhanças em relação as manifestações encontradas pela endoscopia no trato gastrointestinal (TAN et al., 2016).

Em contrapartida, as lesões orais inespecíficas envolvem um grupo de entidades relacionados às deficiências nutricionais, que resulta em diarreia crônica, redução da alimentação oral, alteração na flora intestinal, ressecção intestinal, má absorção e reações adversas causadas pela terapia medicamentosa (TAN et al., 2016).

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos estudos



Fonte: Autoria própria, 2021

3.1 Lesões orais específicas

3.1.1 *Edema Labial e fissuras*

Consiste no alargamento crônico dos lábios com presença de fissuras perpendiculares, rachaduras ou, ainda, crostas no vermelho do lábio (Figura 2). Pode acometer apenas um ou ambos lábios, com ou sem extensão para regiões periorais, sem presença de sintomatologia dolorosa (CHANG et al., 2019; JAJAM; BOZZOLO; NIKLANDER, 2017; TAN et al., 2016).

Figura 2 - Edema Labial



Fonte: CHANG et al. (2019)

3.1.2 *Edema nodular*

A mucosa da cavidade oral apresenta-se com áreas edemaciadas, fissuradas e com aparência hiperplásica, conferindo o aspecto de “pedra de calçada”, característico do edema nodular granulomatoso (Figura 3). Habitualmente, localizam-se na mucosa posterior, com sintomatologia dolorosa e pode dificultar a fala e alimentação (JAJAM; BOZZOLO; NIKLANDER, 2017; TAN et al., 2016).

Figura 3 - Edema nodular granulomatoso

Fonte: TAN et al. (2016)

3.1.3 *Ulcerações lineares profundas*

Geralmente estão presentes nos sulcos bucais e podem estar acompanhadas por mucosa oral hiperplásica em suas bordas (Figura 4). Devido a características clínicas semelhantes, essas lesões podem ser confundidas com úlceras aftosas (JAJAM; BOZZOLO; NIKLANDER, 2017; TAN et al., 2016).

Figura 4 - Ulceração linear profunda

Fonte: TAN et al. (2016)

3.1.4 *Mucogengivite*

Os tecidos gengivais podem apresentar-se granulares e hiperplásicos tanto na gengiva livre quanto na gengiva inserida e, em alguns casos, pode haver exten-

são para a margem mucogengival podendo, ou não, apresentar ulcerações (JAJAM; BOZZOLO; NIKLANDER, 2017; TAN et al., 2016)

3.2 Lesões orais inespecíficas

3.2.1 *Ulceração aftosa*

Apresenta-se como a lesão de maior prevalência entre os pacientes portadores da Doença de Crohn, sendo relatada em 20 a 30% dos casos de DC. Clinicamente apresenta-se com episódios recorrentes de múltiplas ulcerações na mucosa oral superficial, de formato oval ou arredondadas, com margens circunscritas e circundadas por um halo eritematoso (Figura 5). Habitualmente apresentam sintomatologia dolorosa e podem prejudicar atividades diárias do paciente, como fala e alimentação (NEVILLE, 2009; TAN et al., 2016).

Figura 5 - Ulceração aftosa



Fonte: NEVILLE (2009, p. 334)

3.2.2 *Queilite angular*

A comissura labial e a região subjacente podem ser acometidas de episódios de fissuras recorrentes e presença de placas endurecidas eritematosas, sem presença de sintomatologia dolorosa (Figura 6) (JAJAM; BOZZOLO; NIKLANDER, 2017; NEVILLE, 2009).

Figura 6 - Queilite Angular

Fonte: NEVILLE (2009, p. 832)

3.2.3 Piosestomatite vegetante

Consiste em uma doença oral rara, caracterizada por pústulas que afetam a mucosa bucal. Acomete, majoritariamente, a gengiva labial, palato mole e duro, mucosa oral e labial (Figura 7). Ao exame clínico, nota-se placas vesiculares, pustulosas, exsudativas, vegetantes de coloração amarelo-esbranquiçadas (ATARBASHI-MOGHADAM; LOTFI; ATARBASHI-MOGHADAM, 2016; NEVILLE, 2009).

Figura 7 - Piosestomatite vegetante

Fonte: NEVILLE (2009, p. 853)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho revisou a literatura acerca das manifestações orais da Doença de Crohn, evidenciando suas manifestações clínicas.

As manifestações orais da Doença de Crohn podem prejudicar a qualidade de vida do paciente que apresentam queixas de desconforto proveniente dessas lesões. Portanto, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde estejam familiariza-

dos com essas desordens, uma vez que as lesões orais podem servir como indicadores fundamentais no diagnóstico precoce da doença.

REFERÊNCIAS

ATARBASHI-MOGHADAM, S.; LOTFI, A.; ATARBASHI-MOGHADAM, F. **Pyostomatitis Vegetans: A Clue for Diagnosis of Silent Crohn's Disease**. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, dez. 2016.

CHANG, J. et al. Crohn's disease initiated with extraintestinal features. **BMJ case reports**, v. 12, n. 4, p. e229916, 20 abr. 2019.

FREEMAN, H. J. Natural history and long-term clinical course of Crohn's disease. **World journal of gastroenterology**, v. 20, n. 1, p. 31-36, jan. 2014.

JAJAM, M.; BOZZOLO, P.; NIKLANDER, S. Oral manifestations of gastrointestinal disorders. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 9, n. 10, p. e1242-e1248, 1 out. 2017.

LARANJEIRA, N. et al. Manifestações orais em doentes com doença inflamatória intestinal . Estudo piloto Oral disorders in patients with Inflammatory Bowel Disease . A pilot study. **Colóquios Garcia da Orta**, v. 2, p. 1-5, 2015.

LI, N.; SHI, R.-H. Updated review on immune factors in pathogenesis of Crohn's disease. **World journal of gastroenterology**, v. 24, n. 1, p. 15-22, jan. 2018.

MARAZUELA GARCÍA, P.; LÓPEZ-FRÍAS LÓPEZ-JURADO, A.; VICENTE BÁRTULOS, A. Acute abdominal pain in patients with Crohn's disease: what urgent imaging tests should be done? **Radiologia**, v. 61, n. 4, p. 333-336, 2019.

RAJBHANDARI, R. et al. Crohn's disease in low and lower-middle income countries: A scoping review. **World journal of gastroenterology**, v. 26, n. 43, p. 6891-6908, nov. 2020.

ROFIFAH, D. Manifestações orais da Doença de Crohn. **Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents**, p. 12-26, 2020.

TAN, C. X. W. et al. Gastrointestinal diseases and their oro-dental manifestations: Part 1: Crohn's disease. **British Dental Journal**, v. 221, n. 12, p. 794-799, 2016.

VEAUTHIER, B.; HORNECKER, J. R. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. **American family physician**, v. 98, n. 11, p. 661-669, dez. 2018.

WOO, V. L. Oral Manifestations of Crohn's Disease: A Case Report and Review of the Literature. **Case Reports in Dentistry**, v. 2015, n. Figure 1, 2015.

CAPÍTULO 9

INÍCIO DO PRÉ-NATAL TARDIO E SUAS COMPLICAÇÕES: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*BEGINNING OF LATE PRENATAL AND ITS
COMPLICATIONS: NURSING CARE*

Alecsander Negreiros dos Santos Silva¹
Camilene Dutreuil²
Ilse Marques Lira³
Jéssica Verônica Ester Lucena Souza⁴
Raí Rodrigues Ramos⁵
Lilian de Oliveira Correa⁶

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.9

¹ Acadêmicos do curso de enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas
² Acadêmicos do curso de enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas
³ Acadêmicos do curso de enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas
⁴ Acadêmicos do curso de enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas
⁵ Acadêmicos do curso de enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas
⁶ Docente e orientadora da Faculdade Estácio do Amazonas

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo realizar uma revisão de literatura com foco na identificação dos fatores que levam ao início tardio do pré-natal nas gestantes aos serviços de saúde, além de oportunizar recomendações baseadas em evidência científica. Trata-se de uma revisão integrativa, iniciada em Fevereiro de 2021, realizada na base de dados: Scientific Eletronic Library online (Scielo), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através das palavras-chave: Enfermagem, atenção básica, pré-natal, serviços de saúde, materno infantil. Por meio dos resultados obtidos ficou claro que, o pré-natal é importantíssimo durante o processo da gestação, sendo distinto como um período onde ocorrem alterações físicas e emocionais que necessitam de acompanhamento, com a preferência do amparo à mulher, tendo em vista que a gestante precisa de apoio e respostas aos anseios vivenciados durante esse tempo, onde ocorrem confusões emocionais, angústias, fantasias ou, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo, tornando essencial a função do enfermeiro na atuação da assistência à saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Atenção básica. Pré-natal. Materno Infantil.

ABSTRACT

This research aims to carry out a literature review focusing on identifying the factors that lead to late start of prenatal care in pregnant women to health services, in addition to providing opportunities for recommendations based on scientific evidence. This is an integrative review, started in February 2021, carried out in the following database: Scientific Electronic Library online (Scielo), Virtual Health Library (VHL) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), through the keywords: Nursing, primary care, prenatal care, health services, maternal and child. Through the results obtained, it is clear that prenatal care is very important during the pregnancy process, being distinct as a period where physical and emotional changes occur that need monitoring, with the preference of support for women, considering that the pregnant women need support and answers to the anxieties experienced during this time, where emotional confusions, anxieties, fantasies or the curiosity to know about what happens to their bodies occur, making the role of nurses essential in the performance of health care.

Keywords: Nursing. Basic attention. Prenatal. Mother and Child.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida das mulheres, sendo um período de adaptação a diversas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sociais relacionados à vida da gestante. Nas últimas décadas, as políticas públicas de saúde estão se direcionando com maior intensidade na humanização da assistência durante os períodos do pré-natal, parto e puerpério. Essas políticas públicas visam à ampliação e a melhoria da qualidade de vida da mulher e da criança, não mais restringindo a atenção ao processo reprodutivo. (BRASIL, 2016).

A assistência pré-natal, na maioria das vezes, retrata o primeiro contato das gestantes com o serviço de saúde, por isso deve ser planejada de forma que atenda suas necessidades. Em alguns estudos, foram identificadas falhas que intervêm na sua qualidade, com baixa cobertura, início tardio, realização incompleta dos procedimentos recomendado e carência de informações (BALSELLS et al., 2018).

Nessa perspectiva, a assistência pré-natal deve ser iniciada no primeiro trimestre de gestação, com consultas agendadas mensalmente para proporcionar cobertura universal, de modo planejado, permitindo o acompanhamento efetivo. O Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, não esquecendo também é claro da imunização da gestante que deve ser atualizada durante todo o período (BRASIL, 2016).

Contudo, é evidente que o pré-natal bem-sucedido depende, na maioria das vezes, do período em que é iniciado e do número de consultas realizadas. Desse modo, o início precoce das consultas é um dos fatores associados à assistência pré-natal adequada, que tem como objetivo diminuir a mortalidade materna e neonatal, garantindo no fim da gestação o nascimento de uma criança saudável e uma satisfação materna.

É preciso salientar, também que a gestante é o foco principal desse processo, mas junto com ela se necessário é possível incluir a família para interagir nesse momento, trazendo, mais segurança para a gestante. Em 2000, foi criado o Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e melhorar os atendimentos de consultas de pré-natal. (PITILIN & PELLOSO, 2017).

Estudos (CARPES, BIFF, STUMM, 2016; DA SILVA et al., 2017) têm mostrado a junção da Atenção Pré-Natal com a prevenção de risco na gravidez, diminuição de complicações no parto, puerpério e de complicações perinatais, e melhores condições de saúde – como melhor desenvolvimento intrauterino, redução na incidência de baixo peso ao nascer, diminuição da mortalidade materno-infantil, e da morbimortalidade neonatal e perinatal.

O atendimento de qualidade de assistência pré-natal é formado por uma equipe multidisciplinar, cada um com a sua função específica, porém trabalhando em conjunto, orientando a gestante sobre a importância da realização do pré-natal, amamentação e vacinação. A principal tarefa dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal é a criação de um vínculo com as gestantes, obtendo-se uma comunicação eficaz com as mesmas e com os demais membros das famílias (SILVA et al., 2019).

Na realidade, o Pré-Natal é a assistência na área da enfermagem e da medicina prestada à gestante durante os nove meses da gravidez, visando evitar problemas para a mãe e a criança nesse período e no momento do parto, portanto para que seja ofertado um pré-natal de qualidade é importante que o serviço e os profissionais de saúde estejam preparados, de modo que consigam reparar fatores de naturezas físicas, emocional, familiar e econômicas, pois estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta pré-natal e conseqüentemente o acompanhamento (BECK & SOUZA, 2018).

As ações desenvolvidas pelo enfermeiro durante a consulta pré-natal incluem anamnese, exame físico, solicitação de exames de rotina, interpretação dos resultados e cuidadoso trabalho educativo por meio de orientações e aconselhamentos, desta maneira tais condutas são fundamentais para o planejamento de estratégias que visem à redução da mortalidade neonatal e infantil. (TOMASI et al., 2017).

Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo geral, realizar uma revisão de literatura com foco para identificar os fatores que levam ao início tardio do pré-natal nas gestantes aos serviços de saúde, além de prover recomendações baseadas em evidência científicas. Tendo com objetivos específicos: Identificar as causas do início tardio do pré-natal nas gestantes; verificar as complicações e problemas que possam surgir com o atraso do pré-natal e analisar a atuação da enfermagem nas possíveis complicações de um pré-natal tardio.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura feita através de artigos, que tem por finalidade fazer um resumo do tema proposto, ofertando a realização de buscas, análises, coleta de dados e desenvolvimento do tema.

Optou-se por essa modalidade de pesquisa por se tratar de uma ferramenta que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência da saúde (MARCONI & LAKATOS, 2017).

2.2 Busca de Dados

A busca da literatura foi iniciada em Fevereiro de 2021, será realizada na base de dados: Scientific Electronic Library online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, através das palavras-chave: Enfermagem, atenção básica, pré-natal, serviços de saúde, materno infantil.

2.3. Critérios da Inclusão e Exclusão

Inclusão: artigos em idiomas inglês e português completo dos últimos cinco anos. Exclusão: artigos com outros idiomas e incompletos.

2.4 Análise dos Dados

Os artigos foram selecionados e submetidos a uma leitura rigorosa do texto completo para identificar a resposta ao objetivo do tema proposto. Então se fez a análise e interpretação dos dados, para confirmar se estão respondendo ao problema e as questões norteadoras propostas.

3 RESULTADOS ESPERADOS

Por meio dos resultados obtidos no quadro 1, pôde-se inferir que a assistência pré-natal é um direito e um dos pilares envolvidos na melhoria dos indicadores de saúde, trazendo benefícios à tríade: mãe, filho e família.

Na realidade, os artigos selecionados contribuíram para expansão da visão de que o conhecimento das propriedades e alegações das mulheres para a busca tardia do pré-natal acaba por auxiliar na preparação de modelos e programas com a finalidade de sociabilizar os fatos pertinentes a essa problemática, bem como a redução significativa de mortes praticamente evitáveis, principalmente no que diz

respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, como pode ser observado nos dados referentes ao quadro 1 da revisão integrativa.

Quadro 1 - Artigos e bases de dados utilizados para a elaboração da revisão integrativa.

| Procedência | Título do artigo | Autores | Ano | Considerações / Temática |
|-------------|---|--|------|---|
| Scielo | A importância do acompanhamento do pré-natal realizado por enfermeiros | Oliveira, E. C; Barbosa, S. M; Melo, S. E. C | 2016 | Denota a importância da consulta de enfermagem na assistência pré-natal no Brasil. Nas consultas de enfermagem, o enfermeiro não necessita apenas de sua competência técnica, mas também necessita da escuta qualificada. |
| Lilacs | Contexto da atenção pré-natal na prematuridade tardia | Porciuncula et al. | 2017 | Reconhecer que os cuidados pré-natais dessas mulheres podem representar as concepções que elas têm sobre a gestação, sendo uma referência importante para os profissionais que trabalham com essa população. |
| Scielo | Caracterização do conhecimento das gestantes sobre as possíveis complicações relacionadas ao início do pré-natal tardio | Ribeiro et al., | 2020 | É imprescindível uma assistência qualificada desde o início da gestação, fazendo a captação ainda no primeiro trimestre, com o objetivo de promover a saúde e fazer a identificação de forma precoce quanto aos problemas que podem comprometer a vida da mãe e do concepto. |
| Scielo | A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco | Ferreira et al., | 2021 | Identificou-se a importância da atuação do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal bem como a realização dos grupos de gestante na atenção básica. Conclui-se que há necessidade de educação em saúde a população sobre a importância da assistência do enfermeiro durante o pré-natal nas instituições |
| BVS | O pré-natal e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco | Silva et al., | 2021 | O enfermeiro desempenha um papel de extrema importância para que ocorra um pré-natal de qualidade, devendo, portanto, prestar uma assistência humanizada, atendendo as queixas da paciente, executando e prescrevendo cuidados, a fim de diminuir os riscos e as possíveis complicações para a gestante de risco e ao feto. |

| | | | | |
|--------|--|---------------------------------|------|--|
| SciELO | Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades | Silva et al., | 2018 | O acolhimento, o fácil acesso, a realização de exames e os grupos de gestantes configuram-se como potencialidades do pré-natal. A falta de organização das unidades, de medicamentos de uso essencial, de recursos materiais, o tempo prolongado para início das consultas e para as realizações dos exames consistiram em fragilidades. |
| BVS | Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais | Tomasi et al., | 2017 | Uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. |
| BVS | Percepção de acadêmicos de enfermagem acerca do papel do enfermeiro no cuidado pré-natal | Carpes, F; Biff, D; Stumm K. E. | 2016 | O enfermeiro durante o pré-natal busca ajudar na promoção de saúde do binômio mãe e bebê por meio de informações recebidas pela gestante, familiares e nos exames físicos e laboratoriais. |
| Lilacs | Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal | Mayor et al., | 2018 | Além de aprimoramento das estratégias de captação precoce das gestantes, com conscientização e mobilização da população sobre a importância do acompanhamento do pré-natal, faz-se necessário um registro mais acurado dos dados desses serviços. |
| Lilacs | O cuidado no pré-natal: um valor em questão | Silva et al., | 2017 | Os profissionais relataram uma concepção vital de seus valores com base no pensamento Scheleriano, e somados para que a rede de atenção ao pré-natal tenha uma adequação com foco na mulher, em prol de um avanço qualificado da assistência pré-natal |

Fonte: Dados da pesquisa integrativa, 2021.

Em uma visão panorâmica dos dados obtidos, verifica-se que realmente os primeiros cuidados de saúde estão integrados ao Sistema de Saúde do país, onde a chave mestra é justamente a centralização na performance social, econômica e global de toda a sociedade. Nesse sentido, este torna-se o nível mais próximo de contato do paciente com o sistema nacional de saúde, apresentando-se como o primeiro elemento de um fluxo contínuo de assistência à saúde (MAYOR et al., 2018).

É importante ressaltar que, por mais que o acesso ao serviço de saúde seja um direito de todo cidadão, ainda assim, existem casos em que não se pode efetuar esse serviço com qualidade, sendo que muitas vezes o pré-natal, embora universal, não ocorra de maneira plausível.

De acordo com os pesquisadores (OLIVEIRA, BARBOSA, MELO, 2016; FERREIRA et al., 2021) em diversos locais a mulher ainda enfrenta inúmeras barreiras para encontrar uma instituição de saúde na horar de gerar a criança e no período pós-parto, havendo uma fragilidade no sistema que abrange a gestante e consequentemente influenciando no desenvolvimento da criança em meio ao seu potencial intelectual, cognitivo e motor.

O que se pode notar é que, a realização preliminar do pré-natal oportuniza a vivência de uma gestação mais tranquila e com menos risco de complicações, diminuindo assim a mortalidade materna e neonatal. Isso pode ser observado na maioria dos trabalhos mencionados no quadro 1, demonstrando que com a prática da atenção primária os enfermeiros tornam-se mais capacitados para atuar de forma positiva junto as mulheres, seja por meio da educação em saúde, sensibilizando a gestante, companheiro e familiares quanto a importância do início precoce do pré-natal, bem como realizando a busca ativa das gestantes faltosas (TOMASI et al., 2017).

Na concepção de Silva et al., (2018) e Silva et al., (2021) durante o período do pré-natal, a grávida deve receber orientações quanto a necessidade de se realizar uma alimentação balanceada e saudável, e sobre a realização de atividades físicas que se tornam um fator essencial no que diz respeito a prevenção de patologias. Ademais, é importante que a gestante não tome bebidas alcoólicas, bem como não fume cigarros ou outras drogas.

Para Porciúncula et al., (2017), o cuidado no pré-natal tem como finalidade a promoção da saúde da mãe e da criança, elucidando situações e problemas da maneira mais rápida possível. Esse cuidado faz com que melhore as catástases clínicas e psicológicos na gestação e na fase puerperal, minimizando assim a morbimortalidade materno-infantil.

Nessa perspectiva, tem-se a necessidade de se tomar conhecimento sobre os protocolos que fazer parte da atenção no pré-natal possibilitando identificar as ações realizadas verificando se há interligação com que o Ministério da Saúde (MS) preconiza, dessa forma serão identificadas as fragilidades dos serviços na promo-

ção da saúde materno e neonatal, para que possa haver melhorias na qualidade do serviço (TOMASI et al., 2017).

Nesse contexto, é de inteira importância a realização do pré-natal no início da gestação, onde torna-se possível detectar as diversas patologias possíveis, e logo em seguida realizar o tratamento. Entretanto, ainda existe, em pleno século XXI, um número expressivo de gestantes insiste em realizar de forma tardia o pré-natal, trazendo impactos negativos tanto para ela quanto para o recém-nascido.

Para Carpes, Biff, Stumm (2016), o enfermeiro apresenta-se com um papel importantíssimo na busca pela promoção de saúde do binômio mãe e filho, utilizando-se de informações recebidas pela gestante, familiares e realizando exames físicos e laboratoriais. Lembrando que, é essencial que a gestante faça a reposição de vitaminas, sendo que o ácido fólico, é uma das principais vitaminas que a gestante deve repor, pois ela é recomendada durante o período das primeiras semanas de gravidez, com a eficácia de ajudar a prevenção de anomalias.

Mediante a isso, fica claro que, o pré-natal se torna importantíssimo durante o processo da gestação, sendo distinto como um período onde ocorrem alterações físicas e emocionais que necessitam de acompanhamento, com a preferência do apoio à mulher, tendo em vista que a gestante precisa de apoio e respostas aos anseios vivenciados durante esse período, onde ocorrem confusões emocionais, angústias, fantasias ou, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo, tornando essencial a função do enfermeiro na atuação da assistência à saúde.

4 CONCLUSÃO

Esta pesquisa realizou um estudo sobre a assistência de enfermagem no início do pré-natal tardio, bem como suas possíveis complicações, avaliando o enfermeiro no que tange sua principal função na promoção da gestação saudável e segura. Nesse sentido, fica evidente que o pré-natal é o acompanhamento de grande importância para a gestante, sendo possível por meio dele identificar possíveis problemáticas, além de oportunizar a mulher o aprendizado sobre as transformações que ocorrem no seu corpo, sem contar no quesito harmonia familiar e integridade.

Por meios dos resultados obtidos pode-se afirmar que o enfermo se apresenta com total respaldo técnico-científico para o acompanhamento do pré-natal, podendo atender a gestante e até mesmo aproximando o vínculo com a paciente, não olhando a gestação somente como uma cadeia natural de procriação, entretanto, vendo a mulher e mãe que possui desejos, medos e dúvidas. Essa habilidade de

criar elo com a mulher torna a consulta de enfermagem diferenciada, pois não está focada somente em procedimentos técnicos, mas existe o diálogo com o elemento essencial que é a gestante.

Desse modo, esta pesquisa tem grande relevância para os acadêmicos na área de enfermagem, elucidando o pré-natal de qualidade, atentando-se para um acolhimento plausível da gestante, onde o enfermeiro deve ser um instrumento a fim de instruir a grávida a enfrentar situações de estresse, de crise e decidir sobre sua vida e principalmente sobre sua saúde.

REFERÊNCIAS

BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 3, p. 247-254, 2018.

BECK, Elisiane Quatrin; SOUZA, Martha Helena Teixeira. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, n. Especial, p. 19-24, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderneta da Gestante*. Brasília – DF, 3 ed., 2016.

CARPES, Fabiano; BIFF, Débora; STUMM, Karine Eliel. Percepção de acadêmicos de enfermagem acerca do papel do enfermeiro no cuidado pré-natal. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 79, n. 17, 2016.

DA SILVA, Luana Asturiano et al. O cuidado no pré-natal: um valor em questão. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 2, 2017.

DE OLIVEIRA, Isabelly Gomes et al. Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, 2017.

DE OLIVEIRA, Elizângela Crescêncio; BARBOSA, Simone de Meira; MELO, Sueli Essado Pereira. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. *Revista Científica FacMais*, Volume. VII, Número 3. Ano 2016/2º Semestre.

FERREIRA, Gabriela Elaine et al. A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.1, p 2114-2127 jan./feb. 2021.

GONÇALVES, Mariana Faria et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 3, 2017. *Enfermagem: desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado*.

MAYOR, Marcela Souza Sotto et al. Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal. *Revista Cereus*, v. 10, n. 1, p. 91-100, 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

PORCIUNCULA, Mariana Bello et al. Contexto da atenção pré-natal na prematuridade tardia [Context of antenatal care in late prematurity] [Contexto de la atención prenatal en la prematuridad tardía]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e18040, mar. 2017.

PITILIN, Érica de Brito; PELLOSO, Sandra Marisa. Internações sensíveis à atenção primária em gestantes: Fatores associados a partir do processo da atenção pré-natal *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, n. 2, 2017.

SILVA, Mariana Pereira Barbosa. O pré-natal e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, e9410917173, 2021.

RIBEIRO, Nascimento Ribeiro et al. Caracterização do conhecimento das gestantes sobre as possíveis complicações relacionadas ao início do pré-natal tardio. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 8, p.59458- 59468 aug. 2020.

SILVA, Andressa Arraes et al. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 9, p. 15, 2019.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00195815, 2017.



CAPÍTULO 10

TRANSTORNO MENTAL E ISOLAMENTO SOCIAL PROVOCADO PELO COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

MENTAL DISORDER AND SOCIAL ISOLATION CAUSED BY COVID-19: AN INTEGRATIVE REVIEW

Cícera Angela Sousa Silva¹
Palomma Rafaelly Teixeira Alencar²
Lizandra Ellem Silva de Souza³
Ana Caren dos Santos Paz⁴
Maria Victoria Farias Gomes⁵
Eva Natalina Ferreira Costa⁶
Ivo da Silva Soares⁷
Mayara Iris Coelho de Araújo⁸
Geovanna Renaisa Ferreira Caldas⁹

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.10

1 Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, lageansousa@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5892-8368>
2 Centro Universitário de Juazeiro do Norte, palommaenfermira@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2261-4252>
3 Centro Universitário de Juazeiro do Norte, lizandraaellen@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2398-325X>
4 Universidade Estadual do Maranhão, ana.careen1@outlook.com, <https://orcid.org/0000-0002-2766-1357>
5 Centro Universitário de João Pessoa, meuperfilpf@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6910-812X>
6 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, evacostaferreira@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2673-6967>
7 Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, ivossoares23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7163-3073>
8 Universidade Paulista, mayara.iriscoelho@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5041-1532>
9 Docente no Instituto Centro de Ensino Tecnológico, geovannacaldas@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9820-309X>

RESUMO

Objetivo: Descrever as evidências científicas produzidas sobre os tipos de transtornos mentais que a população brasileira pode apresentar após isolamento social ocasionado pela infecção por coronavírus. **Metodologia:** foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados Medline, Lilacs, Ibecs, Bdenf, Coleciona SUS, Sec.Est.Saúde. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol que retratassem a temática em estudo, publicados e indexados nas referidas bases nos anos de 2019a 2021. **Resultados:** Diante dos achados extraídos dos estudos selecionados, percebeu-se que os indivíduos submetidos ao isolamento social, devido á pandemia da covid 19, estão mais suscetíveis a apresentar transtornos mentais, devido à privação e a restrição social, surgindo assim sintomas de sofrimento psíquico, em especial, relacionado ao estresse, ansiedade e depressão. **Conclusão:** Este estudo permitiu refletir sobre a necessidade de garantir uma comunicação clara e informativa sobre métodos para redução desses sintomas de sofrimento psíquico. Fazendo-se necessário novas pesquisas com a população brasileira sobre transtornos mentais desencadeados durante e pós-pandemia do Covid-19, pois há dificuldades na busca de informações sobre a temática e sobre evidências científicas produzidas falando sobre os impactos nos brasileiros frente a tantas transformações.

Palavras-chaves: Transtornos mentais. Isolamento social. Infecções por coronavírus.

ABSTRACT

Objective: To describe the scientific evidence produced on the types of mental disorders that the Brazilian population can present after social isolation caused by coronavirus infection. **Methodology:** an integrative literature review was carried out in Medline, Lilacs, Ibecs, Bdenf, Coleciona SUS, Sec.Est.Saúde databases. The inclusion criteria for the selection of the sample were: articles published in Portuguese, English and Spanish that portrayed the subject under study, published and indexed in those databases in the years 2016 to 2021. **Results:** In view of the findings extracted from the selected studies, you noticed It is noted that individuals subjected to social isolation, due to the covid 19 pandemic, are more likely to present mental disorders, due to deprivation and social restriction, thus giving rise to symptoms of psychological distress, in particular, related to stress, anxiety and depression. **Conclusion:** This study allowed us to reflect on the need to ensure clear and informative communication about methods to reduce these symptoms of psychological distress. Further research with the Brazilian population on mental

disorders triggered during and after the Covid-19 pandemic is necessary, as there are difficulties in the search for information on the subject and on scientific evidence produced talking about the impacts on Brazilians in the face of so many changes.

Keywords: Mental disorders. Social isolation. Coronavirus Infections.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os Transtornos Mentais (TM) classificam-se como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Eles podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional, familiar, ou seja, são alterações do tipo intelectual, emocional e/ou comportamental (SANTOS; RODRIGUES, 2020). Cerca de 50% dos adultos tendem a sofrer de doença mental em algum momento da sua vida. Mais da metade dessas pessoas sentem sintomas de moderados a graves. Apesar dessa prevalência elevada, apenas cerca de 20% das pessoas que têm doença mental procura assistência médica (FIRST; MICHAEL, 2017).

A pessoa que está lidando com os sintomas dos transtornos mentais pode ter algumas mudanças no comportamento por conta da dificuldade que está passando. Entre alguns dos sinais estão: abuso de substâncias, mudança nos hábitos alimentares, mudança repentina de humor, sofrimento mental, sensação de pânico, agressão, violência, medo relativo ao perigo eminente de vir adoecer, estresse, insônia, ansiedade, depressão, desesperança e síndrome de Burnout (LEMES; BRESSAN, 2016).

A preocupação com a saúde mental da população Brasileira se intensifica após o surgimento da pandemia do novo coronavírus, ou seja, em dezembro 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada com a ocorrência de um surto de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, República Popular da China. Rapidamente, identificou-se o agente etiológico, um novo coronavírus: SARS-COV-2 (ROSA; GARCIA, 2020).

A pandemia da COVID-19 configura-se como o maior desafio sanitário do século 21, a sua alta taxa de transmissibilidade não permitiu determinar medidas de contenção efetivas. Essa situação provocou múltiplos impactos, afetando a população mundial tanto no âmbito individual quanto no coletivo e sendo considera-

da uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Desse modo, no que concerne à dimensão coletiva, a pandemia tem atingido as esferas sociais, política, econômica e educacional, mobilizando múltiplos sentimentos e emoções humanas (SOUSA et al., 2020).

Apesar do isolamento social ter sido uma medida empregada no contexto de saúde pública para a preservação da saúde física do indivíduo, é fundamental pensar na saúde mental e no bem-estar das pessoas submetidas ao período de isolamento social para a manutenção da capacidade produtiva do ser humano. Neste sentido utiliza-se como questão norteadora para desenvolvimento deste estudo: o que as evidências científicas produziram sobre os tipos de transtornos mentais que a população brasileira pode apresentar após isolamento social ocasionado pela pandemia do COVID 19?

Por fim, este estudo justifica-se pela necessidade de melhor compreensão dos efeitos na saúde mental dos brasileiros provocado pelo isolamento social da pandemia do novo coronavírus, uma vez que a saúde mental da população influencia no comportamento dos cidadãos e sua interrelação social. Bem como, este estudo pretende contribuir com informações que contribuirão para medidas de promoção e prevenção da saúde mental dos brasileiros.

Tem como objetivo descrever as evidências científicas produzidas sobre os tipos de transtornos mentais que a população brasileira pode apresentar após isolamento social ocasionado pela pandemia do COVID 19.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 Transtornos mentais

Os TM correspondem a 12% das doenças no mundo e a 1% da mortalidade. No entanto, cerca de 40% dos países ainda não apresentam políticas em saúde mental que sejam eficientes e 30% não têm programas voltados para cuidados específicos. No Brasil, 3% da população sofre com transtornos mentais graves e persistentes e 6% têm transtorno psiquiátrico grave provocado por uso de álcool ou de outras drogas. Dessa forma, são fundamentais os investimentos para prevenção e promoção da saúde mental a fim de reduzir a quantidade de incapacidades e de comprometimentos decorrentes desses transtornos (HIANY et al., 2018).

Os transtornos mentais representam 13% do total de todas as patologias do mundo. A OMS ainda estima que uma em cada quatro pessoas será afetada por alguma doença mental em determinada fase da vida. Os estudos têm chegado à

conclusão de que a prevalência de transtornos mentais é parecida entre homens e mulheres. (CORNÉLIO, 2017).

Dentro do contexto da saúde mental, o estigma pode ser compreendido como uma atitude de distanciamento resultante da ação do medo. Afinal, o receio, falta de informação, preconceito e discriminação são atitudes normalmente mobilizadas por crenças negativas que nos levam a temer, rejeitar e evitar tudo o que é desconhecido, principalmente pessoas com transtornos mentais (LEMES; BRESSAN, 2016).

3.2 Novo coronavírus - COVID 19

A doença de COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) é uma infecção respiratória provocada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). A doença foi identificada em dezembro de 2019, depois várias pessoas serem acometidas de pneumonia de causa desconhecida, e que tinham em comum o Mercado Atacadista de Frutos do Mar na cidade de Wuhan na China (ZANELLA et al., 2020).

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia em decorrência da alta taxa de transmissão do vírus e sua propagação em nível mundial. As pandemias são conhecidas como epidemias que se espalham rapidamente por diversos países e afetam uma quantidade relativamente grande de pessoas (PEREIRA et al., 2020).

São considerados grupo de risco para agravamento da COVID-19 os portadores de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, e indivíduos fumantes, pessoas acima de 60 anos, gestantes, puérperas e crianças menores de 5 anos. Alguns estudos, recém-publicados citam também as enfermidades hematológicas (anemia falciforme, talassemia, doença renal crônica em estágio avançado (graus 3, 4 e 5), imunodepressão provocada pelo tratamento de condições autoimunes (ex: lúpus); o câncer, (exceto melanótico de pele); a obesidade e as doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica. São considerados grupos de interesse para saúde pública a população indígena, carcerária e residentes em instituições de longa permanência para idosos (BRASIL, 2020).

Os sintomas da Covid-19 são variados e podem ocorrer desde a forma mais branda e grave com necessidade de internação hospitalar, como principais sintomas têm-se a febre alta, ausência de cheiro, tosse, dispneia entre outros. A infecção ainda pode acometer trato respiratório inferior e apresentar-se como pneumonia, por exemplo, corroborando para um caso mais grave. O período de incubação do

vírus é de 2 a 14 dias e alguns indivíduos podem ser assintomáticos (ZANELLA et al.,2020).

3.2.1 Medidas Preventivas e de Assistência ao Indivíduo com COVID 19

No que se referem às medidas preventivas, o Ministério da Saúde lançou recomendações a população a fim de informá-la quanto às questões de transmissão, prevenção e procedimentos em caso de contágio da doença. A primeira medida adotada foi o distanciamento social, evitando aglomerações a fim de manter, no mínimo, um metro e meio de distância entre as pessoas, como também a proibição de eventos que ocasionem muitos indivíduos reunidos (PEREIRA et al., 2020).

As medidas para impedir a transmissão da COVID-19 incluem lavagem das mãos com água e sabão ou desinfetante para as mãos à base de álcool, higiene respiratória (como cobrir o rosto ao tossir e espirrar), distanciamento físico de pelo menos 1 metro ou mais, uso de máscaras, quando o distanciamento físico não é possível, limpeza e desinfecção regular do ambiente e limitação de viagens desnecessárias, para evitar aglomerações. Desse modo, aumentando a conscientização sobre a COVID-19 (BRASIL,2020).

3.2.2 Mudança Social Provocada pelo COVID-19

A pandemia modificou a estrutura econômica e social do mundo, em dimensões até então jamais vistas na humanidade, e este fato foi em decorrência da acentuada taxa de transmissão do COVID-19, da inexistência de vacinas e da ausência de tratamentos efetivos. O mundo está diante de um cenário epidemiológico preocupante de emergência em saúde pública, sendo imprescindível que os serviços de saúde de todas as nações estejam preparados para o enfrentamento do novo agente infeccioso (ZANELLA et al., 2020).

A partir de então, novas estratégias de contenção da doença tiveram que ser tomadas, com o isolamento social, inicialmente por 15 dias, reduziu-se as atividades dos setores não essenciais e a suspensão das aulas na rede pública (PEREIRA et al., 2020).

Diversos trabalhadores brasileiros dependem da movimentação e circulação do comércio e de vários outros serviços que foram afetados com a medida do isolamento social. O Novo Coronavírus trouxe consigo uma crise econômica, decorrente do fechamento dos comércios e de todas as atividades que não foram consideradas essenciais (CARVALHO, 2020).

3 METODOLOGIA

O método de pesquisa utilizado foi a revisão integrativa da literatura, que se pautou em seis etapas para sua elaboração, sendo elas: definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e síntese dos dados (DUARTE, 2020).

Quanto a primeira etapa do estudo, que trata da pergunta norteadora, elaborou-se a seguinte indagação: o que as evidências científicas produziram sobre os tipos de transtornos mentais que a população brasileira pode apresentar após isolamento social ocasionado pela pandemia do COVID-19?

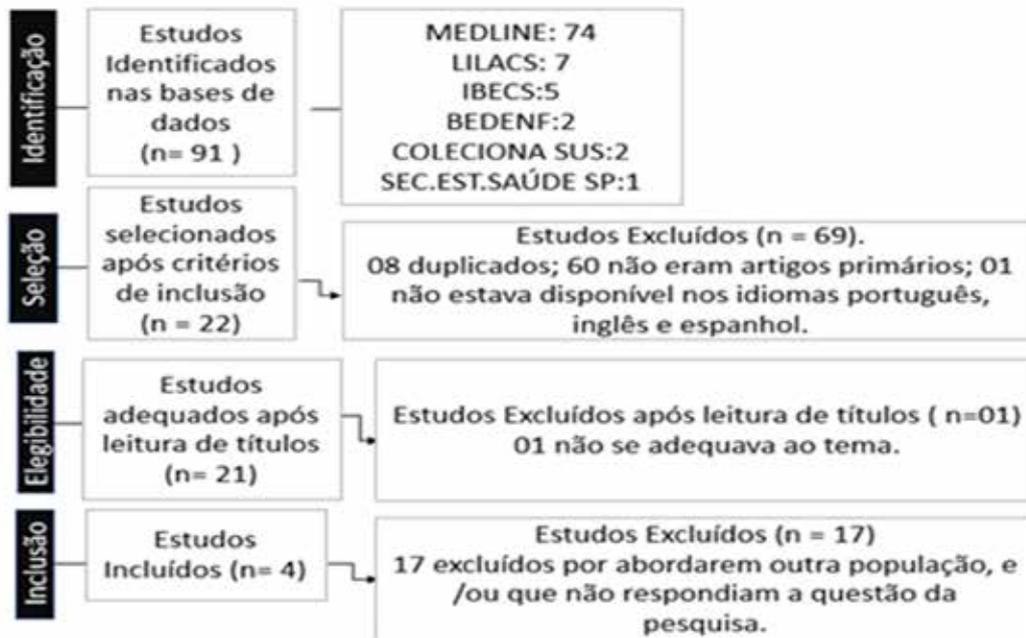
A segunda etapa do estudo ocorreu no mês de abril, sendo realizada a busca da amostragem dos artigos nas bases de dados por meio do cruzamento dos descritores “Transtornos mentais”, “Isolamento social”, “Infecção por Coronavírus”, combinados por meio do operador booleano “AND”. Os estudos foram selecionados das seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud | LIS. (IBECS); base de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem (BEDENF); Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde (COLECCIONA SUS); Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SEC.EST.SAÚDE SP).

Em sequência elegeu-se os critérios de inclusão que foram: estudos disponíveis na íntegra, do tipo artigo científico, publicados entre os anos de 2019 à 2021, nos idiomas inglês, português e espanhol, com relevância e aderência ao objetivo proposto. Ao passo que foram excluídos da amostragem os estudos de artigos duplicados, artigos não primários como: monografias, dissertações, tese cartas ao editor, de revisão, artigos de opinião, os já selecionados em outras bases de dados e que não respondem à questão de pesquisa.

Na etapa inicial de busca dos artigos foram encontrados 91, sendo: 74 na Medline, 07 no Lilacs, 05 no Ibecs, 02 no Bedenf, 02 no Colecciona SUS, 01 no Sec.Est. Saúde SP, que após aplicação dos critérios de inclusão e leitura, fizeram parte da amostra do estudo quatro artigos.

O processo de busca e seleção dos estudos foi simplificado por meio de um fluxograma que está representado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da seleção e organização dos artigos que fazem parte do estudo. Juazeiro do Norte - Ceará, Brasil. 2021.



Conforme explica RESOLUÇÃO nº 510/2016, a apreciação deste estudo pelo Comitê de Ética não se faz necessária em virtude de ser um trabalho bibliográfico do tipo revisão integrativa

4 RESULTADOS E DISCURSÃO

Os resultados fundamentaram-se na análise minuciosa dos estudos selecionados, com realização da descrição comparativa dos artigos e da temática abordada frente ao objeto de pesquisa proposto. Assim, foram identificados os tipos de transtornos mentais que a população brasileira pode apresentar após pandemia do COVID 19. Deste modo, no quadro 1 foram apresentadas algumas informações: o título dos estudos, ano de publicação, metodologia objetivo e considerações finais.

Quadro 2 - Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa, Juazeiro do Norte, Brasil, 2021.

| | Título / Autor | Ano/ Metodologia | Objetivo | Considerações Finais |
|----|---|--|---|---|
| A1 | COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. / DUARTE, M.Q. <i>et al.</i> | 2020/ Estudo transversal e quantitativo de caráter exploratório. | Verificar os fatores associados a indicadores de sintomas de transtornos mentais em residentes do Rio Grande do Sul, durante o período inicial da política de distanciamento social decorrente da pandemia da COVID-19. | As pandemias, como a da COVID-19, afetam uma quantidade relativamente grande de pessoas e impõem novas regras e hábitos sociais para a população mundial. As informações sobre a pandemia são constantes na mídia. Além disso, o distanciamento social foi adotado no Brasil como medida de prevenção da disseminação da COVID-19, o que pode ter consequências econômicas e psicossociais. |
| A2 | Impacto do COVID-19 na saúde mental em um país de baixa e média renda. / SILVA, F.C.A.; BORGES, D.M. | 2020/ Estudo descritivo, do tipo relato de experiência | Discutir os efeitos da pandemia do COVID-19 em um país de baixa e média renda, Brasil. | Os Transtornos Mentais (TM) são comorbidades comuns associadas a doenças cardiovasculares, metabólicas e algumas doenças infecciosas. Como a atual epidemia de SARS-CoV-2 está afetando mais os indivíduos multimórbidos, podemos esperar que a epidemia seja particularmente problemática para pessoas com TM. Compreender o ônus de um surto na saúde mental é |

| | | | | |
|----|--|--|---|---|
| | | | | fundamental para uma ação de contenção eficaz da propagação da doença, pois a psicopatologia pode reduzir a resistência durante o confinamento. |
| A3 | Distanciamento e isolamento social pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. / CABRAL, R. L. | 2020/ Estudo descritivo exploratório. | Covid-19 no Brasil: Discutir os impactos na saúde mental. | O confinamento imposto pela Covid-19, que já foi descrito como o “maior experimento psicológico do mundo” vem colocando à prova a capacidade humana de extrair sentido do sofrimento e desafiando indivíduos e sociedade, no Brasil e em todo o planeta, a promoverem formas de coesão que amortecem o impacto de experiências-limite na vida mental. |
| A4 | Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. / RODRIGEZ, C. C | 2020/ Estudo descritivo, do tipo relato de experiência | Desafios psicológicos da crise Covid-19. | A distância física é exigida de nós, mas em nenhuma crise anterior precisamos de tanta cooperação social. Certamente, esta pandemia nos trará sofrimento, mas também algumas lições valiosas. |

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Os artigos citados compreendem os anos de 2020 a 2021 e possuem relação com este estudo, que visa, principalmente, descrever os tipos de transtornos mentais apresentados pelos brasileiros durante o isolamento social provocado pela pandemia do covid-19. Estes tipos de transtornos mentais serão detalhados no decorrer da discussão, demonstrando a importância dos estudos selecionados.

Para análise dos resultados foi elaborado dois eixos temáticos para o segmento da discussão de dados.

6.2 Eixos Temáticos

6.2.1 Transtornos Mentais Pela Pandemia do COVID-19

No artigo A1, (apresentado na tabela), identificou-se que a saúde mental é fundamental para manutenção das capacidades criativas e produtivas do ser humano. Nesse artigo, constatou-se que os transtornos mentais de maior índice foram: ansiedade, depressão, estresse, provocados por perdas econômicas, que impactaram na renda familiar, após o início da covid-19. Observou-se também, no aspecto de perdas financeiras, que a pobreza e o desemprego, durante a pandemia da covid-19, vieram trazer um aumento de estresse e medo na população, afetando negativamente a saúde mental dos brasileiros. Ressaltando, que o desequilíbrio emocional propicia o surgimento de doença mental.

Quando se tratado da pandemia da covid-19 várias informações circulam nas mídias sendo algumas verdadeiras e outras falsas, essas informações acabaram aumentando a ansiedade, a desesperança, a tristeza, e as incertezas sobre a doença.

O artigo A2 (apresentado na tabela) aborda o estresse causado pelo risco eminente de infecção da covid-19 e incertezas econômicas. Para quase toda população o impacto financeiro trouxe muita instabilidade, principalmente no Brasil, por ser um país de renda média e baixa onde normalmente as medidas de proteção social não são adequadas. A rápida propagação da doença e a pressão sobre o país para manter a economia funcionando acarretou em sobrecarga emocional de ansiedade e estresse na população por um longo período de tempo, já que a pandemia não chegou ao fim.

É importante que se tenha um serviço de escuta e de acolhimento para o enfrentamento do novo coronavírus para toda população, como por exemplo, um serviço destinado às pessoas que sentem a necessidade de conversar com um psicólogo, seja por medo, ou por ansiedade provocada pela pandemia da covid-19. No início do período de isolamento social foi um pouco mais fácil para a maioria, com o tempo, isso foi trazendo efeitos, que mudaram de pessoa para pessoa. Algumas sentiram de forma leves sintomas de ansiedade, e outras de forma mais grave que chegaram a desenvolver a depressão e pânico.

Identificou-se que o isolamento social exerce influência sobre a mente e por isso existem serviços que disponibilizam de forma gratuita atendimento psicoló-

gico, contribuindo para que sentimentos ruins não se transformem em crises de ansiedade e depressão, provocando sofrimento mental.

Ainda falando do artigo (A2), o distanciamento social afeta ainda mais os grupos vulneráveis, que são os indivíduos que apresentam comorbidades, tais como; diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, entre outros. Esses indivíduos têm apresentado transtornos como ansiedade e estresse devido ao medo da contaminação. Pacientes com transtornos mentais podem apresentar pioras em seu tratamento devido o distanciamento social, pois o fato de se encontrar isolado da família e amigos pode surgir sentimento de solidão, podendo desencadear um distúrbio emocional conhecido por depressão.

Ainda o A3, menciona também que estão escassos métodos avaliativos adequados para apreciar de forma mais profunda os transtornos que a pandemia vem causando nos brasileiros (pânico, ansiedade, estresse, instabilidade humoral, humor rebaixado dentre outras...). Porém já circulam material nacional produzido por grupos brasileiros de pesquisas, associações e instituições ligadas com informações e recomendações sobre saúde mental no contexto da pandemia (CEPEDES/FIOCRUZ).

No artigo A4 (apresentado na tabela) destaca os desafios psicológicos da crise COVID-19, neste afirma que uma onda de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, desesperança, incertezas, preocupação, frustração e tristeza atingiu nossa sociedade significativamente. Segundo Paul Daley, em artigo do *Jornal The Guardian* (2021), espera-se o enfrentamento de outra pandemia de transtornos mentais, pois a cada dia que passa mais e mais pessoas estão adoecendo não só por covid-19, mas também a sua saúde mental.

As epidemias costumam provocar um pânico generalizado na população, principalmente quando não se tem total conhecimento sobre a doença é o caso da infecção pelo novo coronavírus, chamado de Sars-Cov-2. Por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações para preservar o bem-estar durante a pandemia. As recomendações e dicas vão desde as atitudes que devem ter uns com os outros, até maneiras de explicar as situações para as crianças. Citam-se aqui alguns pontos importantes para conduzir o nosso “novo normal” e formas de evitar os transtornos mentais provocados por essa pandemia da covid-19: não ser preconceituoso, não rotular os indivíduos atingidos, evitar o bombardeio de informações, consultar apenas fontes confiáveis para não cair em falsas notícias (fake News) , comunicar-se com pessoas queridas por meio de plataformas digitais, orientar as crianças e ensiná-las a lidar com as emoções, ter paciência com os idosos, cuidado

com as pessoas que estão isoladas, buscar novas formas de passar o tempo, fazer exercícios em casa.

Ainda há uma incerteza sobre o que é o novo normal - que se refere ao período após um momento ou evento que promoveu rupturas estruturais. Ou seja, a mudança foi tão intensa que é difícil acreditar que a situação será normalizada e tudo voltará a acontecer como antigamente. O novo normal pode ser entendido como a nova forma de viver, que irá garantir a segurança e a sobrevivência da população. Portanto, o termo refere-se, principalmente, às ações cotidianas e a nova maneira de se relacionar, considerando as mudanças enfrentadas durante a pandemia.

Pode-se afirmar que os anos de 2020 e 2021 deixaram um legado de imensa tristeza nessa geração e há uma consciência disso. É insensível pensar apenas em negócios e oportunidades, enquanto tantas vidas foram e continuam sendo perdidas, tendo em vista o caos que está instalado à nossa volta. Dentro desse "novo normal", devem concentrar-se no que os tornam mais humanos, é ir além de uma lógica simples de negócios, é ser mais humano, é pensar no próximo, é priorizar as pessoas e fazer o melhor para elas e por elas. Para nós, esse é o caminho que designa a razão de existir.

6.2.2 Isolamento Social Pela Pandemia da COVID-19

No artigo A1 (apresentado na tabela) São evidentes as consequências ocorridas devido a pandemia Covid-19, na qual além dos distúrbios mentais, pode-se observar com ênfase a mudança de hábitos sociais, das quais causaram grandes mudanças correlacionadas ao distanciamento social. Por ser um ponto de grande importância nas medidas preventivas o distanciamento social no Brasil tem como objetivo principal a medida de prevenção a contaminação.

Por causa do afastamento social muitas pessoas deixaram de ter renda fixa, tornando suas vidas mais difíceis, principalmente populações de renda baixa. O desemprego provocou mais risco a este grupo, visto que a maioria dos indivíduos procuram uma alternativa de renda, assim, podendo descumprir o isolamento social.

Para o cumprimento do isolamento social os Ministérios da Saúde, da Justiça e Segurança Pública definiram critérios para situações de quarentena e isolamento compulsórios obrigatórios. Os cidadãos brasileiros devem cumprir de forma voluntária as seguintes medidas emergenciais previstas em lei: isolamento; quarentena; realização de exames médicos e laboratoriais, vacinação e tratamentos específicos; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; restrição de entrada e saída

do país por rodovias, portos e aeroportos; requisição de bens e serviços de pessoas físicas e jurídicas, com indenização posterior. (BRASIL, 2020).

O descumprimento dessas medidas, segundo o Código Penal acarretará na responsabilização civil, administrativa e penal do agente infrator. O caso poderá ser enquadrado em dois artigos do Código Penal: Art. 268 que trata de crime contra a saúde pública, com pena de detenção de um mês a um ano, e multa e no, Art. 330 que trata de crime de desobediência, com pena de detenção de 15 dias a seis meses, e multa (JUSBRASIL, 2021)

Após determinação do governo para abertura do comércio é importante reforçar os cuidados que se deve ter com a saúde, pois existe uma desvantagem nessa flexibilização que é o aumento de movimentações das pessoas nas ruas. Por causa das aglomerações o número de contaminações pode aumentar, visto que nem todas as pessoas realizam os cuidados preventivos da covid-19. A população precisa ser bastante cautelosa com os cuidados para evitar contaminação com o novo vírus e prevenir a propagação e prorrogação da doença. A regra continua sendo a mesma para todos, sair apenas para as causas necessárias, como: trabalhar e comprar itens necessários.

O artigo A3 (apresentado na tabela) menciona uma peculiaridade que é um aumento do ganho de espaço da modalidade de teleatendimento pela situação de distanciamento, sendo regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia, pelo Ministério da saúde e pelo Conselho Federal de Medicina. Esta atividade tem como alvo melhorar a qualidade de vida e atenuar o desenvolvimento dos problemas psicológicos provocados pelo isolamento de um modo geral.

O A3 ainda traz que o isolamento pode ocasionar situações ao conjunto de habitantes, que são identificados como: mal-estar, impotência financeira, irritabilidade, tristeza e o maior deles que é o medo de morrer. A clausura imposta pela Covid-19 é uma experiência dos fenômenos mentais que vem colocando a prova a capacidade humana de remover o sofrimento e instigando a sociedade a promover formas que amortecem o impacto dessa experiência na vida mental.

O artigo A4 (apresentado na tabela) aborda que se espera um retorno a vida cotidiana, mas depois da pandemia da Covid-19 muitas coisas terão mudado, e algumas mudarão para sempre.

Como forma de um retorno a vida cotidiana a comunidade científica está sendo estimulada a encontrar respostas em termos de terapêutica e vacinas para con-

trolar o novo coronavírus (SARS-CoV-2). Como as vacinas, ao longo dos anos, têm se mostrado a melhor intervenção em saúde pública para o controle, eliminação e erradicação de doenças infecciosas estudos e investigações prévias sobre outros coronavírus (SARS-CoV e MERS) possibilitou avanços mais rápidos na busca por uma vacina para SARS-CoV-2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021).

Este fato, aliado a investimentos, apoio de organismos internacionais e parcerias entre indústrias farmacêuticas, universidades e agências sanitárias, possibilitou, em menos de um ano após a identificação do agente causador da COVID-19, o licenciamento de vacinas eficazes e seguras contra a doença.

Essa pandemia veio como um enorme desafio para todos. Uma sensação de estranheza com um toque desesperador que acompanha a todos nesse isolamento. Combate-se o afastamento para sobrevivência em um mundo que afronta um futuro incerto. Essa incerteza transformam as pessoas em pequenos prisioneiros diários. Sem dúvida, esta pandemia trouxe sofrimento mais também grandes lições valiosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo foram sintetizadas análises que retratam a saúde mental dos brasileiros frente a pandemia pela covid-19. A psicopatologia nos brasileiros tem sido apontada como uma grande preocupação devido a ansiedade, depressão, estresse, insônia, irritabilidade, humor rebaixado provocados pelo medo da contaminação pelo novo coronavírus, pela perda de entes queridos, pelas notícias falsas, por muitas informações sobre a doença e pelo desemprego, gerando o medo da fome.

Além disso, o isolamento social determinou que as pessoas não podem estar perto dos seus familiares e amigos, trazendo consigo a solidão, tristeza, incertezas de quando isso tudo vai acabar. Baseado nisso, faz-se necessário realizar intervenções psicológicas, a fim de reduzir impactos negativos na população e promover uma saúde mental durante e pós-pandemia, já que readaptações foram necessárias, gerando um novo normal, que cobra saber lidar com perdas e transformações sociais, emocionais e econômicas.

Por fim, faz-se necessário novas pesquisas com a população brasileira sobre transtornos mentais desencadeados durante e pós-pandemia do Covid-19, pois há dificuldades na busca de informações sobre a temática e sobre evidências científicas produzidas falando sobre os impactos nos brasileiros frente a tantas transformações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. “**Depressão**”. 2021. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2049-depressao>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. “**Transtorno do Pânico**”. 2021. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/dicas=-em-saude3029/-transtorno-do-panico#:~:text=O%20transtorno%20do%20p%C3%A2nico%20\(TP,de%2015%20a%2030%20minutos](http://bvsms.saude.gov.br/dicas=-em-saude3029/-transtorno-do-panico#:~:text=O%20transtorno%20do%20p%C3%A2nico%20(TP,de%2015%20a%2030%20minutos).

BRASIL. NÚCLEO DE TELESSAÚDE. **Quais são os grupos de risco para agravamento da COVID-19? Folha informativa COVID 19**. 2020. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-sao-os-grupos-de-risco-para-agravamento-da-covid-19/>.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa COVID-19: Escritório da OPAS no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51996>.

BRASIL. SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE. **Ministério da saúde, Covid 19 no brasil**. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. 2020.

CARVALHO, J.C.T. pandemia de covid-19 no brasil: primeiros impactos sobre agregados macroeconômicos e comércio exterior. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 27, mai./ago., 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10331>.

CORNÉLIO, B.L; CUNHA, D.F; SAKAE; T.M; REMOR, K.V.T. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. **Arq. Catarin Med.**, v. 46 n. 2, p. 39-52, abr-jun., 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/268/154>.

DUARTE, M. Q; SANTO, M.A. S; LIMA, C. P; GIORDANI, J. P; TRENTINI, C.M. Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** vol. 25 no. 9 Rio de Janeiro set. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>.

FIRST, M.D; MICHAEL, B. Considerações gerais sobre a doença mental. **Manual msd versão saúde para família**. Disponível em: encurtador.com.br/kpHUV. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Imunizações (2019-2021)**, n. 12, jan., 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22908d-GPA-Vacinas_COVID19_-_Atualizacao.pdf.

HIANY, N; et al. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista enfermagem atual**, v. 86, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.676>.

JUSBRASIL, **Associação Amazonense de Municípios**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10604919/artigo-268-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940/atualizacoes>. 2021.

LEMES, A.P; BRESSAN, R.A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Rev. psicopedag.** v. 33, n. 100, São Paulo, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000100012. 2021.

PEREIRA, M.D; et al. A pandemia COVID-19, isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>. 2020.

ROSA, J.H.C; GARCIA, L.P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 1, mar., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>. 2021.

RODRIGEZ, C. C. Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. Journal of negative e no positive results, **Journal of negative & no positive results**, v. 5, n. 6, p. 583-588, jun., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3662>.

SANTOS, M.F; RODRIGUES, J.F.S. Covid-19 e Repercussões Psicológicas Durante a Quarentena e o Isolamento Social: Uma Revisão Integrativa. **Revista Nursing**, v. 23, n. 265, p. 4095-4100, 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/265/pg12.pdf>. 2020.

SILVA, L.F.C.A; BORGES, D.M. Impacto do COVID-19 na saúde mental em um país de baixa e média renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, Supl.1, p. 2457-2460, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10932020>.

SOUSA, A.R; CARVALHO, E.S.S; SANTANA, T.S; SOUSA, A.F.L; FIGUEIREDO, T.F; ESCOBAR, O.J.V; MOTAL, T.N; PEREIRA, A. Sentimento e emoções de homens no enquadramento da doença Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 9, Rio de Janeiro, set., 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.18772020>. 2020.

ZANELLA, A.Z; SCHNORRENBERGER, B.L; CHIQUETTI, M.E; GAIKI, R.S; RAIMANN, B.W; MAEYAMA, M.A. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-**Brazilian journal of health review**, v. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185>.



CAPÍTULO 11

FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

PHYSIOTHERAPY IN THE PREVENTION OF FALLS IN THE ELDERLY

Hugo Victor Soares de Oliveira¹

Beatriz Lopes da Silva²

Geraldo Magella Teixeira³

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.11

¹ UMJ, hugovso.91@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9716-0312>

² UMJ, beatrizlopes92@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5151-8657>

³ UNCISAL, magellafisio@yahoo.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-6593-307X>

RESUMO

A fisioterapia não tem limite de idade. Funciona sempre que o paciente necessita e se adapta perfeitamente às condições físicas e motoras de cada pessoa. Pensando, nesse sentido, a fisioterapia voltada às pessoas mais velhas, destacamos que o profissional da área, o fisioterapeuta geriátrico, está ciente de que algumas limitações motoras ou funcionais começam a aparecer nesta fase da vida e utilizam suas técnicas terapêuticas para retardar esses processos e promover qualidade de vida. Pensando ainda nos pontos supracitados, vem-nos à mente a seguinte indagação: qual o papel da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos? Dito isto, o objetivo geral deste estudo foi contribuir para elaboração de uma revisão literária sobre o papel da *fisioterapia na prevenção de quedas em idosos*. Para tanto, o estudo trata-se de uma investigação teórica de levantamento bibliográfico. Ademais, trata-se de um trabalho com uma abordagem qualitativa. Em suma, a importância da fisioterapia geriátrica se dá, pois, esta pode contribuir de forma significativa, melhorando a força, resistência muscular e movimentos articular dos membros inferiores, assim como o treinamento de coordenação e equilíbrio.

Palavras-chave: Fisioterapia geriatria. Queda em idosos. Terceira idade. Tratamento fisioterápico.

ABSTRACT

Physiotherapy has no age limit. It works whenever the patient needs it and adapts perfectly to the physical and motor conditions of each person. Considering, in this sense, physiotherapy aimed at older people, we emphasize that the professional in the area, the geriatric physiotherapist, is aware that some motor or functional limitations begin to appear at this stage of life and use their therapeutic techniques to delay these processes and promote quality of life. Still thinking about the aforementioned points, the following question comes to mind: what is the role of physiotherapy in preventing falls in the elderly? That said, the general objective of this study was to contribute to the development of a literature review on the role of physical therapy in preventing falls in the elderly. Therefore, the study is a theoretical investigation of a bibliographic survey. Furthermore, it is a work with a qualitative approach. In short, the importance of geriatric physiotherapy is given because it can contribute significantly, improving strength, muscle endurance and joint movements of the lower limbs, as well as coordination and balance training.

Keywords: Geriatric Physiotherapy. Fall in the elderly. Third Age. Physiotherapeutic treatment.

1 INTRODUÇÃO

A fisioterapia não tem limite de idade. Funciona sempre que o paciente necessita e se adapta perfeitamente às condições físicas e motoras de cada pessoa. Isso explica porque as técnicas utilizadas com jovens atletas ou com pacientes em recuperação de lesão não são exatamente as mesmas aplicadas a adultos mais velhos. Levando em conta essas diferenças, faz-se necessário considerarmos que a prática de exercícios físicos durante a terceira idade é essencial para manter uma boa saúde.

Dito isto, vem-nos à mente à seguinte indagação: qual o papel da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos? A resposta então surge ao refletirmos que à medida que o sujeito ultrapassa os 65 anos de idade, por exemplo, surge a probabilidade de que uma limitação de funcionalidade apareça nos próximos anos, aumenta progressivamente. Por isso, o papel da geriatria é tão importante na tentativa de prevenir ou minimizar essa perda de independência para as atividades da vida diária, principalmente em relação aos idosos mais frágeis.

Logo, a fisioterapia ajuda a promover, prevenir, curar e restaurar a saúde das pessoas, estimulando sua independência. Aplica os métodos e técnicas com base em um conhecimento profundo do funcionamento do corpo humano, seus movimentos, funções e sua interação com o meio ambiente. Assim, vários programas de fisioterapia voltados à prevenção das complicações da osteoporose foram concebidos nos últimos 10 anos. Esses programas buscam manter a massa óssea ou reduzir o risco de quedas, este último sendo o principal foco de estudo deste trabalho de conclusão de curso. Assim, a partir do exposto, surgiu o interesse em desenvolver este estudo, buscando elencar a necessidade de ampliar o debate acerca do tema dentro e fora das instituições de ensino superior. Logo, o objetivo geral foi contribuir para elaboração de uma revisão literária sobre o papel da *fisioterapia na prevenção de quedas em idosos*.

Por fim, para uma melhor compreensão do leitor, cabe destacar que este artigo se encontra dividida em quatro seções, além desta introdução, a saber: (1) *revisão de literatura*, na qual trazemos um arcabouço teórico formado por pesquisadores que discutem o tema em questão; (2) *metodologia*, ou seja, o caminhar metodológico desta pesquisa; (3) *resultados e discussões*, principais resultados obtidos a partir do entrelaçamento dos diferentes autores utilizados como premissa teórica, além da discussão construída pelos autores; e (4) *considerações finais*, por meio da qual procuramos sintetizar toda a pesquisa e compartilhar a reflexão final acerca do tema aqui exposto.

2 BREVE PANORAMA SOBRE A TEMÁTICA

A queda em idosos pertence ao gênero das síndromes clínicas geriátricas devido às suas repercussões gerais, pelo elevado número de pessoas afetadas e pela associação inequívoca com outras doenças que acompanham as doenças típicas desta fase da vida. A fim de fundamentar a definição supracitada, destacamos Sofiatti *et al.* (2021) ao destacar que:

A queda pode ser considerada um marcador do início de um importante declínio de determinada função ou um sintoma de uma patologia nova. A conceituação de quedas pode ser entendida como uma insuficiência súbita do controle postural uma falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço; uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior; bem como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior em relação à posição inicial (SOFIATTI *et al.*, 2021, p. 33).

Destarte, esta geralmente envolve a perda de independência do idoso, pelas consequências que acarreta, por vezes permanentes, devido à dificuldade de recuperação do idoso. Entre as consequências que podem ser ocasionadas através das quedas estão: fratura de quadril, confusão aguda, sensação de inquietação, ansiedade, sangramento interno, pneumonia expiratória, lesões em tecidos moles, perda de função e independência.

A queda do idoso não é um fenômeno inevitável como o envelhecimento, embora deva-se destacar que a incidência anual de quedas aumenta com o avançar da idade, chegando a mais de 35% a partir dos 75 anos. No Brasil estima-se que um considerável número de idosos sofram quedas, sendo uma das principais causas de consulta (RODRIGUEZ-MOLINERO *et al.*, 2017). Ou seja, parcela significativa de idosos caem em algum momento do ano. Além disso, a proporção de quedas nas mulheres é maior do que nos homens. Por outro lado, deve-se destacar que 10% dos que já caíram, voltarão a cair em menos de 6 meses, o que causa medo de cair novamente, ansiedade e insegurança.

Dito isto, existe uma grande variedade de agentes, externos e internos, que podem causar uma queda em uma pessoa idosa. Entre os fatores internos estão aqueles relacionados à estabilidade da postura e da marcha, entre os quais os mais relacionados à área de próteses e órteses são alterações na marcha e na postura, deformações nos pés e na coluna e até mesmo a insegurança do corpo pessoa idosa. Dentro do extrínseco, existem fatores relacionados à acessibilidade, tanto dentro quanto fora de casa (móveis inadequados, mobilidade ou altura excessiva), como hábitos perigosos próprios dos idosos, como subir em cadeiras para alcançar obje-

tos, excessivo físico esforços que excedem as capacidades da idade, mudanças repentinas de postura, etc.

Cabe destacar que, aproximadamente 80% dos casos de quedas são leves ou mesmo nenhuma. Nas demais, a fratura do fêmur é a lesão mais frequente, seguida das fraturas do antebraço, úmero e pelve em ordem de frequência. Em relação às fraturas de fêmur, entre os diferentes tipos, as mais frequentes em idosos são as fraturas do colo do fêmur. Apresentando maior incidência no sexo feminino, pelos seguintes motivos: a população idosa é predominantemente feminina; a pélvis das mulheres é mais larga, proporcionando um braço de alavanca mais largo; e osteoporose pós-menopausa. As modalidades de tratamento incluem o tratamento cirúrgico, que, entre outros métodos, pode incluir a colocação de uma prótese. As fraturas diafisárias do antebraço consistem em fraturas isoladas do rádio ou ulna ou, mais frequentemente, de ambos os ossos simultaneamente. Se não houver deslocamento, o tratamento é ortopédico por imobilização e, no caso de deslocamento, o tratamento será cirúrgico com osteossíntese.

Com relação às fraturas pélvicas, elas têm várias localizações. Cabe distinguir as fraturas estáveis e isoladas, que não interrompem a cintura pélvica, das fraturas instáveis, duplas ou estilhaçadas que interrompem a continuidade da cintura pélvica. No primeiro caso, o prognóstico é geralmente bom, após tratamento essencialmente ortopédico de imobilização com repouso. Nas fraturas instáveis, o tratamento pode ser ortopédico por imobilização ou cirurgia.

3 AVALIAÇÃO DE QUEDAS

Anamnese:

A anamnese perguntará sobre doenças prévias ou presentes que possam ter afetado a queda, além de verificar a existência de deficiência física e mental. Além disso, saber-se-á o tipo de atividade que costuma realizar, de forma a identificar os possíveis riscos de uma nova queda e eliminá-los.

Exame físico:

Uma análise será realizada seguindo o protocolo descrito abaixo:

Avaliação de equilíbrio e marcha¹:

¹ O treino de marcha constitui em transferir o peso de um membro inferior para outro, com a finalidade de se deslocar de um ponto a outro. O ciclo da marcha é formado por dois contatos iniciais consecutivos realizados pelo mesmo membro inferior, dividindo-se em duas fases distintas (apoio e balanço). Essa sequência de eventos também é definida como passada, que é o período correspondente a um ciclo da marcha. Para análise da marcha, algumas variáveis devem ser observadas, tais como tamanho do passo/passada, velocidade e cadência.

Essa análise pode ser realizada por meio de escalas clínicas ou também por meio de plataformas dinamométricas que indicam a trajetória do seu centro de gravidade por meio da realização de diferentes atividades de manutenção e controle e estabilidade postural.

Entre as escalas a serem utilizadas estão:

- A escala Tinetti;
- A Escala de Berg.

3 TRATAMENTO FISIOTERÁPICO

O tratamento nesses tipos de acidentes deve dar ênfase especial às medidas preventivas. Depois de ter feito o diagnóstico em que as causas foram obtidas desencadeadores do acidente, um plano de prevenção concreto pode ser estabelecido. Ademais, de acordo com Rodrigues *et al.* (2016), o tratamento fisioterapêutico contribui em todos os processos, desde o retardo de alterações fisiológicas, contribuindo para o aumento de força, melhora da flexibilidade e do equilíbrio, que são importantes para a independência funcional dos idosos, evitando assim o surgimento do medo de cair, pois esses indivíduos passam a reconhecer a própria independência e limitações.

3.1 Prevenção de causa intrínseca e extrínsecas

É aconselhável cuidar regularmente da condição dos pés, para garantir uma base de apoio correta. Nesse sentido, serão realizados exercícios para reeducar o equilíbrio estático e dinâmico, bem como a propriocepção e o desenvolvimento dos reflexos e reações que circundam as quedas. Ao mesmo tempo, a marcha será reeducada se necessário com ajuda, uma vez que a associação do treinamento sistemático da marcha com exercícios de equilíbrio reduz consideravelmente o risco e as consequências de quedas. A importância de aumentar a atividade física geral com um plano de exercícios que estimule maior força corporal e coordenação deve ser enfatizada.

Este tipo de prevenção está ligado diretamente ao ambiente à sua volta (MÉRIS, 2018). Para tanto, cabe destacar a importância de se ter em conta alguns requisitos básicos de acessibilidade. Frisamos que as consequências das quedas têm impacto sobre a globalidade do indivíduo. Do ponto de vista fisiológico, uma queda pode causar danos físicos, como fraturas, muitas das quais afetam os tecidos moles; podem causar hipotermia e/ou desidratação, se a pessoa ficar muito tempo deitada no chão sem poder pedir ajuda; infecções respiratórias, tromboembolismo pulmonar e úlceras, entre outros, podem ocorrer se houver um longo período de prostra-

ção. Dependendo do curso de cada lesão e das complicações que surgem, a morte pode ocorrer.

4 O PAPEL DA FISIOTERAÍIA GERIÁTRICA E DO FISIOTERAPEUTA

A causa mais comum de perda de habilidades funcionais em idosos é a inatividade ou imobilidade. São inúmeras as causas de imobilização em uma pessoa idosa, entre elas a imobilização aguda que geralmente ocorre como consequência de: uma doença que o deixa acamado por dias: queimaduras, fratura de quadril (ou outros) e acidente vascular periférico

A atividade do paciente é severamente reduzida até que a doença aguda se estabilize. Uma vez curada a doença, o idoso pode voltar a se tornar ativo, porém, as consequências da fragilidade e angústia deixadas pela doença podem afetar o retorno do idoso às suas atividades de vida diária.

Outrossim, como já supracitado, barreiras nos espaços podem causar imobilização acidental, incluindo grades da cama, camas altas ou baixas, degraus, corredores mal iluminados, cadeiras inadequadas, medo de quedas, isolamento social e ambiental, dor ao movimento, parestesias, falta de ajuda para a mobilidade e/ou mover-se de um lugar para outro (da cama para a cadeira, da cadeira para o banheiro, etc.) A imobilização crônica é o resultado de problemas médicos de longa duração, mal administrados ou não tratados, como derrame, artrite, amputações, doença de Parkinson, dor lombar, câncer, entre outros. É a partir dessas reflexões que entra o profissional fisioterapeuta e a fisioterapia geriátrica.

A fisioterapia geriátrica trata de pessoas idosas, aplicando certas técnicas que visam prevenir e tratar lesões, juntamente com certos agentes no processo contínuo de reabilitação, essas pessoas desenvolvem patologias que podem levar a uma diminuição das suas capacidades funcionais, sendo, então, o fisioterapeuta o profissional que lidará com a prevenção e o tratamento destes. A fisioterapia, nesse sentido, vai ajudar a reduzir a dor, restaurar a mobilidade, melhorar o equilíbrio e a confiança e a autonomia do idoso, reincorporando-o às suas atividades. Os programas psicomotores em grupo ou individuais ajudam a manter e melhorar as capacidades físicas e psicossociais dos idosos. Mas, por certo, qual seria o papel do fisioterapeuta na geriatria? A fim de responder tal indagação, recorreremos a Silva, Lima e Vidal (2020), as quais argumentam que:

A fisioterapia tem como suas funções prevenir e tratar doenças e lesões acometidas por qualquer indivíduo; no processo de envelhecimento é de extreme importância pois, influência diretamente no bem estar dos idosos lhe devolvendo

a autonomia no lar e no ambiente rotineiro, devolvendo-o a vontade de viver e utilidade no cotidiano. Através das técnicas da fisioterapia podemos destacar sua importância para prevenção de quedas em idosos, melhorando o equilíbrio, independência funcional, aperfeiçoamento da força e aprimoramento no desenvolvimento das atividades de vida diária, contribuindo para um bem estar físico e mental, melhorando sua qualidade de vida (SILVA, LIMA, VIDAL, 2020, p. 9).

Sua função é lidar com o idoso com muito cuidado e atenção, avaliando suas capacidades físicas e elaborando tratamentos e programas específicos, visando o seu bem-estar para o paciente. Logo, os fisioterapeutas irão traçar suas estratégias específicas para o seu paciente, levando-o a um aprimoramento, ensinando-o a ser autônomo e independente e não por ser um idoso, ele ficará isolado e sem condições de aproveitar a vida.

O fisioterapeuta busca a confiança em seu paciente, visto que se este conseguir ter uma melhor interação, o paciente se sentirá confortável fazendo seus exercícios e terá maior autoconfiança. O processo normal de envelhecimento não deve causar dor ou diminuição da mobilidade física. O fisioterapeuta, então, pode ser uma fonte de informação para entender as mudanças produzidas pelo envelhecimento e ajudar a recuperar capacidades perdidas, ou desenvolver novas. Ademais, ele também interage com pacientes que ainda não desenvolveram deficiências maiores, auxiliando-os na prevenção de quedas, ou ainda prevenindo patologias e ensinar posturas. Seu papel é muito grande, pois temos que ter sempre humanidade e empatia com nosso paciente.

Logo, concordamos com Silva, Santana e Rodrigues (2019) ao argumentarem que fisioterapia, nesse sentido, é de suma importância, visto que a mesma é capaz de manter as funcionalidades psicomotoras do idoso e ainda promover um atraso nas doenças incapacitantes, a partir do desenvolvimento fisiológico, ou melhorando a qualidade de vida através da reabilitação funcional

5 METODOLOGIA

Com base nas pesquisas de outros autores, escolhemos dialogar acerca do tema “*Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos*”. O método de pesquisa escolhido foi a bibliográfico. Para tanto,

Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos (SEVERINO, 2007, p. 122).

Outrossim, trata-se de uma investigação com uma abordagem qualitativa. Uma das características da pesquisa qualitativa é que a mesma utiliza fonte direta

de dados. Sobre a abordagem qualitativa, de acordo com Gil (2002), pode-se definir método como caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento. Ademais, a escolha do método qualitativo se deu pelo fato de o mesmo se debruçar mais nos processos do que nos resultados.

Para tanto, cabe destacar ainda que utilizamos os seguintes instrumentos: artigos científicos, monografias, dissertações e teses que tratam sobre o tema. Dentre as referências teóricas sobre relação professor e aluno trouxemos como principais autores Rodrigues *et al.* (2016), Sofiatti *et al.* (2021), Costa, Silveira e Mundim (2021), entre outros, pois tais autores são de extrema importância para o nosso tema. Cada um deles fala, de forma coerentemente e especificadamente exploratória.

Cabe destacar, também, que todos os autores escolhidos para fazer parte da discussão teórica deste trabalho falam sobre o tema de maneira aprimorada e divergem uns com outros em determinados aspectos acerca do tema.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nossos resultados e discussão tem como ponto inicial uma pequena revisão sistemática realizada ao longo da investigação. Dito de outro modo, em atendimento aos objetivos propostos para esta pesquisa, realizou-se uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL) acerca de pesquisas que dialoguem sobre a Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos. Nesse contexto, a revisão sistemática aqui proposta percorreu as seguintes etapas: definição dos objetivos; elaboração das perguntas de pesquisa; busca na literatura; definição dos critérios de inclusão e exclusão; palavras-chaves; seleção das produções; extração e síntese dos dados; além da redação e publicação dos resultados (BOTTENTUIT JUNIOR; SANTOS, 2014).

Posto isto, esta pesquisa classifica-se como sendo exploratória e bibliográfica (GIL, 2002), tendo a mesma partido do seguinte questionamento: (1) *qual a importância da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos?* Diante disso, a coleta dos dados se deu por meio da busca na plataforma Google Acadêmico. Ademais, como critérios gerais de inclusão, optamos por selecionar apenas os estudos publicados nos últimos 4 anos e produções escritas em língua portuguesa. Já no que tange à exclusão, enquadram-se as dissertações que ultrapassam os 5 anos de publicação, aquelas publicadas em línguas estrangeiras.

As palavras-chave empregadas durante o levantamento foram: fisioterapia geriatria; quedas em idosos; osteoporose; e tratamento fisioterápico. Outrossim, evi-

denciamos que o processo supracitado se pautou na leitura do título, do resumo, das palavras-chaves, bem como do corpo do texto, em especial os resultados, buscando, assim, coerência entre as informações obtidas e o foco da pesquisa.

Destarte, no quadro abaixo apresentamos as pesquisas elencadas ao logo da busca na plataforma Google Acadêmico.

Quadro 4 - Lista de pesquisas encontradas após os critérios de inclusão e exclusão.

| PESQUISA 1 (P1) | |
|------------------------|---|
| Título | Características sociodemográficas de idosos que foram a óbito após queda do mesmo nível no Estado de Goiás |
| Autores/ano | Carvalho <i>et al.</i> (2021) |
| Objetivo Geral | Analisar as características sociodemográficas e número de idosos que foram a óbito após queda do mesmo nível no Estado de Goiás. |
| Conclusões | Apesar de um problema bastante conhecido, as lesões e a morbimortalidade por quedas do mesmo nível em idosos ainda segue crescendo. O perfil epidemiológico da população acometida demonstrado nesse estudo permite a revisão das ações governamentais e práticas assistenciais para prevenção e cuidados após este evento. |
| PESQUISA 2 (P2) | |
| Título | A importância da fisioterapia na capacidade funcional de idosos com risco de quedas |
| Autores/ano | Safiatti <i>et al.</i> (2021) |
| Objetivo Geral | Destacar a importância da fisioterapia na prevenção e no tratamento das quedas em pacientes idosos, visando a sua melhoria de qualidade de vida e maior capacidade funcional |
| Conclusões | O fisioterapeuta deve ser um profissional capacitado para atuar não só no tratamento, mas também na prevenção, pois essa assistência multifatorial reduz a chance de quedas. |
| PESQUISA 3 (P3) | |
| Título | Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos: revisão de literatura |
| Autores/ano | Oliveira <i>et al.</i> (2017) |
| Objetivo Geral | Realizar o levantamento dos recursos fisioterapêuticos utilizados para a prevenção de quedas entre idosos e caracteriza-se como uma revisão sistemática da literatura |
| Conclusões | Foi possível concluir que a prática regular de exercícios físicos promove melhoras significativas nos aspectos equilíbrio, flexibilidade, funcionalidade e aumento da resistência muscular, reduzindo o risco de quedas e consequentemente quebrando o ciclo vicioso de quedas. |
| PESQUISA 4 (P4) | |
| Título | Alterações músculo- esqueléticas do envelhecimento, prevenção e atuação fisioterapêutica nas quedas em idosos: revisão bibliográfica |
| Autores/ano | Santos <i>et al.</i> (2021) |
| Objetivo Geral | Aprofundar e analisar sobre as alterações musculoesqueléticas do envelhecimento, prevenção e atuação fisioterapêutica nas quedas em idosos. |

| | |
|------------------------|--|
| Conclusões | Com o índice de envelhecimento crescente e o aumento das quedas na população idosa esse estudo se tornou de grande relevância, pois esse evento pode provocar graves consequências, diminuindo a autonomia, causando dependência funcional e diminuição na qualidade de vida e a Fisioterapia entra como forte propiciadora da melhor qualidade de vida dessa população. |
| PESQUISA 5 (P5) | |
| Título | A importância da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos -artigo de revisão |
| Autores/ano | Costa, Silveira e Mundim (2021) |
| Objetivo Geral | Analisar a influência da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, buscando artigos que analisassem o uso da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos, publicados entre 2015 e 2020, nas bases de dados Pubmed, SciELO, PEDro, Google Scholar e NCBI, nos idiomas inglês e português. |
| Conclusões | A fisioterapia exerce um papel importante na prevenção de quedas em idosos. Os protocolos fisioterapêuticos foram eficazes em relação a redução dos riscos de quedas, permitindo com que este público diminua a incapacidade decorrente de lesões desencadeadas pelas alterações fisiológicas sistêmicas, melhorando a qualidade de vida dos idosos. |
| PESQUISA 6 (P6) | |
| Título | A eficácia da cinesioterapia quando utilizada para a prevenção de quedas em idosos |
| Autores/ano | Cruz (2019) |
| Objetivo Geral | Avaliar os benefícios da cinesioterapia para a prevenção de quedas em idosos. Avaliando a eficácia da cinesioterapia no equilíbrio, flexibilidade, força muscular, resistência muscular, e melhora na qualidade de vida. |
| Conclusões | Concluiu-se que 100% dos idosos que praticam frequentemente exercícios realizados, através das cinesioterapia, possuem menos risco de quedas. |
| PESQUISA 7 (P7) | |
| Título | A fisioterapia na prevenção de quedas em idosos |
| Autores/ano | Meres (2018) |
| Objetivo Geral | Apresentar técnicas fisioterapêuticas que contribuam para a prevenção e consequente redução das quedas em idosos |
| Conclusões | Estudos apresentam os recursos cinesioterapêuticos e hidroterapia como técnicas mais utilizadas e eficazes na prevenção de quedas em idosos. |
| PESQUISA 8 (P8) | |
| Título | A abordagem da Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos: uma Revisão de Literatura |
| Autores/ano | Vaceli <i>et al.</i> (2019) |
| Objetivo Geral | Abordar sobre a importância da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos, sendo a queda uma condição frequente no idoso. |
| Conclusões | Conclui-se que exercícios fisioterapêuticos são fundamentais na manutenção, promoção, resgate da autonomia e independência funcional do idoso, melhorando assim a qualidade de vida, bem-estar, capacidade funcional e consequentemente a diminuição de quedas. |

| PESQUISA 9 (P9) | |
|-----------------------|---|
| Título | Fatores associados às quedas em idosos atendidos em um ambulatório de fisioterapia |
| Autores/ano | Souza <i>et al.</i> (2019) |
| Objetivo Geral | Verificar os fatores associados às quedas e suas consequências em idosos atendidos em um ambulatório de Fisioterapia |
| Conclusões | Verificou-se que 63,6% sofreram quedas no último ano e que a maioria dos idosos caidores encontrava-se na faixa etária entre 60 e 70 anos, era do gênero feminino, de etnia branca, possuía ensino fundamental incompleto e residiam sozinhos. Houve uma prevalência significativa de quedas entre os idosos entrevistados, corroborando com os achados da literatura que consideram as quedas como eventos de causas multifatoriais. |
| PESQUISA 10 (P10) | |
| Título | Envelhecimento ativo: o papel da fisioterapia na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa |
| Autores/ano | Silva, Santana e Rodrigues (2019) |
| Objetivo Geral | Discorrer sobre a atuação da fisioterapia na promoção da qualidade de vida do idoso. |
| Conclusões | O ocorrido estudo possibilitou uma compreensão melhor da importância da fisioterapia na busca de um envelhecimento saudável e ativo. |
| PESQUISA 11 (P11) | |
| Título | Caracterização dos principais exercícios terapêuticos na diminuição de quedas em idosos: Revisão Integrativa |
| Autores/ano | Lima Júnior <i>et al.</i> (2019) |
| Objetivo Geral | Caracterizar os principais exercícios terapêuticos na diminuição de quedas em idosos através de uma revisão bibliográfica. |
| Conclusões | Pôde-se concluir com esse estudo a importância da indicação e manutenção de planos terapêuticos contínuos e direcionados para idosos, visando à organização funcional musculoesquelética corporal, determinando várias modificações positivas e graduais desde marcha até realização de atividades de vida diária e sociais, para obtenção de prevenção de quedas e problemas de saúde associados. |

Fonte: Elaboração dos autores a partir das leituras realizadas (2021).

Atualmente, temos uma variedade de estudos que analisam o risco de quedas em idosos, assim como a importância da fisioterapia em sua prevenção. No entanto, a qualidade metodológica de muitas investigações torna-as mais suscetíveis a erros sistemáticos ou vieses que afetam sua validade interna. Além disso, ainda encontramos muitos estudos de série de casos na literatura, desenhos muito fracos que são totalmente insuficientes para inferir fatores de risco; o máximo que contribuem é o perfil da amostra estudada.

Dado o exposto, após uma leitura criteriosa dos textos selecionados (ver quadro acima), foi possível analisarmos a qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão, verificando que, em geral, tratam-se de estudos de boa qualidade e merecem uma consideração séria dos seus resultados.

Podemos perceber que os fatores de risco identificados na maioria dos artigos coincidem em sua descrição. A causa que leva à queda geralmente é multifatorial. Existem alguns fatores relacionados ao próprio processo de envelhecimento, e estes podem ocorrer em uma idade precoce (a partir dos 65 anos ou até antes). Em outras pessoas, as mudanças aparecerão em idades mais avançadas (a partir dos 80 anos) e, em muitas outras, as mudanças serão pouco perceptíveis. Normalmente, as alterações típicas do envelhecimento são agravadas por doenças agudas ou crônicas que alteram o funcionamento de diferentes sistemas.

Como é possível constatar a partir do quadro anterior, as pesquisas concordam ainda com a necessidade de prática regular de exercícios fisioterapêuticos, o que promove significativas melhoras em diversos aspectos da vida do idoso, reduzindo, assim, o risco de quedas, afinal, como bem destaca Vaceli *et al.* (2019), conclui-se que exercícios fisioterapêuticos são fundamentais na manutenção, promoção, resgate da autonomia e independência funcional do idoso, melhorando assim a qualidade de vida, bem-estar, capacidade funcional e conseqüentemente a diminuição de quedas. Ademais,

Baseado nisso, a fisioterapia intervém com prevenção e reabilitação nas instabilidades através de exercícios e técnicas atuantes na manutenção e melhora das alterações que ocorrem nesse campo. Diversos exercícios podem ser prescritos levando-se em consideração os resultados obtidos na avaliação e trabalhando dificuldades específicas ou de maneira global, ressaltando que podem ser feitas adaptações e mudanças de acordo com a capacidade e individualidade de cada paciente (SACHETTI *et al.*, 2012, p. 68).

Outrossim, as pesquisas são enfáticas ao destacarem que o fisioterapeuta necessita ser um profissional cada vez mais capacitado para atuar não só no tratamento, assim como também na prevenção, isso porque essa assistência multifatorial reduz a chance de quedas, ou seja, dito de outro modo, a fisioterapia entra como forte propiciadora da melhor qualidade de vida dessa população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As quedas nas patologias geriátricas são, como bem elencado ao longo deste trabalho, um dos problemas mais importantes no que diz respeito ao sujeito da terceira idade, visto que põem em perigo a saúde dos idosos, sendo uma das principais causas de lesões, invalidez e até morte. Posto isto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a importância da fisioterapia no que tange à temática *queda em idosos*. Primeiramente, a partir do levantamento de literatura, pode-se deduzir que os idosos estão expostos a fatores intrínsecos e extrínsecos que favorecem o risco de queda.

Ademais, pensando ainda os resultados da investigação, constatou-se que a queda representa um risco alto para a saúde do sujeito idoso. Para além do que diz respeito aos problemas médicos, as quedas se apresentam enquanto, como destaca Sofiatti *et al.* (2021, p. 39) “custo social, econômico e psicológico enormes, aumentando a dependência e a institucionalização, sendo uma das principais causas de incapacitação e óbito”. Logo, faz-se de grande importância que os fisioterapeutas voltados para a área de geriatria e gerontologia, estudem acerca do tema “quedas” na população idosa, afinal, o tratamento das consequências geradas pelas quedas, bem como a prevenção, estão ligados a fatores como, por exemplo, “controle de medicamentos que podem ser fatores de risco; educação em saúde para o idoso e seus familiares; exercícios e atividades físicas como protocolo de tratamento; acessibilidade e orientação e manutenção da capacidade funcional” (SOFIATTI *et al.*, 2021, p. 39).

Concluimos que as pesquisas, de forma unanime, concordam com a necessidade de prática regular de exercícios fisioterapêuticos, o que promove significativas melhoras em diversos aspectos da vida do idoso, reduzindo, assim, o risco de quedas. Ou seja, programas de prática de exercícios físicos, treinos de equilíbrio e propriocepção, cinesioterapia, exercícios terapêuticos na água, entre outros, são eficazes para prevenir e para tratar alterações advindas de quedas em idosos.

Em suma, a importância da fisioterapia geriátrica se dá, pois, esta pode contribuir de forma significativa, melhorando a força, resistência muscular e movimentos articulares dos membros inferiores, assim como o treinamento de coordenação e equilíbrio.

REFERÊNCIAS

- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 2010.
- BOTTENTUIT JUNIOR, J. B.; SANTOS, C. G. Revisão sistemática da literatura de dissertações sobre metodologia WebQuest. **Revista EducaOnline**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-35, mai./ago. 2014.
- CARVALHO, R. R. A. *et al.* Características sociodemográficas de idosos que foram a óbito após queda do mesmo nível. **Revista Cereus**, v. 13, n. 2, p. 150-162, 2021.
- COSTA, F. M. C.; SILVEIRA, R. C. G.; MUNDIM, M. M. A importância da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos—artigo de revisão. **HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM)**, v. 30, n. 1, p. 254-266, 2021.

CRUZ, T. N. **A eficácia da cinesioterapia quando utilizada para a prevenção de quedas em idosos**. 2019. 15 f. TCC (Graduação) Centro Universitário UNIFACVEST, Lages, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

LIMA JUNIOR, B. A. *et al.* Caracterização dos principais exercícios terapêuticos na diminuição de quedas em idosos: Revisão Integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 2365-2375, 2019.

MERES, M. M. **A fisioterapia na prevenção de quedas em idosos**. 2018. 34 f. TCC (Graduação) Bacharelado em Fisioterapia – Faculdade de Educação em Meio Ambiente – FAEMA. Ariquemes, 2018.

OLIVEIRA, H. M. L. *et al.* Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais Animais e Humanos Interdisciplinary Journal of Experimental Studies**, v. 9, n. 1, 2017.

RODRÍGUEZ-MOLINERO, A. *et al.* A two-question tool to assess the risk of repeated falls in the elderly. **Plos One**, [s.l.], v. 12, n. 5, p. 1-12, 10 maio 2017. Public Library of Science (PLoS).

SACHETTI, A. *et al.* Equilíbrio x Envelhecimento Humano: um desafio para a fisioterapia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 11, n. 1, p. 64-69, 2012.

SANTOS, P. R. D. *et al.* Alterações músculo-esqueléticas do envelhecimento, prevenção e atuação fisioterapêutica nas quedas em idosos: revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e38510313437-e38510313437, 2021.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**, 23a edição, São Paulo: Ed. Cortez, 2007.

SILVA, F. L. C.; SANTANA, W. R.; RODRIGUES, T. S. Envelhecimento ativo: o papel da fisioterapia na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa. **Revista Uningá**, v. 56, n. S4, p. 134-144, 2019.

SILVA, I. R.; LIMA, R. M. S.; VIDAL, G. P. P. Importância da atuação fisioterapêutica na prevenção de quedas em idosos. In: VII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – CIEH. **Anais...** p. 1-11, 2020.

SOFIATTI, S. L. *et al.* A importância da fisioterapia na capacidade funcional de idosos com risco de quedas. **REVISTA BRASILEIRA MILITAR DE CIÊNCIAS**, v. 7, n. 17, 2021.

SOUZA, J. O. *et al.* Fatores associados às quedas em idosos atendidos em um ambulatório de Fisioterapia. **REVISTA SAÚDE INTEGRADA**, v. 12, n. 23, p. 44-53, 2019.

VACELI, J. V. S. *et al.* A abordagem da Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos: uma Revisão de Literatura. In: **Corpo Editorial Conselho Diretivo**. 2019, p. 87-95.



CAPÍTULO 12

FATORES DE RISCO DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM GESTANTES E PUÉRPERAS

RISK FACTOR FOR DEEP VENOUS THROMBOSIS IN PREGNANCY AND IN THE PUERPERIUM

Carolina Florio Mazza¹

Jéssica Karina Batista²

Nathalia Almeida da Silva³

Sylvio Sebastião⁴

Tiago Garcia Fortunato⁵

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.12

1 Graduandos da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

2 Graduandos da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

3 Graduandos da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

4 Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

5 Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

RESUMO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma condição que engloba a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), ambas originárias de um coágulo sanguíneo. A TEV aumenta em até cinco vezes o risco de mortalidade em gestantes e puérperas. Esse aumento, relaciona-se à obstrução do retorno venoso pelo útero gravídico e ao estado de hipercoagulabilidade.

Esta revisão de literatura tem como principal objetivo analisar os principais fatores que predispõe o desenvolvimento da TVP durante o ciclo gravídico-puerperal, assim como demonstrar as possíveis causas de trombofilia no decorrer desse período.

Foram comparados os principais fatores de risco e os resultados apontam que há alguns mais predominantes, como a eclampsia, obesidade e tabagismo.

Portanto, durante a gravidez, o risco de desenvolver TEV aumenta e a identificação dos fatores de risco em uma fase precoce da gravidez, bem como a trombopprofilaxia, são medidas importantes para a prevenção e diminuição da morbimortalidade.

Palavras-chave: Trombose Venosa Profunda. Gestação. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Venous thromboembolism (VTE) is a condition that includes deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE), both originating from a blood clot. VTE increases the risk of mortality in pregnant and postpartum women by up to five times. This increase is related to the obstruction of venous return by the pregnant uterus and the state of hypercoagulability.

This literature review has as main objective to analyze the main factors that predispose the development of DVT during the pregnancy-puerperal cycle, as well as to demonstrate the possible causes of thrombophilia during this period.

The main risk factors were compared and the results indicate that there are some more prevalent, such as eclampsia, obesity and smoking.

Therefore, during pregnancy, the risk of developing VTE increases and the identification of risk factors at an early stage of pregnancy, as well as thromboprophylaxis, are important measures for the prevention and reduction of morbidity and mortality.

Keywords: Deep Venous Thrombosis. Gestation. Risk factors.

1 INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma doença cardiovascular aguda comum com elevada mortalidade e morbidade. Tal efemeridade engloba duas condições frequentes: a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP) (Silva, 2017). O TEP é caracterizado pela ocorrência de um coágulo, que se desprende do seu local de origem, e, por meio da circulação, atinge o pulmão. Já a TVP pode ser definida pela formação de um trombo no interior de uma veia profunda (Antunes, 2010).

As complicações ocasionadas por essas doenças contribuem em 10% com as mortes maternas e afetam, pelo menos, 2 em cada 1000 gestações. Esses fatos podem ser justificados devido à obstrução do retorno venoso pelo útero gravídico, e também, ao estado de hipercoagulabilidade gestacional (Silva, 2017). Sendo assim, explica-se, por meio da fisiopatologia, a ocorrência desses fatos devido à compressão seletiva da veia íliaca comum e ao aumento dos fatores de coagulação I, II, VII, VIII, X e XII, variação da proteína S, hipofibrinólise e aumento da geração de trombina (Zapponi, 2012)

Assume-se, então, que o período gestacional e puerperal acarreta alterações hormonais, anatômicas e hematológicas que predis põem um quadro de tromboembolismo, encaixando-se na tríade de Virchow. Este último corresponde a um mecanismo descoberto por Rudolf Virchow, médico alemão que identificou três fatores essenciais na contribuição da TVP, sendo eles a estase venosa, a lesão no endotélio vascular e a hipercoagulabilidade. Dessa forma, é possível relacionar a trombose à inflamação vascular, concluindo que uma lesão do endotélio vascular é responsável por promover uma resposta inflamatória local que ocasiona um estado pró-trombótico (Silva, 2017).

No entanto, a TVP é uma doença multifatorial podendo ser ocasionada por fatores hereditários e genéticos como, por exemplo, presença de trombofilia hereditária, síndrome do anticorpo antifosfolípídeo, repouso superior a 3 dias, antecedente de TEV, fator V de Leiden positivo, idade superior a 35 anos, presença de varizes em membros inferiores, obesidade, anticoagulante lúpico positivo, entre outros (Okuhara, 2015). Soma-se à isso, complicações obstétricas, incluindo parto cesáreo em si ou o uso de fórceps, hemorragia, pré-eclâmpsia, sepse e outros mais (Zapponi, 2012).

Ainda assim, evidencia-se que os fatores de risco mais importantes no desenvolvimento dessa doença são a história prévia de trombose venosa, aumentando o risco de 3 a 4 vezes, e a presença prévia de trombofilias (Silva, 2017). Contudo, tais fatores são passíveis de profilaxia, ainda mais se tratando de um grupo que, por si só, caracteriza-se como um fator de risco, mas depende do conhecimento e capacitação médica (Garcia, 2005).

A profilaxia da doença é dividida de acordo com o nível dos fatores de risco. Para TVP de baixo risco, recomenda-se deambulação precoce e uso de meia elástica. Já para a TVP de risco médio, é indicado, além da profilaxia mecânica, o uso de terapia medicamentosa como heparina. Finalmente, para a TVP de alto risco, acrescenta-se a compressão pneumática intermitente e o uso de fármacos em dosagem maior. E ainda, para as mulheres puérperas que tenham apresentado história prévia de TEV, recomenda-se a realização da profilaxia durante, no mínimo, 6 semanas pós-parto. (Miranda Jr, 2015).

O diagnóstico da TVP, segundo a literatura, é realizado por meio da anamnese e exame físico, seguido da realização de testes laboratoriais e exames de imagem, como o Eco Doppler colorido e a venografia. Também, faz-se uso de um sistema de predileção clínica conhecido como Escore de Wells, modelo baseado em sinais e sintomas, fatores de risco e diagnósticos alternativos capazes de estimar a probabilidade de um pré-teste para a TVP por meio de uma pontuação. Resultados equivalentes a 2, ou mais, indicam que a probabilidade é de moderada a alta, já uma pontuação menor que 2 indica que a TVP é de baixa probabilidade (Miranda Jr, 2015).

Por fim, após a constatação do diagnóstico, inicia-se o tratamento, que tem como base o uso de anticoagulantes a fim de prevenir eventos recorrentes. Por norma, deve-se utilizar heparina não fracionada ou de baixo peso molecular. Tais fármacos irão atuar diminuindo as trombinas, também, o fator X de ativação, e ainda, podem ser administrados em gestantes, não apresentando risco à mãe e ao feto. Contudo, existem formas terapêuticas alternativas, como terapias trombolíticas e a filtração da veia cava (Antunes, 2010).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante a gravidez, o potencial trombogênico aumenta devido ao estado de hipercoagulabilidade fisiológica gestacional, que acontece tanto por mudanças físicas como pelas mudanças nos fatores de coagulação. Dessa forma, o risco absoluto de TVP na gravidez aumenta devido os fatores de risco que influenciam as condições trombóticas. Sendo assim, é importante analisar pacientes grávidas e após

o parto imediato que sejam portadoras de TVP em membros inferiores, relatar os riscos e fatores que acometem a doença, através de uma revisão da literatura.

3 METODOLOGIA

Foram realizadas extensas revisões da literatura, a partir da seleção de 30 artigos e escolha de 15 deles para utilização da bibliografia básica do estudo. A pesquisa literária foi baseada em artigos publicados no intervalo de 2008 a 2018, levantados por meio da utilização dos respectivos bancos de dados: Pubmed, Lilacs, Scopus, Google Acadêmico e System for Information on Grey Literature. As referências dos estudos incluídos foram avaliadas.

Para a identificação de estudos, o processo incluiu as seguintes etapas: triagem dos registros identificados em bancos de dados; exame de estudos potencialmente relevantes; aplicação dos critérios de elegibilidade para a seleção dos estudos incluídos. Os estudos foram selecionados de forma independente, padronizada, não cega, pelos quatro autores do estudo para avaliar a elegibilidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para além de constituir um estado caracterizado por hipercoagulabilidade, as alterações fisiológicas que acompanham a gravidez, constituem por si só importantes fatores de risco para o desenvolvimento de eventos tromboembólicos. Estas alterações compreendem um aumento da capacitância venosa como consequência de indução hormonal, diminuição do retorno venoso, obstrução mecânica pelo útero gravídico, diminuição da mobilidade e potencial lesão vascular durante o parto. Assim, a gravidez constitui um exemplo perfeito da tríade de Virchow. O risco de trombose venosa profunda pode aumentar ainda mais na presença de outros fatores.

Tabela I - Fatores de risco associados à trombose venosa profunda de acordo com estudos científicos

| Autor | Fatores de Risco | | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------|-----------|------------------------|-----------|------------------------|-----------|--------------------|---------------|
| | Diabetes Gestacional | Pré Eclâmpsia e Eclâmpsia | Gravidez Múltipla | Cesariana | Doença Cardíaca Prévia | Tabagismo | Grupo Sanguíneo A e AB | Obesidade | Raça Negra (Etnia) | Idade Materna |
| (JAMES et al., 2006) | Não | Não | Não | Sim | Sim | Sim | Não | Sim | Sim | Não |
| (MARIK et al., 2008) | Sim | Não | Não | Sim | Sim | Sim | Não | Sim | Sim | Não |
| (ARYA et al., 2011) | Não | Não | Não | Sim | Sim | Sim | Não | Sim | Sim | Sim |
| (JACOBSEN et al., 2008) | Sim | Não | Não | Sim | Não | Sim | Sim | Sim | Não | Sim |
| (LARSEN et al., 2007) | Não | Não | Não | Não | Não | Sim | Sim | Sim | Não | Não |
| (KUJOVISH et al., 2004) | Não | Não | Sim | Sim | Não | Não | Não | Sim | Não | Sim |
| (IBRAHIM et al., 2018) | Não | Não | Sim | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| (DAVID et al., 2011) | Não | Não | Sim | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| (PAOLA et al., 2017) | Não | Não | Sim | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| (ZHOU et al., 2018) | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Sim |
| (VILLANI et al., 2007) | Não | Sim | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| (GROSSMAN et al., 2016) | Não | Sim | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |

Durante a gravidez o risco de desenvolver tromboembolismo venoso aumenta, podendo estes eventos ter consequências pequenas ou fatais. A identificação dos fatores de risco em uma fase precoce da gravidez, bem como a trombopprofilaxia são medidas importantes na prevenção destes eventos. No entanto, dada a sua elevada incidência é de extrema importância que a grande maioria dos clínicos reconheça os sinais e sintomas de trombose venosa profunda na gravidez. De acordo com os artigos analisados, foi esclarecido na Tabela I os fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de fenômenos tromboembólicos na gravidez e sua relevância acadêmica em relação a estudos populacionais. De um modo geral, as características da doente e condições clínicas pré-existentes que contribuem para o aumento do risco de tromboembolismo na população em geral constituem também fatores de risco na gravidez.

Em uma análise minuciosa dos artigos de relevância conceitual ou de estudo populacional (que constituem a tabela), além de obras, nota se alguns aspectos em relação aos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de trombose venosa profunda. Dentre eles o diabetes gestacional, apenas um estudo populacional e demonstra associação positiva entre a diabetes gestacional e o tromboembolismo no período pré-natal; no entanto, a diabetes mellitus prévia é apontada como fator de risco por vários autores.

Já a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, constituem fatores de risco para o desenvolvimento da trombose venosa profunda, sobretudo no período pós-parto. Jacobsen, et al. (2008), demonstrou que a pré-eclâmpsia constitui um fator de risco significativo no pós-parto, mas não no período pré-natal.

Toda via, a gravidez múltipla caracteriza se também como um fator de risco para trombose venosa profunda. Sugere se que o útero gravídico volumoso é responsável por uma maior compressão da veia cava superior e conseqüentemente uma redução do fluxo venoso, aumentando a estase venosa e o risco de formação de trombos venosos.

Em sinônimo, a obesidade, fator de risco estudado por Lansen et al. (2006) e James et al. (2006) que apresentaram resultados que apontam a obesidade como fator de risco para trombose venosa profunda durante a gravidez. Jacobsen et al. (2008), num estudo que analisou os fatores de risco pré-parto e pós-parto para trombose venosa durante a gravidez, demonstrou que o IMC elevado é fator de risco para TEV na gravidez acrescentando que a obesidade associada à imobilização no pré-parto tem efeito multiplicativo no risco, em comparação com os riscos isolados pela imobilização e pelo IMC elevado.

O tipo de parto cesariana, também é apontada como sendo um fator de risco em diversos estudos. A cesariana foi associada ao dobro do risco de trombose venosa comparativamente ao parto vaginal. Um estudo concluiu que apenas a cesariana de emergência e não a cesariana eletiva constitui um fator de risco independente para trombose durante o puerpério.

A presença de doença cardíaca prévia à gravidez, nomeadamente cardiopatias congênitas e valvulopatias, parece relacionar-se com um aumento do risco de trombose venosa durante neste período.

O tabagismo corresponde a outro fator de risco tromboembólico. Estudos que analisaram a relação entre tabagismo e risco tromboembólico durante a gravidez demonstraram que o tabagismo é um fator de risco significativo para trombose venosa profunda durante a gravidez e puerpério, sendo o efeito dose-dependente.

O grupo sanguíneo A e AB também parece estar associado a um aumento do risco de trombose venosa profunda na gravidez. Lansen, et al. (2004), concluiu que grávidas ou puérperas com grupo sanguíneo A e AB, possuem um risco superior de tromboembolismo na gravidez, comparado com mulheres com sangue do grupo O. Este risco parece estar aumentado quer na gravidez, quer no puerpério.

A raça negra corresponde também a um fator de risco para o desenvolvimento de trombose venosa profunda na gravidez. Num estudo que procurou relacionar o risco de trombose venosa profunda na gravidez com a raça ou etnia da mulher, a taxa de incidência para mulheres negras foi de 2.64 por cada 1000 nascimentos, correspondendo a um valor cerca de 64% superior ao valor para outras raças. Na análise feita por idades, a incidência foi superior em mulheres negras em todas as faixas etárias.

E por último, a idade materna, de fato, existem vários estudos que relacionam o aumento do risco com o aumento da idade da mulher, associando um risco mais elevado em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. James, et al. (2006) estimou um risco de 1.64 por cada 1000 nascimentos em mulheres com idade inferior a 35 anos e 2.7 por cada 1000 nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

Tabela II: Fatores de risco correlacionados com os Escores de Padua e Wells, além da Tríade de Virchow.

A Tabela II mimetiza os fatores de riscos já analisados na Tabela I com os Escores de Padua e Wells, que tratam se de somatórias de avaliam o risco para fenômenos trombóticos e a Tríade de Virchow, que trata se da explicação fisiopatológica do desenvolvimento da trombose venosa profunda.

Tabela II - Fatores de risco correlacionados com os Escores de Padua e Wells, além da Tríade de Virchow.

| Fatores de Risco | Escore de Padua | Escore de Wells | Tríade de Virchow |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| Diabetes Gestacional | Não | Não | Não |
| Pré Eclâmpsia e Eclâmpsia | Não | Não | Sim |
| Gravidez Múltipla | Não | Não | Sim |
| Cesariana | Sim | Sim | Sim |
| Doença Cardíaca Prévia | Sim | Não | Sim |
| Tabagismo | Não | Não | Não |
| Grupo Sanguíneo A e AB | Não | Não | Não |
| Obesidade | Sim | Não | Sim |
| Raça Negra (Etnia) | Não | Não | Não |
| Idade Materna | Sim | Não | Não |

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisa se que o Escore de Padua se mostra mais efetivo e mais completo em relação ao Escore de Wells, portanto para uma análise mais íntegra do desenvolvimento da trombose venosa profunda o Escore de Padua se mostra mais absoluto, porém não é global por não enquadrar importantes fatores de risco analisados, como a presença de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, gravidez múltipla, tabagismo, grupo sanguíneo e etnia; tais dados clínicos são importantes e devem ser elucidados por profissionais que mantem o contato com a intercorrência da trombose venosa profunda em grávidas. Já as observações feitas perante a Tríade de Virchow e os fatores de risco, a explicação fisiopatológica modulam a maioria dos fatores de risco estudados, deixando apenas algumas características da doente e condições clínicas pré-existentes, como a presença de diabetes gestacional, tabagismo, grupo sanguíneo, etnia e idade materna elevada.

REFERÊNCIAS

AF Jacobsen; Ante and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case control study; *British Journal of Haematology*; Junho 2008.

AH. James; Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; Volume 194, Issue 5, May 2006, p. 1311-1315.

[ANTUNES. SUSANA DIAS; Trombose venosa profunda: mitos e realidades; dossier: patologia vascular; Rev Port Clin Geral 2010.](#)

CARVALHO. MARLY; saúde mental auto-avaliada e uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas; Campinas, ano 2007.

DEVIS PAOLA; Deep venous thrombosis in pregnancy: incidence, pathogenesis and endovascular management; *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*; Dezembro 2017

GARCIA. ANTONIO FRANCO; Realidade do uso da profilaxia para trombose venosa profunda: da teoria à prática, Reality check: use of deep venous thrombosis prophylaxis: from theory to practice; ano 2005 vol. 4, núm. 1, pp. 35-41.

GROSSMAN KARIN B; Maternal and pregnancy characteristics affect plasma fibrin monomer complexes and D-dimer reference ranges for venous thromboembolism in pregnancy; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; Outubro 2016

KUJOVICH JL; Hormones and pregnancy: thromboembolic risks for women.; *PublMed*; Junho 2005

LARSEN TB; Maternal smoking, obesity, and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a population-based nested case-control study; *Thrombosis Research*; Janeiro 2007

M.D MARIK; Venous Thromboembolic Disease and Pregnancy; *The new england journal of medicine*; Philadelphia; Fevereiro 2010.

NA IBRAHIM; Risk factors for deep vein thrombosis of lower extremities in Sudanese women; *Dovepress*; Abril de 2018

O' CONNOR DAVID J; Incidence and Characteristics of Venous Thromboembolic Disease During Pregnancy and the Postnatal Period: A Contemporary Series.; *Annals of Vascular Surgery*.; Janeiro de 2011

[OKUARA. ALBERTO; Incidência de trombose venosa profunda e estratificação dos grupos de risco em serviço de cirurgia vascular de hospital universitário; Minas Gerais; ano 2015.](#)

[PRESTI. CALÓGERO; Trombose venosa profunda, diagnóstico e tratamento; SBA-CV, São Paulo; ano 2015](#)

RO Arya; How I manage venous thromboembolism in pregnancy; *British Journal of Haematology*; Junho 2011

[SANTHOSH. M.C.B; Compressão da veia cava inferior por causa do excesso de tamponamento abdominal. Rio de Janeiro; ano 2014](#)

SILVA, JOANA CRISTINA, Artigo Porto. Portugal, 2017, p.1-37,

VILLANI Michela;The prevention and treatment of venous thromboembolism in pregnancy; *Journal Expert Review of Cardiovascular Therapy*; published online: Abril 2007; pp 397-402

ZHOU ZH; Early Postpartum Venous Thromboembolism: Risk Factors and Predictive Index; *SAGE Journal*; Dezembro 2018

CAPÍTULO 13

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER PARA O ENFERMEIRO

Adriana Pinto Borges¹

Helen Cardoso de Lima²

Half Adriel Simplicio Araújo Macedo³

Klismanderson Monteiro de Sousa⁴

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.13

1 Enfermeira, estudante do Curso de Pós Graduação em Urgência e Emergência, pela Singular Educacional, Manaus, Am, Brasil, adriannaborges1993@gmail.com

2 Enfermeira, estudante do Curso de Pós Graduação em Urgência e Emergência, pela Singular Educacional, Manaus, Am, Brasil, helencardososter@gmail.com

3 Enfermeiro, estudante do Curso de Pós Graduação em Urgência e Emergência, pela Singular Educacional, Manaus, Am, Brasil, halfadriel@gmail.com

4 Enfermeiro, estudante do Curso de Pós Graduação em Urgência e Emergência, pela Singular Educacional, Manaus, Am, Brasil, enfkliisman@gmail.com

RESUMO

O gerenciamento da classificação de risco nos hospitais tem sido um desafio para a enfermagem. Contudo o emprego do protocolo de Manchester no gerenciamento de risco, tem facilitado e dinamizado o acolhimento. O presente estudo objetivou compreender as atribuições do enfermeiro na gestão da classificação e risco nos hospitais, e quais as dificuldades enfrentadas pelo mesmo. Para tal foi realizada uma revisão integrativa da literatura, através das bases de dados SciELO, LILACS e Google Acadêmico. Foram encontradas 50 referências, mas apenas 10 artigos se enquadravam nos critérios de inclusão. Resultou-se então, que os enfermeiros possuem conhecimento sobre o manejo do Protocolo de Manchester, o reconhecendo como instrumento acolhedor que contribui de forma ágil e segura no atendimento aos usuários que procuram unidades de urgência e emergência.

Palavras-chave: Gestão no acolhimento. Classificação de risco. Manchester.

ABSTRACT

The management of risk classification in hospitals has been a challenge for nursing. However, the use of the Manchester risk management protocol has facilitated and streamlined reception. This study aimed to understand the nurse's attributions in the management of classification and risk in hospitals, and the difficulties faced by them. To this end, an integrative literature review was carried out, using the SciELO, LILACS and Google Scholar databases. Fifty references were found, but only 10 articles met the inclusion criteria. It resulted then, that nurses have knowledge about the management of the Manchester Protocol, recognizing it as a welcoming instrument that contributes quickly and safely in the care of users who seek urgent and emergency units.

Keywords: Reception management. Risk classification. Manchester.

1 INTRODUÇÃO

A palavra acolher possui várias definições como admitir, aceitar, entender e receber. Segundo Lima (2011), o ato de acolher expressos um sentido de escuta, entendimento, consideração e acolhimento.

Segundo Souza (2008) o objetivo do acolhimento com classificação de risco é oferecer atendimento ao paciente de forma a garantir um acesso seguro aos serviços de urgência/ emergência, garantindo atendimento humanizado, com resolutividade para aqueles que se encontram adoecidos de diversas formas. É comum, nos

serviços de saúde de urgência e emergência, nos depararmos com filas extensas, onde os usuários são atendidos apenas de acordo com a hora de chegada, sem levar em conta a gravidade ou não de suas queixas, o que traz prejuízos ao andamento do serviço, pois o fato de não se avaliar riscos e graus de sofrimento, em muitos casos faz com que a condição de saúde-doença se agrave durante a espera, e em alguns casos, até vai o óbito do paciente em decorrência do não-atendimento no tempo adequado (BRASIL,2009).

Há vários sistemas criados no mundo para classificação de risco, destacam-se quatro: Emergency Severity Index (ESI) Estados Unidos 1999; Australasian Triage Scale (ATS) Austrália 1970; Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) Canadá 1999; e Sistema de Triagem de Manchester (STM) Reino Unido 1996 e Brasil 2008. Todos esses sistemas possuem cinco níveis para classificação, que são categorizados através de numeração, cor e tempo de espera aceitável para a pessoa 10 ser atendida (CAMARA et al 2015).

Dentre os vários protocolos para triagem em urgência e emergência, o Protocolo de Manchester é o que mais tem sido usado e difundido nos serviços de saúde. Além do Brasil, outros países têm adotado tal protocolo como medida de avaliação de risco, tais como Holanda, Suécia, Espanha, Portugal e Inglaterra (HILSENDEGER, NETH, BELAVER, 2010).

São muitas as atribuições do enfermeiro que realiza o acolhimento, e diante delas surge uma maior e desafiadora que é a função de classificar.

A resolução COFEN 423/2012 diz que: “No âmbito da equipe de enfermagem a Classificação de Risco e a priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”. E ainda diz que para garantir o rigor técnico e científico de tal procedimento, o enfermeiro deverá possuir conhecimentos, competências e habilidades para tal.

Portanto a enfermagem tem um papel importante no processo de classificação de risco, por ser uma profissão que visa o bem estar do paciente como um todo, respeitando sua dignidade e liberdade, atuando na prevenção de agravos e promoção da saúde, possuindo assim conhecimentos e habilidades para identificar prioridade de atendimento, coordenar fluxos e demanda de usuários, colaborando para a redução de riscos e mortalidade (NOVAES, NASCIMENTO e AMARAL, 2016).

O estudo teve como objetivo compreender as atribuições do enfermeiro na gestão da classificação de risco em emergência e as dificuldades enfrentadas pelo mesmo através dos relatos na literatura disponível.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa do tipo descritivo-exploratória, utilizando-se de uma pesquisa na literatura e permitindo a síntese de vários estudos publicados, no sentido de facilitar o estudo acadêmico e profissional de forma a contribuir para a realização de pesquisas futuras (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO,2008).

O processo metodológico em sua elaboração percorreu seis etapas distintas a seguir: formulação da hipótese ou questão norteadora da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para selecionar amostra da revisão; realização da qualificação dos estudos; realização da análise dos estudos; compreensão dos resultados e exposição da síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Para as buscas nas referidas bases de dados foi utilizado o cruzamento dos descritores controlados selecionados por meio do Decs: Gestão no acolhimento, classificação de risco, Manchester.

Deste modo, buscaram-se artigos adotando critérios de inclusão as publicações disponíveis na íntegra, em língua portuguesa, publicadas nos últimos dez anos.

Durante o processo de inclusão dos estudos foi realizada a leitura do título e do resumo de cada artigo selecionado, a fim de verificar a pertinência da pesquisa com a questão norteadora dessa investigação. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura da íntegra da publicação. Após essa leitura, apenas 10 artigos dos 50 selecionados se enquadravam nos critérios de inclusão deste estudo.

Foi confeccionado um quadro para organizar a coleta de dados. O quadro contempla informações sobre identificação do artigo, do periódico, ano de publicação, objetivos do estudo.

3 RESULTADOS

Durante a busca de dados, foi possível identificar que os artigos pesquisados foram de autoria de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, demonstrando que o tema estudado está presente na atuação desses profissionais, e tem tema de dis-

cussão no meio acadêmico formativo. Os artigos foram copilados e organizados em uma planilha contendo as informações das coletas de dados.

Foi identificado um total de 50 artigos relacionados a atuação do Enfermeiro no gerenciamento da classificação de risco em urgência e emergência. Usando os critérios de inclusão e exclusão, estabelecidos neste estudo, a seleção dos títulos e resumos resultou um total de 10 referências incluídas no estudo.

Quadro1 - Organização dos artigos conforme autor, periódico e ano. Manaus, 2021.

| Nº | Título do Artigo | Autores | Periódico | Ano |
|-----------|--|---|---|------------|
| 1 | Classificação de risco em emergência. Um desafio para as/os enfermeiras/os | SHERO MA; PIRES | Enfermagem em Foco | 2011 |
| 2 | Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: Aplicabilidade na enfermagem. | WEYKAMP et al. | Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste | 2017 |
| 3 | Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro | ROUCALLI et al. | Revista Baiana de Enfermagem. | 2017 |
| 4 | Tempos de espera para atendimentos usando Sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência. | CHIANCA et al. | Revista Mineira de Enfermagem | 2016 |
| 5 | Classificação de risco em pronto-socorro: Concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. | SOUZA; TOLEDO; TADEU; CHIANCA. | Revista Latinoamericana de Enfermagem | 2011 |

| | | | | |
|----|---|---------------------------------|---|------|
| 6 | Diagnósticos de Enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade no Protocolo de Manchester | SOUZA; MOTA; CARVALHO; CHIANCA. | Revista Escola de enfermagem USP | 2013 |
| 7 | Validade preditiva do Protocolo de Classificação e Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto-atendimento. | PINTO JR ; SALGADO; CHIANCA. | Revista Latino-Americana de Enfermagem. | 2012 |
| 8 | Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. | AMTHAUER; CUNHA . | Revista Latino-Americana de Enfermagem. | 2016 |
| 9 | Demanda clínica de uma unidade de pronto-atendimento, segundo o Protocolo de Manchester | DINIZ; SILVA; SOUZA; CHIANCA. | Revista Eletrônica de Enfermagem | 2014 |
| 10 | Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco de pacientes em unidade de emergência. | SILVA et al. | Revista Latino-Americana de Enfermagem | 2014 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com os artigos apresentados, os profissionais de enfermagem demonstraram ter conhecimento sobre classificação de risco utilizando-se do Protocolo de Manchester. Os profissionais de enfermagem responsáveis pela triagem apontaram o método como uma estratégia acolhedora, equânime das demandas, contribuindo de forma ágil e segura no atendimento prestado aos pacientes, reorganizando o fluxo de atendimento da demanda dos usuários de acordo com as prioridades do protocolo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A classificação de risco é um instrumento que se faz necessário nos serviços e urgência para a melhoria da assistência prestada e a garantia do acesso universal e justo com capacidade resolutiva das ações integrais em saúde.

Papel do enfermeiro na avaliação de riscos

O processo de enfermagem é uma prática utilizada na enfermagem para avaliar o estado de saúde dos pacientes, possui fases interdependentes e complementares e quando realizadas concomitantemente resultam em intervenções satisfatórias para o paciente. Estas fases compreendem, o histórico, o diagnóstico, o plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico (HORTA, 1979).

Souza et al (2013) aponta em seu estudo que o Protocolo de Manchester permite ao enfermeiro detectar e controlar Diagnósticos de Enfermagem de forma rápida e eficiente, por este protocolo facilitar a identificação de características definidoras e de fatores de risco que subsidiam a elaboração de diagnósticos e condutas apropriadas para cada caso.

Eficácia da gestão de riscos

A respeito dos tempos de espera os enfermeiros realizavam a triagem e classificação mediante aplicação do fluxograma no tempo preconizado pelo Protocolo de Manchester, mas os pacientes em alguns casos aguardaram atendimento médico além do previsto indicando necessidade de fluxos adequados ao recomendado pelo Sistema de Triagem de Manchester.

Nesse contexto, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), e dentro desta propõe a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como forma de criar condições para que todos os usuários que procurassem por esses serviços fossem atendidos.

Na explicação para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), o Ministério da Saúde determina que esse instrumento constitui em uma diretriz operacional que uni as ações de acolhimento com as de classificação de risco do usuário. Isso significa que, no ACCR, o usuário que entra no Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) é acolhido, ouvido, guiado à consulta de enfermagem, classificado de acordo com o grau de risco de seu agravo e atendido pelo médico segundo a urgência do caso.

O Acolhimento com Classificação de Risco permite identificar os pacientes que necessitam de cuidados imediatos, a partir do potencial de risco e/ou grau de sofrimento apresentados por aqueles que apresentam maior grau de gravidade clínica, frente àqueles que apresentam quadros clínicos menos graves e que podem aguardar pelo atendimento por um período maior de tempo ou serem encaminhados a unidades de pronto atendimento. Em outros termos, o Acolhimento com Classificação de Risco proporciona agilidade no atendimento e organiza o fluxo no setor.

O protocolo de Manchester se caracteriza como uma importante ferramenta para atender a Política Nacional de Humanização (PNH). Esse sistema foi criado na tentativa de se criar uma linguagem clara e articulada da assistência de enfermagem na rede de urgência e emergência, quando se classifica o risco utilizando o protocolo de Manchester a linguagem entre a equipe se torna unificada.

As categorias do protocolo são divididas por cores; a vermelha são os pacientes que apresentam risco iminente de morte; a cor laranja são os usuários que necessitam de atendimento imediato; a cor amarela são pessoas sem risco de vida, a verde os utentes sem riscos ou lesões, pouco urgentes; e a cor azul é de baixa complexidade e será encaminhada a unidade básica de saúde com documento de referência, se o usuário se recusar poderá ser atendido por ordem de chegada.

A escala de triagem do MTS classifica o paciente em cinco níveis de prioridade: nível 1 (emergente, deve receber atendimento médico imediato); nível 2 (muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos); nível 3 (urgente, avaliação médica em até 60 minutos); nível 4 (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos); nível 5 (não urgente e que pode aguardar até 240 minutos para atendimento médico). A avaliação na classificação de risco não objetiva fazer presunção diagnóstica deve ser rápida e focada na queixa principal apresentada pelo paciente. Segundo o STM, o tempo ideal de avaliação não deve ultrapassar 03:00 minutos (15).

O paciente é classificado segundo a imagem 1 em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial.

Figura 1 - Classificação por cores e tempo estimado de atendimento

| | Prioridade | COR | TEMPO |
|---|-------------------|------------|--------------|
| 1 | Emergente | Vermelho | 0 minutos |
| 2 | Muito Urgente | Laranja | 10 minutos |
| 3 | Urgente | Amarelo | 60 minutos |
| 4 | Pouco Urgente | Verde | 120 minutos |
| 5 | Não Urgente | Azul | 240 minutos |

O método classifica os pacientes por cores com base em sinais e sintomas, conforme segue:

VERMELHO: EMERGÊNCIA

É destinada aos pacientes que se encontram em estado gravíssimo e com risco de morte, os quais necessitam de atendimento imediato, como quadros de queimadura em mais de 25% do corpo, problemas respiratórios, dor no peito relacionada à falta de ar, crises de convulsão, trauma cranioencefálico, tentativa de suicídio, parada cardiorrespiratória, hemorragias incontroláveis, entre outros.

LARANJA: MUITO URGENTE

Essa cor é para casos considerados muito urgentes e com risco significativo de morte. O tempo de espera aproximado é de até 10 minutos. Abrange casos, como arritmia cardíaca sem apresentação de sinais de instabilidade, cefaleia intensa com rápida progressão, dores severas, etc.

AMARELO: URGENTE

Abrange os casos urgentes de gravidade moderada com necessidade de atendimento médico, mas sem riscos imediatos. O tempo médio de espera é de até 60 minutos e classifica casos, como desmaios, dor moderada, vômito intenso, crises de pânico, hemorragia moderada, picos de hipertensão, alteração dos sinais vitais, entre outros quadros clínicos.

VERDE: POUCO URGENTE

A cor verde é para casos considerados menos graves. O tempo de espera pode ser de até 2 horas e abrange pacientes com dores leves, torcicolo, enxaqueca, estado febril sem a presença de alterações vitais, resfriados e viroses, náuseas e tonturas, hemorragia controlada, asma não diagnosticada como quadro de crise, etc.

AZUL: NÃO URGENTE

Por fim, a cor azul representa a classificação mais simples para casos que o paciente pode aguardar atendimento ou ser encaminhado para outra unidade de saúde. O tempo de espera pode ser de até 4 horas e envolve pacientes com queixas de dores crônicas, aplicação de medicação com receita, troca de sondas, entre outros.

Conforme a figura, compreende-se que o enfermeiro fará uma escuta qualificada das queixas dos pacientes aliada a uma anamnese de seu histórico de saúde, classificando de acordo com o fluxograma e discriminadores de gravidade conforme as cinco categorias, que serão sinalizadas através de pulseiras, a categoria que melhor se aplica a condição apresentada pelo paciente.

Fonte: Ministério da Saúde.

5 DISCUSSÕES

O grupo de triagem de Manchester foi formado em 1994, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros dos serviços de urgência e emergência, com a finalidade de criar normas de classificação de risco (DAL SASSO et al.,2013).

Esse processo de classificação de risco demanda competência técnica e científica em sua execução, sendo regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, 16 que normatiza a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. A resolução ainda ressalta, que o acolhimento com classificação de risco deve ser realizado desde que não haja exclusão de pacientes, e que o atendimento médico seja garantido conforme protocolos, promovendo adequado atendimento de forma digna e harmonizada (BRASIL,2004; COFEN,2012).

O principal papel do enfermeiro na classificação de risco é a correta atribuição de prioridade aos doentes. Ele tem de se tornar excelente na avaliação rápida, o que pressupõe uma rápida tomada de decisões e uma capacidade adequada de delegação de tarefas. As entrevistas com os pacientes não devem ser longas e o registro deve ser preciso. As avaliações que demandam muito tempo, tais como aferição dos Sinais Vitais tem de ser deferidas, caso esses valores não sejam necessários para o estabelecimento da prioridade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estudo mostra que o Protocolo de Manchester é uma ferramenta importante para o enfermeiro que trabalha na porta de entrada dos hospitais, pois através do

sistema de classificação de risco o acolhimento e atendimento aos pacientes tem sido mais eficiente, e os tempos de espera têm diminuído diante da gravidade de cada caso clínico, e quais pacientes necessitarão de cuidados críticos. Além disso, tem se otimizado o trabalho dos enfermeiros, assim diminuindo a sobrecarga de trabalho.

Com aplicação do Protocolo de Manchester, o enfermeiro que é peça chave no funcionamento deste sistema, tem contribuído para que o cenário que tínhamos até bem pouco tempo, onde pacientes que podiam ser atendidos em ambulatórios tomavam a vez de outro em real situação de emergência, tenha tido mudanças consideráveis, trazendo um atendimento mais rápido, eficaz e justo para com as urgências da população.

REFERÊNCIAS

AMTHAUER, C.; CUNHA, M. L. C. **Sistema Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.24, 2016.

BRASIL. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência.** Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZA SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, 2004.

CÂMARA, R.F. ET AL. **O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão.** Revista Humano Ser- UNIFACEX, V.1, pg99-114, Natal, RN 2015.

CHIANCA, T.C.M. ET AL. **Tempos de espera para atendimento usando sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência.** Revista Mineira de Enfermagem (REME). Belo Horizonte, MG, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 423/2012. Normatiza no âmbito do sistema COFEN a participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco.** DOU nº70, p. 195, seção 1, Brasília, 2012.

DAL SASSO, G. T. M. ET AL. **Curso de Especialização em linhas de Cuidados em Enfermagem: classificação de risco e acolhimento.** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

DINIZ, A. S. ET AL. **Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o Protocolo de Manchester.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 16(2), p.312-20, 2014.

HILSENDEGER, B.R.; NETH, C.; BELAVER, G.M. **Avaliação do acolhimento com classificação de risco na percepção dos profissionais de enfermagem em um ser-**

viço de emergência hospitalar. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2010.

NOVAES, G.P.M.; NASCIMENTO, P.A.; AMARAL, S.H.R. **Protocolos de Classificação de Risco utilizados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24horas: Uma questão de humanização.** Caderno Saúde e Desenvolvimento, Vol. 9, n.5, 2016.

PINTO JR, D.; SALGADO, P.O.; CHIANCA, T. C. M. **Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, n.6, Ribeirão Preto, 2012.

RONCALI, A.A. ET AL. **Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro.** Revista Baiana de Enfermagem, 2017.

SHEROMA, L.M.B.; PIRES, D. E. P. **Classificação de risco em emergência. Um desafio para as/os enfermeiras/os.** Enfermagem em Foco, 2011.

SILVA, M. F. N. ET AL. **Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência.** Revista Latino -Americana de Enfermagem, 22(2), p.218-25, 2014.

SOUZA, C.C. ET AL. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo de Manchester.** Revista Escola de Enfermagem USP (REEUSP). São Paulo, 2013.

SOUZA, R.S.; BASTOS, M.A.R. **Acolhimento com classificação de risco: O processo vivenciado por profissional enfermeiro.** Revista Mineira de Enfermagem (REME), Belo Horizonte, MG, 2008.

WEYCAMP, J.M. ET AL. **Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem.** Revistada Rede de Enfermagem do Nordeste, 2015.

CAPÍTULO 14

ESTUDO SOBRE CRENÇAS, TABUS E MITOS NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E NA ATIVIDADE FÍSICA

*STUDY ON BELIEFS, TABOOS AND MYTHS IN FOOD
BEHAVIOR AND PHYSICAL ACTIVITY*

Náigila Amazonas da Silva¹

Maressa Tanaka²

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.14

¹ Acadêmica do curso de licenciatura em Educação Física da Faculdade Metropolitana de Manaus - FAMETRO
² Docente do curso de Licenciatura em Educação Física da Faculdade Metropolitana de Manaus - FAMETRO

RESUMO

As temáticas envolvendo o corpo, a nutrição e conseqüentemente o comportamento alimentar são alvos fáceis para credíces, tabus e mitos. Existem ainda muitas crenças em torno da alimentação, desta forma a presente pesquisa tem como objetivo estudar de forma analítica e avaliativa o comportamento alimentar relacionado a crenças, tabus e mitos. Como procedimento metodológico adotou-se uma pesquisa exploratória, onde foi utilizado como ferramenta de trabalho dois questionários para se obter dados que condizem com a realidade da concepção da população amostral. Por meio dos resultados obtidos pôde-se concluir que estes paradigmas acabam influenciando no comportamento alimentar atual do ser humano. Logo, as credíces passadas de geração a geração são piamente perceptíveis no dia a dia da sociedade como um todo, impactando de forma negativa na saúde e no comportamento alimentar das pessoas.

Palavras-chaves: crenças, tabus, mitos, comportamento alimentar e saúde.

ABSTRACT

Themes involving the body, nutrition and consequently eating behavior are easy targets for beliefs, taboos and myths. There are still many beliefs around eating, so this research aims to study, analytically and evaluatively, eating behavior related to beliefs, taboos and myths. As a methodological procedure, an exploratory research was adopted, where two questionnaires were used as a work tool to obtain data that match the reality of the design of the sample population. Through the results obtained, it could be concluded that these paradigms end up influencing the current eating behavior of human beings. Therefore, the beliefs passed down from generation to generation are clearly perceptible in the daily lives of society as a whole, negatively impacting people's health and eating behavior.

Keywords: beliefs, taboos, myths, eating behavior and health.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade observa-se a presença dos mitos, tabus e crenças na vida das pessoas, estando inteiramente interligados com a cultura de cada população.

Ao se tratar do significado da palavra mito, verifica-se a ideia de fábula, ficção ou invenção, pois muitas são as histórias repassadas de geração em geração, envolvendo ritos, crenças, onde os clãs, os grupos e as comunidades utilizam diversas linguagens acerca dos mitos. Contudo, a verdadeira concepção de mitos na saúde,

vai além de uma fábula, pois para muitas pessoas o mito representa uma realidade sagrada para a cura em conjunto com a religião que muitos creem e tem depositado sua fé (LUZ *et al.*, 2007)

O mito é sempre a narrativa de uma criação, conta-nos como algo que não existia. Por outro lado o mito é sempre uma representação coletiva que é transmitida através de várias gerações e que relata uma explicação do mundo. Mito, portanto, é a palavra desvelada, o dito popular. E desse modo, do mito se pode exprimir ao nível da linguagem que é uma palavra que circunscreve e fixa um acontecimento (STUART *et al.*, 2001)

Segundo Marques *et al.* (2011), a definição de saúde envolve a percepção pessoal do indivíduo sobre o seu próprio estado de saúde, aspectos físicos, psicológicos e sociais que pertencem a sua vida cotidiana e pode remeter ao completo bem estar físico, psicológico e social no ambiente em que o mesmo encontra-se inserido, não sendo apenas a ausência de doenças.

Assim, a nutrição e conseqüentemente o comportamento alimentar é um alvo fácil para crendices, tabus e mitos. Sabe-se que a influência cultural contribui de sobremaneira para o enfrentamento de diversas situações na vida, inclusive casos de doenças em que as populações utilizam saberes populares fortemente interligados as crenças e aos mitos para enfrentá-las.

De acordo com Gamboa (1994) a maioria das pesquisas na área da educação física estão voltadas para o tratamento do corpo, sendo a questão nutricional muitas das vezes deixada de escanteio. Logo, torna-se interessante para o academico do curso de licenciatura em educação física tomar conhecimento da existência da conectividade entre essas vertentes e promover análises de cunho social, afim de oportunizar novos estudos. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo estudar de forma analítica e avaliativa o comportamento alimentar relacionado a crenças, tabus e mitos.

JUSTIFICATIVA

Devido a grande quantidade de mitos, tabus e crendices no âmbito da saúde, mais precisamente no comportamento alimentar das pessoas, e também a carência de trabalhos referentes a esta temática, esta pesquisa justifica-se pela relevância do tema para a área da educação física com interdisciplinaridade com a nutrição, acabando por colaborar para uma visão panorâmica da concepção cultural e alimentar da população.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

- Estudar de forma analítica e avaliativa as crenças, tabus e mitos no comportamento alimentar.

1.2 Objetivos Específicos

- Aplicar um questionário avaliativo para a construção dos resultados para fins analíticos;
- Investigar fatores psicológicos que influenciam a alimentação das pessoas;
- Realizar um estudo analítico dos dados obtidos levando em consideração os fatores nutricionais.

METODOLOGIA

Como procedimento metodológico adotado, em função dos objetivos, foi realizada uma pesquisa exploratória, analítica e avaliativa.

De acordo com Vergara (2004) uma investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, configurando-se como a fase preliminar, que busca proporcionar maiores informações sobre o assunto que vai se investigar.

Neste estudo também foi usada a pesquisa analítica e avaliativa que busca essencialmente a enumeração e a ordenação de dados, sem o objetivo de comprovar ou refutar hipóteses exploratórias, abrindo espaço para uma nova pesquisa explicativa, fundamentada na experimentação.

O processo metodológico utilizado neste trabalho visa mostrar o estudo do comportamento alimentar das pessoas com relação a crenças, tabus e mitos impregnados durante séculos na sociedade.

Para isto foi utilizado como ferramenta de trabalho dois questionários avaliativos para se obter dados que condizem com a realidade da concepção da população sobre esta temática.

No espaço amostral foram entrevistados 100 participantes voluntários com naturalidade no Amazonas, na faixa etária de 18 a 60 anos, que além de preencher a ficha avaliativa expuseram suas opiniões sobre esta temática científica e cultural.

O primeiro questionário (Quadro 1) trata-se de uma pesquisa de sondagem, referente a um quadro geral do participante para fins de se conhecer seu hábito alimentar e seu envolvimento com as crendices, mitos e tabus.

Quadro 1 - Questionário 1- Crenças, mitos e tabus alimentares.

| | | |
|--|--------|-------|
| Sexo: ()Fem ()Masc | Idade: | Data: |
| 1. Você já deixou de comer algum alimento por acreditar que ele faça mal à saúde?() Não () Sim. Qual?..... | | |
| 2. Você já comeu algum alimento por acreditar que ela faça bem à saúde?() Não () Sim. Qual?..... | | |
| 3. Você acredita que a mistura de alguns alimentos possa fazer mal à saúde?() Não () Sim. Quais alimentos?..... | | |
| 4. Você já ouviu falar em alimentos afrodisíacos?() Não () Sim. Quais?..... | | |
| 5. Você já ouviu falar em alimentos fortificantes?() Não () Sim. Quais?..... | | |
| 6. Você acredita que certos alimentos não podem ser consumidos por pessoas doentes?() Não () Sim. Quais?..... | | |
| 7. A sua religião proíbe o consumo de algum tipo de alimento ou bebida?() Não () Sim. Quais?..... | | |
| 8. Você acredita que mulheres grávidas não podem comer certos alimentos?() Não () Sim. Quais?..... | | |

Fonte: Dados gerados pela pesquisa, 2021.

Já o segundo questionário (Quadro 2) é puramente analítico e transteórico com a finalidade de se investigar fatores psicológicos que influenciam a alimentação das pessoas entrevistadas.

Quadro 2 - Questionário 2 - Modelo Transteórico.

| | | | |
|---|------------------|--|---|
| Sexo: ()Fem ()Masc | | Idade: | Data: |
| 1. Você considera sua alimentação “boa”/saudável? () Não () Sim | | | |
| 2. Você acha que precisa mudar alguma coisa em sua alimentação? () Não - acabe a entrevista aqui () Sim - continue o questionário(estágio: pré-contemplação) | | | |
| 3. Fale pelo menos uma mudança em sua alimentação que você considera que precisa ser feita: | | | |
| 4. Em quanto tempo você pretende fazer essa mudança? | | | |
| () 1 mês meses | () 2 a 3 | () não tem data definid a | () já realizou mudanças |
| acabe a entrevista aqui(estágio: preparação) | | acabe a entrevista aqui(estágio: contemplação) | continue o questionário (estágio: ação) |
| 5. Por quanto tempo você pretende manter suas mudanças na alimentação? | | | |
| () até mudar seu peso suasaúde/exames (estágio: ação, com risco de recaídas) | () até melhorar | | () pretende manter sempre (estágio: manutenção) |

Fonte: Dados gerados pela pesquisa, 2021.

A posteriori, os dados coletados foram analisados e avaliados para a construção dos resultados e considerações finais procurando estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática segundo Minayo (1996).

De acordo com o Parecer 196/96, que trata da pesquisa com seres humanos, foi esclarecido aos participantes que este trabalho segue as normas de ética em pesquisa, sendo priorizados os aspectos ligados ao sigilo da população que dela participou (HELMAN, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resposta ao questionário de sondagem pôde-se perceber que 90% dos participantes entrevistados acreditam piamente nas crendices existentes nos hábitos alimentares da população, como pode ser observado na tabela descrita abaixo (Tabela 1) e no gráfico 1 referente as estatísticas do questionario aplicado.

Tabela 1 - Resultado do questionário 1.

| Número de participantes | Respostas dicotômicas | Resposta Analítica |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| 100 | (10%) Não | Polarização alta |
| | (90%) Sim | Alta confiabilidade |

Fonte: Dados gerados pela pesquisa, 2021.

Gráfico 1 - Dados do Questionário 1



Fonte: Dados gerados pela pesquisa, 2021.

Com base nesses dados observa-se que muitas pessoas acabam confundindo ambos os conceitos de tabu e mito ou as vezes consideram ser a mesma coisa; sendo que cada termo tem sua diferenciação e seu significado, pois ao tratar sobre tabu nos remete situações proibidas. Quando se trata de mitos observa-se que estes estão muito direcionados à maneira de comportamento da sociedade, suas crenças e costumes de enfrentar uma determinada situação.

O questionário do tipo dicotômico é muito importante para uma abordagem rápida e objetiva, com grade facilidade de aplicação no processo e análise. Contudo também pode ser altamente polarizado, prejudicando a validação da metodologia.

Logo, a aplicabilidade do questionário 2, referente ao modelo transteórico serviu como prova real para aferir os fatores psicológicos que influenciam na alimentação das pessoas.

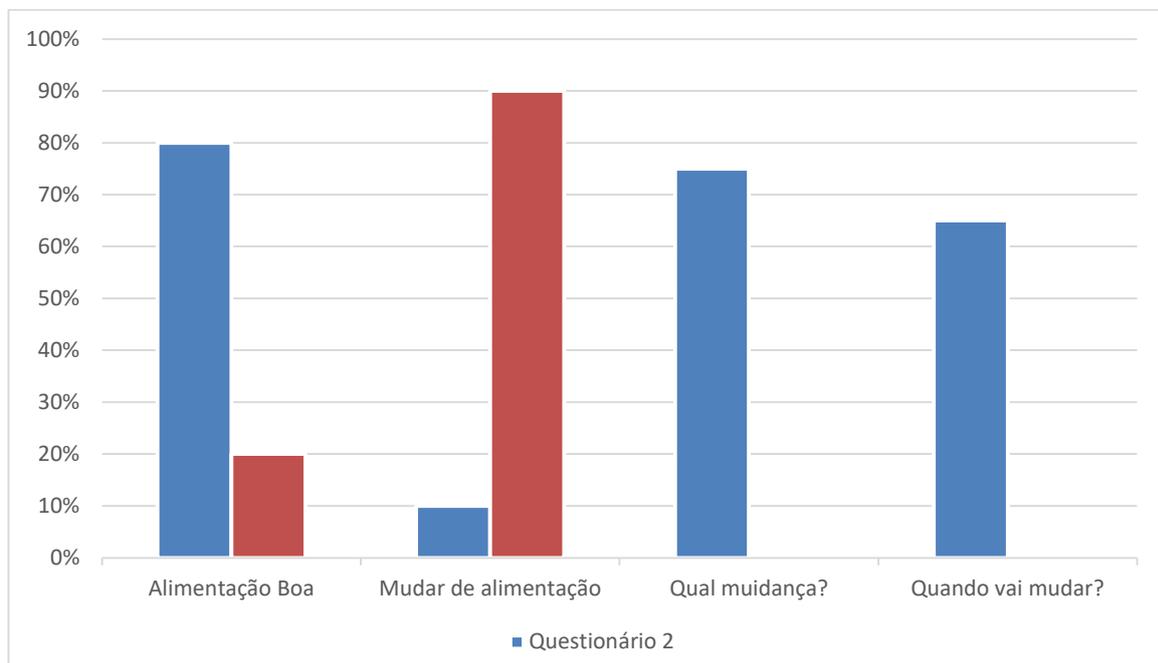
Por meio deste tipo de questionário verificou-se que 80 % dos entrevistados necessitam urgentemente de uma mudança em seu hábito alimentar, porém ainda não encontraram um parâmetro para iniciar essa mudança, como pode ser analisado na tabela 2 descrita a seguir, juntamente com seu respectivo gráfico estatístico.

Tabela 2 - Resultado do questionário 2.

| Parâmetros | Respostas | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------|
| 1) Alimentação boa | (80%) Não | (20%) Sim |
| 2) Mudar de alimentação | (10%) Não | (90%) Sim |
| 3) Qual mudança? | 75% substituir carne vermelha | |
| 4) Quando vai mudar? | 65% não tem data definida | |

Fonte: Dados gerados pela pesquisa, 2021.

Gráfico 2 - Dados do Questionário 2



Fonte: Dados gerados pela pesquisa, 2021.

Dentro do contexto da saúde ainda existe uma variedade de mitos que na maioria das vezes são passados de bisavós/mães/filhas e assim sucessivamente de geração em geração, isso de certa forma acaba influenciando no comportamento alimentar atual da população.

Segundo Eliade (2006) os saberes populares norteiam a história familiar, sendo que esses mitos e ritos foram utilizados pelas gerações passadas, visando a obtenção da cura de alguma patologia, mal-estar ou ferimentos, entre outras coisas.

A falta de informação faz com que muitos executem alguns mitos e ritos primários que acarretam influências diretamente ligadas ao cuidado de si e do outro. No entanto, outras pessoas podem conhecer esses saberes populares, porém não os praticam em seus contextos familiares, relatando, apenas, a eficácia desses mitos e ritos na história familiar (GAZZENELLI, 2005).

É importante salientar que muitas afirmações não são consideradas mitos propriamente ditos, mas sim concepções que podem influenciar negativamente a população, pois não apresentam validação científica.

No mundo científico, a ciência é o valor fundamental e a prática popular uma experiência primitiva, sem embasamento, ancorada na magia e em crenças supersticiosas.

A política de saúde reforça a cientificidade do conhecimento. Mas toda vez que se pergunta a razão da permanência dos saberes populares, a resposta os relega ao folclore, qualifica-os de resíduo, fragmento pouco relevante, próprio das pessoas simples. No entanto, acredita-se que olhar o fenômeno só na perspectiva do universo vivido anula sua riqueza e escamoteia suas múltiplas vertentes. Além disso, o problema não é opor-se à ciência, mas entender que, na pluralidade da sociedade, há distintas maneiras de respeitar o outro, diferentes modos de organizar o sensível.

Não se trata de conceder superioridade ou inferioridade a uma ou outra forma de conhecimento, porque são apenas modos diferentes de encarar e enfrentar a realidade (LUZ *et al.* 2007).

É importante ressaltarmos que os vários significados culturais sobre as doenças estão profundamente incorporados na sociedade brasileira. Desse modo, por meio dos resultados obtidos verifica-se que realmente ainda existe um grande tabu envolvendo essa temática da alimentação, o que proporciona um leque de variedades de estudos que podem servir como base para pesquisas mais completas sobre esse tema, bem como oferecer embasamento para questionamentos posteriores.

2 CONCLUSÃO

Por meio desta pesquisa pôde-se aferir que as crendices, mitos e tabus no comportamento alimentar das pessoas é piamente perceptível no dia a dia da sociedade como um todo, o que acaba influenciando até mesmo de forma negativa no quesito hábito alimentar.

Os mitos, tabus e crendices compreendem um embasamento de conhecimentos desenvolvido diversas culturas, sendo que são interpretados por muitos de maneira errônea, pois esses conhecimentos míticos não se baseiam diretamente em conhecimentos científicos.

Logo, nessa pesquisa observou-se a importância deste estudo não somente num olhar crítico, mas também no olhar analítico no que se refere ao comportamento alimentar da população e sua relação com o profissional da educação física, da nutrição e de outros segmentos que necessitam apresentar-se como parte desse processo no âmbito da saúde física, psicológica ou até mesmo espiritual, estando por dentro do que se diz a respeito das crendices, mitos e tabus na alimentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MINAYO, Maria, C. de S. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- STUART, Gail W.; Laraia, Michele, T. . Enfermagem Psiquiátrica, Princípios e Prática. 6ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.
- ELIADE, M. 2006. Mito e realidade. São Paulo: Editora Perspectiva. 6ª ed. 184p.
- GAMBOA, Silvio Sanchez. Pesquisa em Educação Física: as inter-relações necessárias. Rev. Motrivivência, Pesquisa em Educação Física - n. 5,6 e 7. Dez. 1994. p. 34-46.
- GAZZENELLI, M. F. 2005. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cadernos de Saúde Pública 21 (1): 200- 206.
- HELMAN, C. G. 2009. Cultura, saúde e doença. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 432 p.
- Leal, O. F. 1995. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. Porto Alegre: UFRGS, 174 p.
- LUZ, A. M. H.; Berni; N. I. O. & Selli, L. 2007. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. Revista Brasileira de Enfermagem 60 (16): 42-48.
- MARQUEA, E. A.; COTTA, R. M. M. & Priore, S. E. 2011. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Revista de Ciências & Saúde Coletiva 16 (5): 2461 - 2468.
- VERGARA, S. C. Projetos e relatórios de pesquisa em Administração. São Paulo: Atlas, 2004.



CAPÍTULO 15

INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

*EARLY INTERRUPTION OF BREASTFEEDING AND ITS
CONSEQUENCES*

Caroline de Oliveira Muniz
Half Adriel Simplício Araújo Macedo
Pâmela Ramos Batista
Valéria Bezerra Marques

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.15

RESUMO

Introdução: O leite materno é o alimento mais rico e completo, contribuindo na qualidade de vida materno-infantil. No entanto, apesar de campanhas de incentivo à prática da amamentação no Brasil, ainda é alta a prevalência da interrupção da amamentação antes do período preconizado pela OMS, podendo comprometer o desenvolvimento saudável da criança. **Objetivo:** Conhecer as consequências no desenvolvimento infantil em decorrência da interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Metodologia:** Revisão bibliográfica, desenvolvida a partir de materiais publicados em livros e artigos científicos das bases de dados LILASCS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde e Scielo (*Scientific Eletronic Library OnLine*)). **Resultados:** O desmame precoce pode causar atraso no crescimento e até mesmo morbimortalidade infantil, decorrentes de diarreia, levando à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, provocando alterações na postura e força dos órgãos fonoarticulatórios, prejudicando as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala. **Conclusão:** O aleitamento materno é vital, sendo desnecessário o oferecimento de outros alimentos à criança, haja visto que essa substituição pode comprometer o seu crescimento e desenvolvimento.

Palavras-chave: “Aleitamento Materno”; “Desmame Precoce”; “Consequências do desmame precoce”.

ABSTRACT

Introduction: Breast milk is the richest and most complete food, contributing to the quality of maternal and child life. However, despite campaigns to encourage the practice of breastfeeding in Brazil, the prevalence of breastfeeding interruption before the period recommended by the WHO is still high, which can compromise the healthy development of the child. **Objective:** To know the consequences on child development as a result of the interruption of exclusive breastfeeding. **Methodology:** Literature review, developed from materials published in books and scientific articles from LILASCS databases (Latin American and Caribbean Literature in Social and Health Sciences and Scielo (Scientific Electronic Library OnLine)) **Results:** Early weaning can cause growth delay and even child morbidity and mortality, resulting from diarrhea, leading to disruption of adequate oral motor development, causing changes in posture and strength of Organs phonoarticulatory organs, impairing the functions of chewing, swallowing, breathing and articulating speech sounds. **Conclusion:** Breastfeeding is vital, especially for children under 4 months,

and it is unnecessary to offer other foods to the child, as this substitution can compromise its growth and development.

Keywords: “Breastfeeding”; “Early weaning”; “Consequences of early weaning”.

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para com a criança e é, sem dúvida, a mais econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil, causando um grande impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe-filho. A amamentação envolve a nutrição, a interação e a repercussão no estado nutricional da criança, que fica imune de infecções, fortalecendo o seu desenvolvimento cognitivo e emocional, contribuindo ainda positivamente na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015).

No entanto, é comum a mãe deixar de amamentar seu filho antes do período recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e introduzir outros alimentos, principalmente massas e leites industrializados que podem comprometer o desenvolvimento saudável da criança. Apesar de campanhas de incentivo à prática da amamentação, ainda é alta a prevalência da interrupção da amamentação antes do período (BRASIL 2019). Este estudo foi elaborado com o intuito de responder ao seguinte questionamento: quais os riscos do desmame precoce para o desenvolvimento da criança?

O interesse em realizar esta pesquisa adveio da necessidade de incutir nas gestantes a importância do aleitamento materno, sendo um assunto de grande importância na área da saúde. A relevância do estudo se fortalece em benefício da comunidade acadêmica e da população de modo geral, sobretudo às gestantes e lactantes, contribuindo com informações subsidiadas para auxiliar no planejamento de intervenções pertinentes às mães, de maneira a reduzir e/ou evitar a situação de interrupção do aleitamento. Para os profissionais de saúde, a temática apresenta fundamentos científicos que contribuem para aprofundar os conhecimentos técnicos que auxiliarão na propagação e disseminação de informações no âmbito obstétrico e na assistência pré-natal.

O objetivo deste trabalho foi conhecer as consequências no desenvolvimento infantil em decorrência da interrupção do aleitamento materno exclusivo. Os objetivos específicos foram: apresentar as principais alterações mamárias durante a gestação e lactação; enfatizar o aleitamento materno e seus benefícios; ressaltar as consequências do desmame precoce.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A mama durante a gestação e lactação

Mamas são glândulas sudoríparas apócrinas modificadas da pele, consideradas órgãos acessórios do sistema reprodutor, sendo estruturas anexas à pele responsáveis pela produção de leite, situadas entre as camadas superficial e profunda da pele, estendendo-se entre a segunda e a sexta costelas e do esterno à linha axilar média (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2019).

As alterações da mama são divididas em quatro etapas, a saber: menstruação, gravidez, lactação e menopausa. No período da gestação, o estímulo de estrogênio e progesterona é máximo, devido à sua produção pela placenta, mas outros hormônios também se elevam na gestação, sem os quais não seria possível a lactação. São eles: prolactina, hormônios da tireóide, corticosteróides e lactogênio placentário. A plenitude funcional das mamas ocorre na amamentação, com a produção e saída do leite. A ejeção do leite, no momento das mamadas, é reflexo basicamente da contração das células mioepiteliais, que circundam os ácinos, estimuladas pela liberação de ocitocina, que é produzido na hipófise posterior ou neuro-hipófise (BRASIL, 2012).

De acordo com Erbert (2015), durante a gestação e amamentação, o peso da mama pode quadruplicar e o tamanho da auréola pode variar entre 15 a 100mm de diâmetro se tornando mais escura.

A mama durante a gestação é submetida à intensa ação hormonal para a função da amamentação. O estrogênio, a progesterona, prolactina, o lactogênio placentário, a ocitocina, os glicocorticóides, a insulina e os hormônios da tireoide influenciam algumas mudanças na glândula mamária da mulher, regulando a capacidade da resposta das glândulas mamárias na produção e secreção do leite materno, estando aptas para tais funções a partir do segundo trimestre da gestação e ao final da gravidez pode ser secretado até 30ml de colostro por dia (ERBERT, 2015).

Conforme Mariani Neto (2015), durante a gestação, são muitas as alterações hormonais, fazendo com que os ductos se proliferem rapidamente a partir da terceira semana, elevando o crescimento da árvore lóbulo-alveolar no primeiro trimestre. Já no segundo trimestre, a presença da prolactina leva ao amadurecimento completo a glândula mamária a partir do cortisol, insulina, hormônio de crescimento e fator de crescimento epidérmico. No terceiro trimestre, a vascularização se acentua para fornecer o substrato da lactogênese. Próximo do parto, a secreção de colostro

se inicia, fazendo com que os níveis de estrogênio e progesterona caiam abruptamente, estimulando a produção de proteínas lácteas específicas.

Holanda et al. (2016) ressaltam as alterações fisiológicas da mama durante o período gestacional:

- Primeiro trimestre: crescimento e proliferação ductal e do alvéolo-lobular. O tecido glandular se expande e se processa com a invasão do tecido adiposo, concomitantemente com o aumento da vascularização e do fluxo sanguíneo;
- Segundo trimestre: a progesterona induz a hiperplasia lobular, assim como a contínua involução do estroma fibrogorduroso. Apesar de o maior crescimento das mamas ocorrer até 22 semanas de gravidez, um crescimento considerável no último trimestre e no pós-parto pode ocorrer em algumas mulheres;
- Terceiro trimestre: os níveis elevados de estrogênio e progesterona se contrapõem à prolactina, inibindo a produção láctea plena, ocorrendo, todavia, produção de colostro nas células alveolares;
- Parto: com a diminuição do estrogênio e da progesterona, ocorre liberação constante de prolactina, por estímulo do fator liberador de prolactina no hipotálamo, ao mesmo tempo em que a estimulação física do mamilo pelo recém-nascido determina a liberação de ocitocina pela hipófise anterior, mantendo a lactação.

A lactação é um fenômeno complexo que leva em consideração alterações hormonais e mecanismos de adaptação; caso estas alterações não ocorram de forma adequada podem levar a doenças ou condições que são exclusivas às mulheres e que serão importantes e podem gerar consequências durante toda a vida (MESQUITA et al., 2016).

2.2 Aleitamento materno e seus benefícios

O leite humano é uma substância viva ativamente protetora e imunomoduladora, composto por 160 substâncias, representado por proteínas, gorduras, carboidratos e células. Também, contém células vivas (macrófagos e linfócitos) e uma grande variedade de fatores ativos biológicos (como IgA, lactoferrina, B12), além de hormônios (SILVA; SOARES; MACEDO, 2017).

De acordo com Devito (2018), o leite materno tem em sua composição todos os nutrientes necessários à criança nos seis primeiros meses de vida, sendo de fácil digestão, livre de impurezas e sempre na temperatura ideal para a criança, sendo econômico, promovendo melhor desenvolvimento físico e mental.

Brasil (2015) resalta que, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o aleitamento materno em:

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente lei-

te materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;

- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais;
- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos;
- Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo;
- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Segundo Leone; Sadeck (2012), os programas de promoção à saúde da criança têm enfatizado com bastante veemência a manutenção do aleitamento materno nos primeiros anos de vida e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estende esta manutenção até pelo menos os dois anos de idade, enquanto a Academia Americana de Pediatria recomenda-a, pelo menos, até o final do primeiro ano de vida.

No entanto, no Brasil, apesar das taxas de aleitamento materno exclusivo terem aumentado nos últimos anos, a média não ultrapassa 23 dias, principalmente entre a classe de baixa renda e apenas 6% das mulheres mantêm a amamentação exclusiva até o segundo mês do puerpério. No mundo, menos da metade das crianças com menos de quatro meses recebem leite materno como única fonte de alimentos e na América Latina, cerca de 20% são amamentadas exclusivamente com leite materno (ADAMS; RODRIGUES, 2011).

Conforme Gasparin et al. (2019), estima-se que a amamentação possa prevenir 823.000 mortes de crianças e 20.000 mortes por câncer de mama de mulheres a cada ano. Esse benefício fica mais evidente quando a amamentação ocorre já no primeiro dia de vida da criança, prática que pode evitar 16% dos óbitos neonatais ou 22%, se for realizada na primeira hora de vida, o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) há mais de 25 anos.

O leite materno é, sem dúvida a forma de alimentação mais antiga e eficiente da espécie humana, contribuindo positivamente na qualidade de vida materno-infantil, pois, através dele, a criança e a mãe podem se beneficiar da prevenção de doenças, aumento da imunidade, crescimento saudável e outros, sendo por isso, tão importante que o aleitamento seja continuado pelo menos até o segundo ano de vida da criança (MARINHO; ANDRADE; ABRAÃO, 2015).

A amamentação traz benefícios nutricionais e imunológicos que faz com que o leite materno sejam o melhor e mais completo alimento para a criança até os 2 anos de idade, contribuindo demais para o adequado crescimento e desenvolvimento p[er] pondero-estatural de crianças por ser uma ótima fonte de nutrientes essenciais, além de ser um método eficaz de prevenção de doenças infecciosas, agudas e crônico-degenerativas na infância, perdurando por toda a vida adulta (SILVA et al., 2013).

Para Lopes (2016), o ato de amamentação propicia o contato físico entre mãe e bebê, através do carinho, do cheiro, do aconchego, da voz, passando conforto e segurança ao lactente, atendendo suas necessidades e adaptando-o à vida extrauterina.

De acordo com Souza; Araújo; Teixeira; Mota (2016), a melhor maneira de prover o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos é através do aleitamento materno que possui vantagens tanto para a mãe quanto para o lactente. É completo por conter nutrientes e enzimas balanceados, sendo de fácil absorção que confere proteção imunológica. Para a mãe, a amamentação auxilia na involução uterina, retarda a volta da fertilidade, reduz a probabilidade de ocorrência de câncer mamário e ovariano e fortalece a relação no binômio mãe/filho.

Soares; Machado (2012) ressaltam que, o colostro materno possui propriedades anti-infecciosas devido aos seus componentes solúveis e celulares, prevenindo doenças ao longo da vida como doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerativa, diabetes *mellitus* e linfoma, além de alergias alimentares.

Estima-se que dois copos (500 mL) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas (BRASIL, 2015, p.15).

Para Brasil (2015), o leite humano é composto de fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo e atua contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas, porém, o leite materno também possui anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido que favorecem o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, que acidifica as fezes e dificulta a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*.

A adequada disponibilidade de nutrientes contidos no leite materno ajuda na maturidade fisiológica do lactente, evitando diarreias e constipações, além disso, serve como fator de proteção contra as doenças, os quais o tornam alimento ideal, capaz de satisfazer as necessidades nutricionais, em especial nos dois primeiros anos de vida (MARGOTTI; MARTTIELLO, 2016).

Conforme Santos et al., (2018), a implementação de ações de proteção e promoção do aleitamento materno exclusivo e da adequada alimentação complementar tem resultado em aumento dessa prática. Contudo, o comportamento da amamentação exclusiva nas regiões brasileiras mostra-se heterogêneo, com maior prevalência na região Norte (45,9%) e menor na região Nordeste (37,0%). Os benefícios da amamentação são inegáveis para o crescimento e desenvolvimento das crianças do ponto de vista biopsicossocial e para a saúde da mulher-mãe, sendo um ato essencial para o ser humano.

Dessa maneira, o enfermeiro, por conhecimento técnico e científico, deve ter a sensibilidade para o incentivo ao aleitamento materno, visando o estabelecimento de um padrão para a alimentação do lactente, com intervenções que enfoquem os benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para o binômio mãe-filho, embasados em justificativas científicas (AMARAL et al., 2015).

Para Batista; Farias; Melo (2013), é por meio da atuação do enfermeiro na promoção e incentivo ao aleitamento materno que as mães são instruídas a cuidar e entender o filho, tornando-se essas em agentes multiplicadoras de saúde em âmbito individual, familiar, social e ecológico. Dentre as atribuições do enfermeiro no processo de promoção, incentivo e apoio ao aleitamento, destaca-se o acolhimento, a comunicação e o processo educativo em saúde, como ferramentas utilizadas na intenção de promover o estímulo e a adesão das mães à amamentação.

2.3 Consequências do desmame precoce

O desmame é o processo na qual se introduz, progressivamente, a dieta habitual da família para completar ou substituir o leite materno. Observa-se que a ausência de amamentação ou sua interrupção precoce e a introdução de outros tipos de alimentos na dieta da criança têm sido frequentes (SILVA; SOARES; MACEDO, 2017).

Para Brasil (2015), o início da alimentação complementar antes do período preconizado pelo Ministério da Saúde pode causar prejuízos e desvantagens à saúde da criança, pois está associada a:

- Episódios de diarreia frequentes;
- Maior número de hospitalizações por doença respiratória;
- Elevação dos riscos de desnutrição;
- Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno;
- Menor eficácia da amamentação como método anticoncepcional;
- Menor duração do aleitamento materno.

De acordo com Margotti; Marttielo (2016), é desnecessário oferecer alimentos à criança menores de 4 meses de idade que não o leite materno, haja visto que essa substituição pode comprometer o seu crescimento e desenvolvimento.

Para Souza; Araújo; Teixeira; Mota (2016), crianças que consomem alimentos carentes de nutrientes, inadequados ou contaminados, têm maiores chances de desenvolver problemas como desnutrição, atraso no crescimento e até mesmo morbimortalidade infantil, decorrentes de diarreia.

Com o desmame precoce a postura de lábios entreabertos torna-se mais comum, favorecendo a respiração oral, causando, assim, problemas respiratórios. A falta do colostro favorece a perda da proteção contra as gastroenterites e infecções respiratórias. O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, provocando alterações na postura e força dos órgãos fonoarticulatórios (lábios, língua, mandíbula, maxila, bochechas, palato mole, palato duro, soalho da boca, musculatura oral e arcadas dentárias), prejudicando as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala (SILVA; SOARES; MACEDO, 2017).

A desnutrição é responsável direta ou indiretamente por cerca de 60% das mortes anuais entre crianças abaixo de cinco anos, e acredita-se que pelo menos 13% desses óbitos poderiam ser evitados com a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida (ADAMS; RODRIGUES, 2011).

Brandão et al. (2016) afirmam que, os fatores relacionados ao desmame precoce estão substancialmente relacionados às questões culturais, socioeconômicas e psicossociais, caracterizando-se como aspectos complexos.

As baixas taxas de aleitamento materno podem ser atreladas a fatores como: desconhecimento da importância do aleitamento materno tanto para a saúde da criança quanto da mãe, práticas e crenças culturais, substituição inadequada do leite materno, falta de confiança da mãe na capacidade de amamentar e práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde (MARINHO; ANDRADE; ABRAÃO, 2015).

Alves (2014) ressalta que, durante o puerpério, a mulher experencia um novo ciclo da vida, sendo um período de adaptação à nova realidade, trazendo, insegurança, preocupação, dúvidas e até mesmo o medo de fracassar como mãe, os quais influenciam diretamente no aleitamento materno, podendo até mesmo ser um obstáculo para essa prática.

Segundo Brasil (2015), as prevalências de aleitamento materno no Brasil ainda estão bastante aquém das recomendadas, e o profissional de saúde tem papel fundamental na reversão desse quadro a partir de olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. É necessário que busque formas de interagir com a população para informa-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno, estando preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado com base no método de pesquisa bibliográfica, desenvolvido a partir de materiais publicados em livros e artigos científicos, através de consultas às bases de dados LILASCS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde e Scielo (*Scientific Eletronic Library OnLine*) que serviram como instrumentos para a coleta de informações, a partir dos seguintes descritores: aleitamento materno; desmame precoce; consequências do desmame precoce.

A seleção dos artigos foi realizada a partir de leitura criteriosa, sendo selecionados aqueles que atendessem aos critérios de inclusão definidos no estudo, tais como: Publicações que respondessem à questão do estudo, publicados na íntegra, no período de 2011 a 2021, no idioma português.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento motor-oral ocorre nos primeiros meses de vida do bebê. Quando o bebê mama, ele ao mesmo tempo em que suga o leite, também desenvolve de forma adequada as funções exercidas pela mandíbula, maxilar, língua, lábios, bochechas, soalho da boca, palato duro e mole, e arcadas dentárias, que são órgãos fonoarticulatórios. Se a criança mamar de forma correta pelo tempo recomendado, ela terá o desenvolvimento motor-oral desenvolvido adequadamente, com as funções sendo desenvolvidas corretamente. Porém, quando a amamentação é interrompida precocemente, o desenvolvimento motor-oral da criança poderá ser

interrompido, tornando-se inadequado (SILVA; SOARES; MACEDO, 2017; FRANÇA, COSTA, 2017).

Já foi definido que o leite materno protege as crianças de diarreias, e o contrário acontece quando elas não recebem leite materno. Para Margotti e Marttiello (2016); Souza, Araújo, Teixeira e Mota (2016) foi demonstrado que o desmame foi associado ao aumento de diarreia em crianças. Os bebês que tiveram a amamentação interrompida alcançaram um risco de 4,3 vezes mais elevado de diarreia aos 4 e 5 meses de idade, risco 2,1 vezes maior aos 5 meses, e 2,1 vezes mais elevado aos 6 meses, quando comparados as crianças que ainda estavam sendo amamentadas.

O estudo de Fawzy et al. (2011) identificou altas taxas de hospitalização por diarreia em todos os estratos etários. O desmame foi relacionado a um a elevação de 3 vezes nas taxas de hospitalizações ou morte associadas à diarreia. A prática do desmame precoce resulta também em maiores taxas de propensão a alergias alimentares.

As mães tendem a acreditar que o leite de vaca é melhor que o seu próprio leite, e acabam introduzindo-o muito cedo. Esse fator tem relação com o aparecimento de alergias alimentares. A introdução precoce de alimentos antes dos seis meses do bebê também se associa com a maior incidência de alergias alimentares. Essa associação é devida ao sistema digestivo e imunológico da criança serem ainda imaturos antes de completarem os seis meses de idade (JOSÉ et al., 2017).

5 CONCLUSÃO

O aleitamento materno é o mais nutritivo e adequado alimento para a criança até os seis primeiros meses de vida, por ser rico em vitaminas, proteínas, carboidratos, gorduras, sais minerais e água que são essenciais para o crescimento e desenvolvimento infantil, sendo considerada a estratégia que mais previne a morbimortalidade infantil além de promover a saúde física e psíquica do lactente e da mulher que amamenta.

O aleitamento materno é vital principalmente para crianças menores de 4 meses, sendo desnecessário o oferecimento de outros alimentos à criança, haja visto que essa substituição pode comprometer o seu crescimento e desenvolvimento. Além disso, o aleitamento materno pode evitar anualmente 720 mortes de crianças menores de um ano. No entanto, ainda são altos os índices de desmame precoce, isso se deve principalmente às questões culturais, socioeconômicas e psicossociais,

caracterizando-se como aspectos complexos, relacionados ao trabalho materno fora de casa, o atendimento puerperal efetuado no serviço privado e primariedade.

As consequências do desmame precoce, para a criança, constituem uma lista extensa que vai desde a vulnerabilidade a doenças até déficits de habilidades necessárias ao desenvolvimento e crescimento. Além de apresentarem maiores riscos de desenvolver episódios de diarreia frequentes, patologias respiratórias, desnutrição, menor absorção de nutrientes importantes do leite materno.

Por ser o aleitamento um ato cultural, social, aprendido e uma prática complexa, o profissional de saúde é de extrema importância, realizando diferentes intervenções em todo ciclo gravídico-puerperal, apoiando e instruindo a mãe que deseja amamentar, realizando pré-natal adequado, puericultura cuidadosa, promover campanhas de incentivo a amamentação e formação de grupo de gestantes. Nesse sentido, o enfermeiro desenvolve papel muito importante para o incentivo à prática do aleitamento materno, sendo o disseminador de informações devido ao seu conhecimento técnico-científico embasado na prática profissional.

REFERÊNCIAS

ADAMS, F.; RODRIGUES, F.C.P. Promoção e apoio ao aleitamento materno: um desafio para enfermagem. **Vivências**. vol.6, n.9: p.162-166, maio, 2011.

ALVES, E.A. **Fatores determinantes do desmame precoce**: um estudo de revisão bibliográfica. [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

AMARAL, L.J.X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Rev Gaúcha Enferm**. 36(esp): 127-34, 2015.

BATISTA, K.R.A.; FARIAS, M.C.; MELO, W.S.N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em debate**. 37(96):130-8, 2013.

BRANDÃO, A.P.M. et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce. **Revista Científica FacMais**, v.5, n. 1, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - (Conprev) **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

DEVITO, L.F.A.D. **Promoção e incentivo ao aleitamento materno**: orientações para equipes de saúde da família. Bebedouro (SP): Universidade de Minas Gerais, 2018.

ERBERT, I. **Percepção de profissionais de saúde quanto a recomendação da técnica de amamentação**: oferta de uma ou duas mamas por mamada. Monografia Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2015.

FAWZY, A. et al. Early weaning increases diarrhea morbidity and mortality among uninfected children born to HIV - infected mothers in Zambia. **The Journal of Infectious Diseases**, 2011; 203(9): 1222-1230.

FRANÇA, D.N.; COSTA, M.A.A. **Relação entre a amamentação e o desenvolvimento da musculatura orofacial**. Dissertação (Graduação em Odontologia). Universidade Tiradentes, Aracaju, 2017; 14 p.

GASPARIN, V.A. et al. Binômios atendidos por consultores em amamentação e a interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês. **Rev Esc Enferm USP**. 53:e03422, 2019.

HOLANDA, A.A.R. et al. Achados ultrassonográficos das alterações fisiológicas e doenças mamárias mais frequentes durante a gravidez e lactação. **Radiol Bras. Nov/Dez;49(6):389-396**, 2016.

JOSÉ, D.K.B. et al. Relação entre desmame precoce e alergias alimentares. **Visão Acadêmica**, 2017; 17(3): 66-7.

LEONE, C.R.; SADECK, L.S.R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Rev Paul Pediatr**, 30(1):21-26, 2012.

LOPES, L.M. **Desmame precoce**. Monografia Universidade do Estado do RJ. Rio de Janeiro, 2016.

MARGOTTI, E.; MATTIELLO, R. Fatores de risco par o desmame precoce. **Rev Rene**. 17(4):537-44, jul.-ago., 2016.

MARIANI NETO, C. **Manual de aleitamento materno**. 3 ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

MARINHO, M.S.; ANDRADE, E.N.; ABRÃO, A.C.F.V. A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.4, n. 2, p. 189-198, 2015.

MESQUITA, A.L. et al. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. **Rev. Cient. Sena Aires**. 5(2): 158-70, 2016.

ÓRFÃO, A.; GOUVEIA, C. Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. **Rev Port Clin Geral**. 25:347-54, 2019.

SANTOS, P.V. et al. Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** 2018.

SILVA, D.P.; SOARES, P.; MACEDO, M.V. Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce. **Revista Unimontes Científica. Montes Claros, v. 19, n.2 - jul./dez. 2017.**

SILVA, J. D. et al. Benefícios provenientes do aleitamento materno exclusivo. **Revista Uningá, v.16, n.2, p.13-18, 2013.**

SOARES, R. C. S.; MACHADO, J. P. Imunidade conferida pelo leite materno. **Revista Científica Univiçosa, v. 3, n. 1, p. 205-210, 2012.**

SOUZA, S.A.; ARAÚJO, R.T.; TEIXEIRA, J.R.B.; MOTA, T.N. Fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Rev enferm UFPE, Recife, 10(10): 3806-13, out., 2016.**

CAPÍTULO 16

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA DOENÇA CELÍACA

ORAL MANIFESTATIONS OF CELIAC DISEASE

Nívia Castro Binda¹
Ana Luiza Castro Binda²
Matheus Dilson Rocha Inoue³
Nívia Delamoniky Lima Fernandes⁴
Jefferson Douglas Lima Fernandes⁵
Anne Caroline Silva Freire de Sá⁶
Jamille de Souza Castro⁷
Amanda Gonçalves Franco⁸
Harysson Costa Melo⁹
Jaqueline Lopes Reis¹⁰
Marcieli Borba do Nascimento¹¹

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.16

1 Universidade Federal do Espírito Santo, nivia_sgp@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0409-4265>
2 Cirurgiã-Dentista - ES, aninha_binda@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6664-2538>
3 Faculdade Pitágoras, mmatheusdilson@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9987-0206>
4 Centro Universitário Inta, delamonikynivia@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8439-2117>
5 Federal University of Ceará Campus Sobral, jefferson.odonto97@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5231-3813>
6 Centro Universitário Tabosa de Almeida, annecarolinefreiree@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3860-1373>
7 Universitário Alfredo Nasser, Castrosjamille@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3257-8651>
8 Universidade de Itaúna, amandagfranco38@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0983-7539>
9 Universidade de Fortaleza, haryssoncoslo@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7427-7975>
10 Universidade de Rio Verde, jaquelreis@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1685-0336>
11 Universidade Estadual do Centro-Oeste, marcieli_bn@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8087-0801>

RESUMO

Esse estudo objetivou revisar a literatura acerca das manifestações orais decorrentes da Doença de Celíaca (DC), aprofundando os conhecimentos do cirurgião dentista para proporcionar, assim, um melhor atendimento ao paciente portador da DC. Como procedimentos metodológicos, adota-se revisão bibliográfica utilizando as bases de dados SciVerse Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), U.S. National Library of Medicine (PUBMED) e ScienceDirect, com auxílio do gerenciador de referências Mendeley. As principais manifestações orais e complicações relacionadas ao quadro de doença celíaca incluem hipoplasia do esmalte, ulcerações aftosas recorrentes, cárie dentária, glossite atrófica e líquen plano. As manifestações orais da Doença de Celíaca podem prejudicar a qualidade de vida do paciente que apresentam queixas de desconforto proveniente dessas lesões. Portanto, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde estejam familiarizados com essas desordens, uma vez que as lesões orais podem servir como indicadores fundamentais no diagnóstico precoce da doença.

Palavras-chave: Doença Celíaca. Lesões orais. Manifestações orais.

ABSTRACT

This study aimed to review the literature on oral manifestations resulting from Celiac Disease (CD), deepening the knowledge of the dentist to provide, thus, better care for patients with CD. As methodological procedures, a bibliographic review was adopted using the SciVerse Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), U.S. National Library of Medicine (PUBMED) and ScienceDirect databases, with the assistance of the Mendeley reference manager. The main oral manifestations and complications related to celiac disease include enamel hypoplasia, recurrent aphthous ulcerations, tooth decay, atrophic glossitis and lichen planus. Oral manifestations of Celiac Disease can impair the quality of life of patients who complain of discomfort from these lesions. Therefore, it is essential that health professionals are familiar with these disorders, since oral lesions can serve as fundamental indicators in the early diagnosis of the disease.

Keywords: Celiac Disease. Oral injuries. Oral manifestations.

1 INTRODUÇÃO

A doença celíaca (DC) é uma doença autoimune que afeta o epitélio e a lâmina própria do intestino delgado, em indivíduos geneticamente susceptíveis e intoleráveis ao glúten, componente proteico do trigo, centeio e cevada. Indivíduos portado-

res da DC, há quantidade significativa de peptídeos de gliadina que não são degradadas, provocando uma resposta imune exacerbada. As partículas de glúten, após a ingestão por esses pacientes, sofrem ação da enzima transglutaminase tecidual, o que aumenta o potencial imunogênico, resultando em destruição das vilosidades intestinais (CRUZ, 2016; CRUZ et al., 2018; PAUL; BASUDE, 2013).

A DC é subclassificada em doença sintomática, que inclui manifestações gastrointestinais e extraintestinais, e doença subclínica, que se refere a casos que não apresentam sinais e sintomas para desencadear a suspeita clínica da doença. Quando a doença celíaca sintomática está presente, há outras duas subclassificações: doença celíaca clássica e não clássica. A DC clássica geralmente ocorre no início da vida e apresenta sinais e sintomas de má absorção, com ocorrência de diarreia, esteatorreia, perda de peso ou falha no crescimento. Já a DC não clássica é caracterizada por pouco ou nenhum sintoma gastrointestinal e por manifestações extraintestinais, como dermatite herpetiforme, anemia ferropriva, baixa estatura, hepatite criptogênica, osteoporose e ataxia (ALAMOUDI et al., 2020; CRUZ et al., 2018; LUÍS, 2016; PAUL et al., 2015)

A forma na qual a doença se manifesta varia de acordo com o sexo e idade, sendo as mulheres tipicamente diagnosticadas em idades mais jovens e com maiores recorrências de constipação, distensão abdominal e anemia por deficiência de ferro. Com relação a prevalência, a DC afeta aproximadamente de 1 a 2% e pode chegar a 20% em grupos de alto risco. Ocorre, frequentemente, em pacientes pediátricos com idade inferior a três anos, com manifestação de algumas semanas após a introdução do glúten na dieta (I; II, 2020) (ALAMOUDI et al., 2020; CRUZ et al., 2018; LUÍS, 2016; PAUL et al., 2015).

Assim, esse estudo objetivou revisar a literatura acerca das manifestações orais decorrentes da Doença de Celíaca, aprofundando os conhecimentos do cirurgião dentista para proporcionar, assim, um melhor atendimento ao paciente portador da DC.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A fim de que haja direcionamento na pesquisa delineou-se como questão norteadora: “quais são as manifestações orais da doença Celíaca?”

Para a construção deste artigo foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciVerse Scopus, Scientific Electronic Library Online (Scielo), U.S.

National Library of Medicine (PUBMED) e ScienceDirect, com auxílio do gerenciador de referências Mendeley. Os artigos foram contemplados entre os anos de 2010 a 2021.

A estratégia de pesquisa desenvolvida para identificar os artigos incluídos e avaliados para este estudo baseou-se nos descritores contidos na lista dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações no idioma português e inglês: [(Doença Celíaca OR Celiac Disease) AND (Boca OR Mouth OR Lesões orais OR Oral Injuries)].

2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Considerou-se como critério de inclusão os artigos completos disponíveis na íntegra nas bases de dados citadas, nos idiomas inglês e português e relacionados com o objetivo deste estudo.

Os critérios de exclusão foram artigos incompletos, duplicados, resenhas, estudos *in vitro* e resumos.

2.3 Seleção de estudos

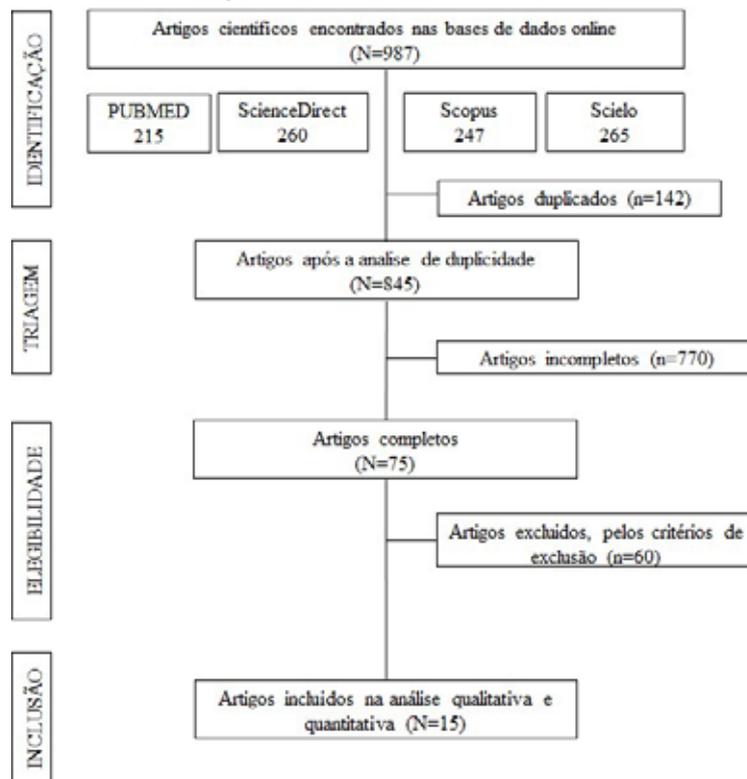
A estratégia de pesquisa baseou-se na leitura dos títulos para encontrar estudos que investigassem a temática da pesquisa. Caso atingisse esse primeiro objetivo, posteriormente, os resumos eram lidos e, persistindo na inclusão, era feita a leitura do artigo completo. Quando havia dúvida sobre a inclusão, o artigo era lido por outro autor e, a decisão de inclusão ou exclusão era tomada em consenso.

2.4 Coleta de dados

Na sequência metodológica foi realizada a busca e leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados, os quais foram analisados para inclusão da amostra.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base na revisão de literatura feita nas bases de dados eletrônicas citadas, foram identificados 987 artigos científicos, dos quais 142 estavam duplicados com dois ou mais índices. Após a leitura e análise do título e resumos dos demais artigos outros 770 foram excluídos. Assim, 75 artigos foram lidos na íntegra e, com base nos critérios de inclusão e exclusão, apenas 15 artigos foram selecionados para compor este estudo. O fluxograma com detalhamento de todas as etapas de seleção está na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos estudos

Fonte: Autoria própria, 2021.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As manifestações orais decorrentes da doença celíaca são comuns, seja na infância ou no período adulto. Nesse sentido, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde, sobretudo o cirurgião-dentista, esteja apto a reconhecerem essas lesões para um diagnóstico e tratamento correto, colaborando com a qualidade de vida desses pacientes (CRUZ, 2016; LUÍS, 2016; NASCIMENTO; BARBOSA; TAKEITI, 2012).

As principais manifestações orais e complicações relacionadas ao quadro de doença celíaca incluem hipoplasia do esmalte, ulcerações aftosas recorrentes, cárie dentária, glossite atrófica e líquen plano (CRUZ et al., 2018; PAUL et al., 2015)

3.1 Hipoplasia do esmalte

A hipoplasia do esmalte é definida como formação incompleta ou defeituosa da matriz orgânica do esmalte, resultando em deficiências e irregularidades da superfície do tecido dentário (CASTRO, 2018; NEVILLE, 2009; SÓÑORA et al., 2016).

A formação do esmalte dentário ocorre através do processo chamado amelo-gênese, na qual há a deposição da matriz proteica e, posteriormente, sua minerali-

zação. Quando distúrbios sistêmicos, como a doença celíaca, afetam a deposição, temos a hipoplasia do esmalte (CRUZ et al., 2018; MCCARVILLE; CAMINERO; VERDU, 2015; NEVILLE, 2009; SÓÑORA et al., 2016). A tabela 1 retrata o sistema de classificação (do grau I ao grau IV) em relação a gravidade das lesões do esmalte relacionadas a doença celíaca, desde opacidade simples até defeitos estruturais graves.

Tabela 1 - Classificação dos defeitos de esmalte dentário relacionados a doença celíaca

| Grau | Defeito do esmalte Dentário |
|-------------|--|
| I | Defeito na cor do esmalte. Opacidades amarelas ou marrons com margens bem definidas ou difusas; uma parte ou toda a superfície do dente está sem esmalte. |
| II | Defeitos estruturais ligeiros. A superfície do esmalte é rugosa, cheia de ranhuras horizontais ou buracos superficiais; podem surgir opacidades e descolorações ligeiras; uma parte ou toda a superfície do dente é sem esmalte. |
| III | Defeitos estruturais evidentes. Uma parte ou toda a superfície de esmalte áspero e em fila com ranhuras horizontais profundas que variam em largura ou têm grandes fissuras verticais; grandes opacidades de diferentes cores ou forte descoloração podem estar em combinação. |
| IV | Defeitos estruturais graves. A forma do dente mudou: arestas incisais são irregulares e rugosas; o desgaste do esmalte é facilmente detectável e as margens das lesões são bem definidas; a lesão pode estar fortemente descolorida. |

Fonte: Traduzido de PASTORE et al. (2008)

De acordo com PASTORE (2008), a maioria dos estudos controlados revelam maior prevalência da hipoplasia do esmalte em pacientes portadores da DC, em comparação com pacientes não celíacos, o que infere a importância e relevância dessas lesões para o diagnóstico da doença, especialmente em casos assintomáticos, uma vez que a má absorção pode ser fator contribuinte na indução de uma forma defeituosa do esmalte.

3.2 Ulceração aftosa recorrente

Apresenta-se como a patologia de maior recorrência da cavidade oral e possui diversos fatores etiológicos, como trauma, alergias, predisposição genética, anormalidades hematológicas, influências hormonais, fatores imunológicos, agentes infecciosos, deficiência nutricional e estresse (NASCIMENTO; BARBOSA; TAKEITI, 2012; NEVILLE, 2009).

As ulcerações acometem predominantemente crianças e adultos jovens. Clinicamente apresenta-se com episódios recorrentes de múltiplas ulcerações na mucosa oral superficial, de formato oval ou arredondadas, com margens circunscritas e circundadas por um halo eritematoso (Figura 2). Habitualmente apresentam sintomatologia dolorosa e podem prejudicar atividades diárias do paciente, como fala e alimentação (NEVILLE, 2009; TAN et al., 2016).

Figura 2 - Ulceração aftosa



Fonte: NEVILLE (2009, p. 334)

3.3 Cárie dentária

Por definição, a cárie dentária consiste em uma doença multifatorial e dependente da dieta que resulta na desmineralização da superfície dentária (CASTRO, 2018; LUÍS, 2016).

Uma pesquisa revelou que a cárie dentária é encontrada tanto na dentição decídua quanto na dentição permanente em maior frequência em pacientes portadores da doença celíaca, quando comparados ao grupo controle. Entretanto, os autores afirmam que esta não é considerada uma manifestação da doença celíaca, mas sim uma consequência das condições causadas pela doença, como a hipoplasia do esmalte, bem como alterações da secreção salivar (LUÍS, 2016; MACHO et al., 2020; PAUL et al., 2016).

3.4 Glossite Atrófica

Condição patológica causada pela atrofia das papilas da língua em associação a um quadro de inflamação local e podem indicar algum distúrbio sistêmico. As manifestações na língua provenientes de alterações sistêmicas envolvem glossite romboide mediana, glossite atrófica, língua fissurada, língua geográfica, enquanto as manifestações de doenças locais são papilomas, língua pilosa, leucoplasia e possível evolução maligna das mesmas (LUÍS, 2016; TOSUN et al., 2012).

A glossite atrófica está presente em grande parte dos pacientes celíacos, devido à presença de má nutrição, sendo esse um dos sinais clínicos resultantes de distúrbios alimentares (BIÇAK et al., 2018; CRUZ, 2016; LUÍS, 2016).

Por ser o sinal clínico de diversas alterações sistêmicas, definir a etiologia da glossite é desafiante, tornando necessário a correta avaliação antes de um diagnóstico definitivo. Também por esse motivo, muitas vezes, a etiologia não é estabelecida até que haja outras manifestações para se concluir o diagnóstico (CHENG et al., 2010; LUÍS, 2016; SAHIN, 2021).

3.5 Líquen Plano

O líquen plano (LP) é uma patologia dermatológica que, com alta recorrência, afeta a mucosa oral. Sua etiologia permanece desconhecida, porém alguns fatores têm sido associados, como ansiedade, diabetes, doenças autoimunes, doenças intestinais, uso de drogas e estresse (BAKHTIARI et al., 2017; MORTAZAVI et al., 2019; NEVILLE, 2009).

O líquen plano bucal (LPB) possui suas subclassificações: forma reticular, erosiva e forma bolhosa. A forma reticular não possui sintomatologia dolorosa e manifesta-se na região posterior da mucosa jugal, bilateralmente, borda lateral e dorso da língua, na gengiva, no palato, e no vermelhão labial. Apresenta-se como estrias brancas entrelaçadas, chamadas de estrias de *Wickam* (BAKHTIARI et al., 2017; MORTAZAVI et al., 2019; NEVILLE, 2009).

A segunda forma, em contrapartida, é caracterizada pela presença de sintomatologia devido a áreas eritematosas atróficas, com graus variáveis de ulceração central, presente em sua manifestação. Já o líquen plano bolhoso ocorre com a evolução da forma erosiva, na qual há separação entre o epitélio e o tecido conjuntivo subjacente, resultando na apresentação relativamente rara do líquen plano bolhoso (MORTAZAVI et al., 2019; NEVILLE, 2009; SCULLY; PORTER, 2000). A tabela 3

descreve a classificação do LPB de acordo com suas características clínicas e sintomatologia.

Tabela 3 - Classificação do Líquen Plano Bucal

| Tipo | Considerações | | |
|-----------------|---|--|--|
| | clínicas | Sítio de acometimento | Sintomatologia |
| Forma Reticular | Linhas brancas entrelaçadas (estrias de Wickham), envoltas por uma borda eritematosa. | Região posterior da mucosa jugal bilateralmente. Podendo acometer, concomitantemente, a borda lateral e o dorso da língua, gengiva, palato, e o mais vermelho do lábio | Assintomático |
| Forma Erosiva | Áreas atróficas e eritematosas envoltas por estrias irradiadas, com graus variáveis de ulceração central | Qualquer região da mucosa oral. | Dor ou queimação no local |
| Forma Bolhosa | Se a lesão for muito grave, poderá haver a separação do epitélio e o tecido conjuntivo, gerando a forma bolhosa | Mucosa jugal nas regiões posterior e inferior dos 2º e 3º molares. | Dor no local, principalmente quando há rompimento das bolhas |

Fonte: Binda et al. 2021.

4 CONCLUSÃO

As manifestações orais da Doença de Celíaca podem prejudicar a qualidade de vida do paciente que apresentam queixas de desconforto proveniente dessas lesões. Portanto, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde estejam familiarizados com essas desordens, uma vez que as lesões orais podem servir como indicadores fundamentais no diagnóstico precoce da doença.

REFERÊNCIAS

- ALAMOUDI, N. M. et al. Dental maturity in children with celiac disease: a case-control study. **BMC oral health**, v. 20, n. 1, p. 311, nov. 2020.
- BAKHTIARI, S. et al. Comparing clinical effects of photodynamic therapy as a novel method with topical corticosteroid for treatment of Oral Lichen Planus. **Photo-diagnosis and photodynamic therapy**, v. 20, p. 159-164, dez. 2017.
- BIÇAK, D. A. et al. Clinical evaluation of dental enamel defects and oral findings in coeliac children. **European oral research**, v. 52, n. 3, p. 150-156, set. 2018.
- BINDA, N. C. et al. **Lesões potencialmente malignas da região bucomaxilofacial- Research, Society and Development**, 2021.
- CASTRO, A. M. DE. A relação da doença celíaca e a hipoplasia do esmalte dentário. 2018.
- CHENG, J. et al. The association between celiac disease, dental enamel defects, and aphthous ulcers in a United States cohort. **Journal of clinical gastroenterology**, v. 44, n. 3, p. 191-194, mar. 2010.
- CRUZ, I. T. S. A. DA. Manifestações orais em pacientes com doença Celíaca. 2016.
- CRUZ, I.-T.-S.-A. et al. Dental and oral manifestations of celiac disease. **Medicina oral, patologia oral y cirurgia bucal**, v. 23, n. 6, p. e639-e645, nov. 2018.
- I, L. A.; II, I. D. S. SARTORI, Luiz Antonio. p. 21-26, 2020.
- LUÍS, S. M. Alterações orais da doença Celíaca. **Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz**, p. 1-7, 2016.
- MACHO, V. M. P. et al. The difference in symmetry of the enamel defects in celiac disease versus non-celiac pediatric population. **Journal of dental sciences**, v. 15, n. 3, p. 345-350, set. 2020.
- MCCARVILLE, J. L.; CAMINERO, A.; VERDU, E. F. Pharmacological approaches in celiac disease. **Current opinion in pharmacology**, v. 25, p. 7-12, dez. 2015.
- MORTAZAVI, H. et al. Oral White Lesions: An Updated Clinical Diagnostic Decision Tree. **Dentistry journal**, v. 7, n. 1, p. 15, 7 fev. 2019.
- NASCIMENTO, K. DE O. DO; BARBOSA, M. I. M. J.; TAKEITI, C. Y. REVISÃO DE LITERATURA/BIBLIOGRAPHY REVIEWS Doença Celíaca: Sintomas, Diagnóstico e Tratamento Nutricional Celiac Disease: Symptoms, Diagnosis and Nutritional Treatment. **Saúde em Revista**, n. 21, p. 53-63, 2012.
- NEVILLE, B. W. D. D. C. A. J. B. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 3. ed. [s.l: s.n.].
- PASTORE, L. et al. Oral manifestations of celiac disease. **Journal of clinical gastroenterology**, v. 42, n. 3, p. 224-232, mar. 2008.

PAUL, S. P. et al. Coeliac disease in children. **Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)**, v. 29, n. 49, p. 36-41, ago. 2015.

PAUL, S. P. et al. Coeliac disease in children - an update for general dental practitioners. **British dental journal**, v. 220, n. 9, p. 481-485, maio 2016.

PAUL, S. P.; BASUDE, D. Recognition and management of coeliac disease in children. **The journal of family health care**, v. 23, n. 8, p. 28-30,32-35, dez. 2013.

SAHIN, Y. Celiac disease in children: A review of the literature. **World journal of clinical pediatrics**, v. 10, n. 4, p. 53-71, jul. 2021.

SCULLY, C.; PORTER, S. ABC of oral health. Swellings and red, white, and pigmented lesions. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 321, n. 7255, p. 225-228, jul. 2000.

SÓÑORA, C. et al. Enamel organ proteins as targets for antibodies in celiac disease: implications for oral health. **European journal of oral sciences**, v. 124, n. 1, p. 11-16, fev. 2016.

TAN, C. X. W. et al. Gastrointestinal diseases and their oro-dental manifestations: Part 1: Crohn's disease. **British Dental Journal**, v. 221, n. 12, p. 794-799, 2016.

TOSUN, M. S. et al. Çolyak Hastalığı Olan Çocuklarda Oral Bulgular. **Turkish Journal of Medical Sciences**, v. 42, n. 4, p. 613-617, 2012.



CAPÍTULO 17

IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NA UTI PELA ENFERMAGEM-REVISÃO DE LITERATURA

IMPORTANCE OF THE APPLICATION OF THE BRADEN SCALE IN THE ICU BY NURSING - LITERATURE REVIEW

Jesnaira Leite da Silva¹
Carlos Daniel Neves de Souza²
Agnes Sousa Silva³

DOI: 10.46898/rfb.9786558891994.17

¹ Faculdade Estácio De Ji-Paraná- ESTÁCIO/UNIJIPA, jesnairaleite@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/2999550225400851>
² Faculdade Estácio De Ji-Paraná- ESTÁCIO/UNIJIPA, carlos.daniel.ns.ro@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1228138239020689>
³ Graduada em Enfermagem pela ULBRA (2016) e Mestre em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade pela ULBRA (2021). Docente da Faculdade Estácio De Ji-Paraná- ESTÁCIO/UNIJIPA, agnessousasilva@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/5428558273176665>

RESUMO: **Introdução:** Esse trabalho tem como objetivo principal trazer a importância da aplicação da escala de Braden na UTI pelos profissionais de enfermagem, por meio de revisão bibliográfica. O surgimento de danos como lesões na pele ou tecido subjacente, em geral sobre proeminência óssea, designada assim LPP é mais decorrente do que se imagina em pacientes hospitalizados na UTI. **Referencial teórico:** Para qualificar o diagnóstico clínico e prevenir as LPP's há algumas ferramentas utilizadas, sendo as mais conhecidas e aplicadas no Brasil a escala de Waterlow, Norton, Gosnell (adaptação da escala de Norton) e Braden. **Metodologia:** Dos trabalhos encontrados que continham esses descritores, foram selecionados 09 artigos eletrônicos, baseados em publicações de 2016 a 2021, 03 protocolos eletrônicos, publicados de 2016 à 2020, 01 código de ética de enfermagem, publicado em 2011, 01 monografia, datada de 2017, 01 slide online, publicado em 2017, todos pesquisados em bancos de dados Scielo, sites do Governo Federal Brasileiro e Google Acadêmico. **Resultado e discussão:** Diante dos resultados apresentados, a prevenção se mantém como medida mais eficaz para minimizar ou até mesmo evitar o aparecimento das LPP's, com o foco do cuidado sendo direcionado por protocolos e diretrizes pré determinadas pelo Ministério da Saúde. **Considerações finais:** Todos os profissionais da equipe de saúde da UTI tem como responsabilidade a prevenção de LPP, no entanto como a enfermagem lida constantemente com os pacientes durante o período em que se encontram no âmbito hospitalar, cabe a eles trabalhar com mais afinco com esse problema de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva-UTI. Lesão Por Pressão-LPP. Fator de Risco.

ABSTRACT: Introduction: The main objective of this work is to highlight the importance of the application of the Braden scale in the ICU by nursing professionals, through literature review. The appearance of damage such as lesions in the skin or underlying tissue, usually over bony prominence, thus called LPP, is more frequent than imagined in patients hospitalized in the ICU. **Theoretical framework:** To qualify the clinical diagnosis and prevent PPLs, there are some tools used, the most known and applied in Brazil being the Waterlow, Norton, Gosnell (Norton scale adaptation) and Braden scale. **Methodology:** Of the works found that contained these descriptors, 09 electronic articles were selected, based on publications from 2016 to 2021, 03 electronic protocols, published from 2016 to 2020, 01 code of nursing ethics, published in 2011, 01 monograph, dated 2017, 01 online slide, published in 2017, all searched in Scielo databases, Brazilian Federal Government websites and Academic Google. **Result and discussion:** Given the results presented, prevention remains the most effective measure to minimize or even prevent the

appearance of PPL's, with the focus of care being guided by protocols and guidelines pre-determined by the Ministry of Health. **Final considerations:** All the ICU health team professionals are responsible for the prevention of PPL, however, as nursing constantly deals with patients during the period they are in the hospital, it is up to them to work harder with this health problem.

Keywords: Nursing. Intensive Care Unit-ICU. Pressure Injury-LPP. Risk factor.

INTRODUÇÃO

O departamento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o local de permanência de pessoas com estado de saúde mais agravado, devido estarem mais suscetíveis a complicações clínicas, sendo assim sua estadia faz-se necessário o envolvimento da equipe multidisciplinar. (CAMPOS, *et al*, 2021).

O surgimento de danos como lesões na pele ou tecido subjacente, em geral sobre proeminência óssea, designada assim lesão por pressão (LPP) é mais decorrente do que se imagina em pacientes hospitalizados na UTI, pois os mesmos tornam-se mais propícios ao desenvolvimento, uma vez que a mistura de um dano prolongado e intenso no tecido epitelial favorece o cisalhamento, esses e outras combinações de fatores como complicações hemodinâmicas, restrições do paciente ao leito, idade, doenças crônicas-degenerativas, comprometimento da percepção sensorial ou cognição, temperatura e peso corporal, aguçam mais o risco para o acarretamento da LPP. (CAMPOS, *et al*, 2021; VARGAS, SANTOS, 2019).

Considerado como evento adverso (EA) a LPP acomete pacientes críticos internados na UTI, todavia a aparição destas acaba sendo um reflexo negativo mesmo que indiretamente da qualidade do cuidado prestado ao cliente. O surgimento destas lesões se relaciona com a negligencia, imperícia ou até mesmo imprudência, por parte do profissional, como também por carência de insumos fornecidos pela instituição. Isso acaba sobrecarregando, sobre tudo, a equipe de enfermagem, pois o período de internação é prolongado, gerando uma atenção redobrada para este paciente e aumento do uso de recursos hospitalares. (VARGAS, SANTOS, 2019; CAMPOS, *et al*, 2021).

A LPP pode apresentar-se como uma lesão aberta ou fechada, normalmente dolorosa, podendo ocasionar graves infecções, sepse e óbito. Sendo assim, a escala de Braden é um método para a prevenção da LPP e também é a mais empregada nas instituições brasileiras, considerada como a mais confiável entre as escalas, onde utiliza os seguintes fatores: percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição,

mobilidade, fricção e cisalhamento. (SILVA, *et al*, 2017; CAMPOS, *et al*, 2021; RIBEIRO, *et al*, 2018).

Visto a importância da utilização da escala de Braden no ambiente hospitalar da UTI, é fundamental que os profissionais de enfermagem tenham o conhecimento necessário para a implementação desta escala. Esse trabalho tem como objetivo principal trazer a importância da aplicação da escala de Braden na UTI pelos profissionais de enfermagem.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Classificação da LPP

O paciente crítico é aquele cujo apresenta complicações em um ou mais órgãos vitais, há risco de instabilidade hemodinâmica, demanda de cuidados rigorosos ou uso de terapias de complexidade maior. A UTI é o departamento hospitalar onde tende a receber tais pacientes: sedados, intubados, comatosos e com motilidade reduzida, que naturalmente acabam sendo mais propensos a desenvolverem LPP, justificando o porquê esta área tem a incidência de 10,6% a 62,5% dessa patologia no Brasil. (ALENCAR, *et al*, 2018; RIBEIRO, *et al*, 2018).

O desenvolvimento de LPP's em pacientes críticos, podem estar correlacionados a fatores extrínsecos, que são aqueles relacionados a causas externas, por exemplo uso de dispositivos médicos, cisalhamento, fricção, umidade, equipamentos respiratórios, drogas vasoativas, diminuição da percepção sensorial devido a uso de medicamento sedativos e outros; e intrínsecos, cujo os mesmos se referem a idade, imobilidade, peso corpóreo (índice de massa corporal (IMC) $> 30 \text{ Kg/m}^2$ ou $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$), desequilíbrio nutricional, anemia, comorbidades crônicas imunossupressão, doenças renal, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), perfusão tecidual diminuída, incontinência urinária/fecal, edema, hipertermia, tabagismo, desidratação e infecções sistêmicas ou locais. (CAMPOS, *et al*, 2021; STACCIARINI, *et al*, 2020).

A classificação da LPP se divide em 5 subdivisão, conforme descrito na tabela:

Tabela 1 - Descrição das classificações de LPP

| Classificação | Característica |
|---|---|
| Estágio I | A pele da região permanece intacta, observa-se eritema no local, devido dano tissular, podendo haver ainda alteração de sensibilidade, temperatura e consistência. |
| Estágio II | Ocorre devido uma perda parcial da epiderme no local lesionado, com exposição da derme, caracteriza-se também por formação de bolha intacta ou rompida. |
| Estágio III | Há comprometimento da epiderme, derme com exposição da hipoderme, não é identificável exposição de músculo, tendões e ossos, e sua profundidade está de acordo com sua localização anatômica. |
| Estágio IV | Rompimento total da espessura da pele, o que pode atingir músculo, tendões e ossos, ocorre frequentemente túneis e deslocamento de bordas da lesão, comumente há presença de esfacelos e necrose tecidual. |
| LPP não classificável | Quando não há visibilidade total do tecido atingido, sendo encoberto por necrose, esfacelos e demais tecidos inviáveis. |
| LPP tissular profunda | Pele intacta ou não intacta com área vermelho-escura persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da lesão escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local. |
| LPP relacionada a dispositivo médico | Se resulta na forma ou padrão do dispositivo utilizado pelo paciente durante a internação. |

Fonte: Adaptado de Campos, *et al*, 2021.

As LPP's aparecem com maior frequência em regiões com proeminências ósseas, pois geram mais pressão sobre o tecido, gerando isquemia tecidual. Essas áreas mais acometidas são região sacral, seguida do calcâneo e trocântérica, por sua vez, outras áreas também são acometidas mesmo que em menor frequência, dentre elas podemos citar as regiões dos pés maléolos, glúteos, escápulas, ísquios e cotovelos. (CAMPOS, *et al*, 2021).

1.2 Instrumento de Avaliação Para Prevenção de LPP

Para qualificar o diagnóstico clínico e prevenir as LPP's há algumas ferramentas utilizadas, sendo as mais conhecidas e aplicadas no Brasil a escala de Waterlow, Norton, Gosnell (adaptação da escala de Norton) e Braden. Porém a escala de Norton é recomendada somente para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, embora seja de fácil utilização a mesma não considera o estado nutricional do pa-

ciente. Já a escala de Waterlow assim como a de Norton não apresentam qualidade para a detecção de risco em serviços de assistência médica, tendo maior destaque para uma melhor detecção em lesões de graus I e II. (RIBEIRO, *et al*, 2018; CAMPOS, *et al*, 2021).

A escala de Waterlow, utiliza sete pontos para análise clínica dos pacientes, sendo elas: relação peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite, e medicações. Existem ainda os fatores de risco especiais nos quais são: subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia e trauma abaixo da medula lombar. Para avaliar o quadro do paciente caracterizando ou não se há risco de LPP, usa-se como parâmetro o valor do score conforme a pontuação sendo, em risco (escore de 10 a 14); alto risco (escore de 15 a 19) e altíssimo risco (escore >20), concluindo assim que, quanto maior a somatória dos pontos, mais risco de desenvolvimento das lesões esse paciente está propício. (CAMPOS, 2017).

A escala de Norton considera cinco parâmetros na avaliação do grau de risco, dentre eles: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade, incontinência. Onde cada parâmetro foi pontuado com valores de 1 a 4 e a soma dos mesmos pode variar o escore de risco de 5 a 20 pontos e quanto menor for o resultado maior o risco da LPP. Portanto, considera-se escore de risco menor ou igual a 14 e escore de alto risco menor ou igual a 12. Enquanto, a escala de Gosnell, como já mencionado, é uma adaptação da escala de Norton, o que diferencia ambas é a substituição do parâmetro de avaliação sobre condição física pela nutrição. O escore de pontuação varia de 5 para boa e 20 para ruim. (CAMPOS, 2017).

1.2.1 Escala de Braden

O que se objetiva principalmente com o protocolo escala de Braden (EB) é a prevenção de LPP, por meio de uma análise crítica feita por profissionais da enfermagem, onde buscam relacionar o estado do paciente com a susceptibilidade em desenvolver tais lesões. Os autores Debon, *et al*, (2018) dizem que “A EB, desenvolvida por Barbara Braden e Bergstrom Nancy em 1987, é uma ferramenta útil clinicamente, permitindo aos profissionais de saúde avaliar os pacientes de forma confiável”. Sendo assim, é possível o enfermeiro incluir a EB na assistência de enfermagem diariamente, trazendo melhores resultados para o atendimento do cliente. Segundo Cardoso, *et al* (2017) “[...] pois a prevenção de LPP é uma das metas de segurança do paciente a serem cumpridas pelas instituições de saúde.”.

De acordo com Marques (2017), a EB possui seis subdivisões para avaliar o risco de desenvolvimento de LPP:

1. **Percepção sensorial**, referente à capacidade do paciente de reagir à pressão relacionada a desconforto; 2. **Umidade**, relacionado ao nível de umidade na qual a pele está exposta; 3. **Atividade**, relativo ao grau de atividade física; 4. **Mobilidade**, relacionado ao consumo alimentar usual; 6. **Fricção e Cisalhamento**, referente a dependência de mobilidade. Os cinco primeiros são pontuados de 1 a 4, a sexto recebe de 1 a 3 pontos. As somas dos valores na avaliação da escala totalizam entre 6 a 23 pontos, sendo que quanto menor o valor, maior o risco de LPP. (MARQUES, 2017).

Conforme Stacciarini, *et al* (2020) aplicação da EB (adultos) e Braden Q (crianças 29 dias a 13 anos), se dá por meio da identificação e classificação dos clientes conforme o grau de risco para LPP. A classificação do escore obtido deverá ser registrada na planilha, para fazer a somatória dos dados obtidos, e então iniciar medidas de intervenção de enfermagem.

Tabela 2 - Escala de Braden/ Escala de Braden Q

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| MOBILIDADE: Capacidade de Mudar e controlar a posição do corpo. | Completamente Imóvel | Muito limitado | Levemente Limitado | Nenhuma Limitação |
| ATIVIDADE Grau de atividade física. | Acamado | Restrito à cadeira | Deambulação Ocasional | Criança Jovem Demais Para Deambular ou Deambulam Frequentemente |
| PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão | Completamente Limitado | Muito Limitado | Levemente Limitado | Nenhuma Alteração |
| UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade. | Constantemente Úmida | Frequentemente Úmida | Ocasionalmente Úmida | Raramente úmida |
| FRICÇÃO E CISALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. | Problema Importante | Problema | Potencial Problema | Nenhum Problema |
| NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar. | Muito Pobre | Inadequada | Adequada | Excelente |
| PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO | Extremamente Comprometida | Comprometida | Adequada | Excelente |

Fonte: Adaptado de VOCCI; FONTES; TOSO, 2016.

Tabela 3 - Descrição dos valores e classificação da escala de Braden:

| Escala Braden | | Escala Braden Q | |
|---------------|------------------|-----------------|---------------|
| Escore | Classificação | Escore | Classificação |
| ≤ 9 | Risco muito alto | ≤ 16 | Em risco |
| 10 a 12 | Risco alto | >16 | Sem risco |
| 13 a 14 | Risco moderado | | |
| 15 a 18 | Risco leve | | |
| ≥19 | Sem risco | | |

Fonte: Adaptado Stacciarini, *et al*, 2020.

1.3 O Papel da Enfermagem Frente a LPP em Pacientes Críticos

De acordo com o Conselho federal de Enfermagem- COFEN (2011) o artigo 12 do código de ética profissional de enfermagem ressalta que é responsabilidade e dever do profissional “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.”. Portanto, cabe ao enfermeiro zelar pela integridade do seu paciente, não importando se ela é física, emocional ou social. (COFEN, 2011; SOUZA, PRADO, 2016).

O enfermeiro tem destaque quanto ao papel de na prevenção das LPP, já que por meio de suas funções, como o diagnóstico de enfermagem, avaliação e intervenção, auxiliam toda a equipe multidisciplinar para o êxito em manter a integridade do paciente. Produzir um protocolo referente aos cuidados com as lesões e até mesmo a padronização na utilização da EB, no atendimento ao paciente, auxiliará e encaminhará toda equipe de enfermagem a um atendimento mais humanizado e a diminuir o tempo de internação dos clientes. (CAMPOS, *et al*, 2021).

Os profissionais de enfermagem são os mais fundamentais dentro das UTIs, responsáveis pelo monitoramento, vinte e quatro horas por dia, estão a todo momento com o paciente levando a assistência mais simples e às mais complexas. São os profissionais que irão ser responsáveis em traçar estratégias de segurança para a prevenção de falhas ao paciente, relacionado ao aparecimento de LPPs, por meio da mudança de decúbito a cada duas horas (em pacientes estaveis), utilizar do exame físico para examinar o paciente quanto a sinais de aparecimento de LPP, fazer o uso da EB, empregar o uso de ácidos graxos essenciais (AGE) como meio de prevenção, já que os mesmo atuam como hidratante para a pele auxiliando a cicatrização e regeneração celular. (LOPES, 2019; PACHÁ, *et al*, 2018).

1.3.1 Intervenções de Enfermagem Segundo a Classificação do Escore de Risco da EB

As intervenções de enfermagem para clientes de baixo risco de LPP (escore de 15 à 18) são: auxiliar a mudança de decúbito; estimular movimentação no leito; estimular movimentos ativos; proporcionar posição confortável ao cliente; manter cabeceira elevada; proteger a pele das proeminências ósseas; realizar banho de leito ou realizar higiene corporal no chuveiro; implementar cuidados com eliminação urinária; realizar a higienização perineal após cada evacuação; aplicar barreiras de proteção com cremes e/ou absorventes de umidade; manter pele seca; remover umidade excessiva da pele; auxiliar o paciente a sentar na cadeira; monitorar fontes de pressão e fricção da pele; verificar o peso do paciente; estimular ingestão hídrica; inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados; aferir sinais vitais; avaliar a dor utilizando escala de intensidade; registrar a dor como 5º sinal vital; proporcionar recreação no leito; interagir com o paciente; tranquilizar paciente; sentar e conversar com o paciente; orientar o paciente/familiar sobre; orientar sobre formas de adaptar-se as suas limitações; estimular o autocuidado. Lembrando de se adaptar os cuidados conforme a necessidade de cada cliente. (STACCIARINI; *et al*, 2020).

As intervenções de enfermagem para moderado risco para LPP (escore 13 a 14): incluir as intervenções para clientes com baixo risco para LPP, a realizar a mudança de decúbito; realizar movimentos passivos; estimular movimentos ativos; manter colchão de fluxo de ar; proteger a pele para evitar rompimento; utilizar bota protetora para calcâneo e maléolo; proteger a pele das proeminências ósseas. (STACCIARINI; *et al*, 2020).

As intervenções de enfermagem para alto e muito alto risco para LPP (escore ≤ 12): incluir as intervenções para clientes com baixo e moderado riscos para LPP, além de promover segurança e conforto; proporcionar posição confortável ao cliente; investigar com paciente fatores que aliviam/pioram a dor como: posicionamento, aplicação de calor ou frio, repouso ou movimento, durante respiração profunda ou tosse; administrar analgesia após avaliação; reavaliar a dor de 30 minutos a 1 hora após manejo; medicação para dor antes dos procedimentos. (STACCIARINI; *et al*, 2020).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura objetivando-se trazer a importância da aplicação da escala de Braden na UTI pelos profissionais de enfermagem. As variáveis qualitativas utilizadas para levantamento de dados foram:

métodos e prevenção de LPP na UTI, trabalho do enfermeiro diante da LPP, instrumentos para avaliação e classificação da mesma, especialmente a EB. Palavras-chaves: Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva-UTI, Lesão Por Pressão-LPP, Fator de Risco. Dos trabalhos encontrados que continham esses descritores, foram selecionados 09 artigos eletrônicos, baseados em publicações de 2016 a 2021, 03 protocolos eletrônicos, publicados de 2016 à 2020, 01 código de ética de enfermagem, publicado em 2011, 01 monografia, datada de 2017, 01 slide online, publicado em 2017, todos pesquisados em bancos de dados Scielo, sites do Governo Federal Brasileiro e Google Acadêmico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os acervos selecionados pode-se ter o conhecimento da dimensão do problema relacionado a LPP dentro das unidades de saúde, além de ter o envolvimento multiprofissional para melhor atender os pacientes que possam desenvolver esse tipo de lesão. Em um dos estudos no qual esse trabalho se embasou menciona que no Brasil de 10,62% a 62,5% dos pacientes em UTI's desenvolvem LPP.

Diante dos resultados apresentados, a prevenção se mantém como medida mais eficaz para minimizar ou até mesmo evitar o aparecimento das LPP's, com o foco do cuidado sendo direcionado por protocolos e diretrizes pré determinadas pelo Ministério da Saúde. Foi possível perceber também que para uma prevenção eficaz é necessário o envolvimento multiprofissional, onde todos participam de forma direta ou indireta na prevenção das LPP's, tendo em vista a valorização do trabalho em equipe, com base em práticas organizacionais que priorizem a prevenção das lesões. Assim, os protocolos devem ser instaurados nos serviços em todos os níveis de atendimento, hospitalar, pronto-atendimento e também internações domiciliares, onde o profissional deve acompanhar e orientar o responsável pelo acamado sobre os riscos do aparecimento de lesões em pacientes nessa condição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As LPPs podem ser evitadas a partir da qualificação e conscientização da equipe de saúde quanto aos riscos para o desenvolvimento destas lesões. A LPP é um dos motivos de preocupação nos serviços de saúde, uma vez que, a sua ocorrência gera consequências não apenas ao paciente e seus familiares, mas para o próprio sistema de saúde, pois prolonga o tempo de internamento do paciente, aumentando os riscos de infecções.

As ações de prevenção têm como foco impedir que o fator agrida o indivíduo, a fim de atenuar as morbimortalidades, devido a isso existe uma grande necessi-

dade de contínuo desenvolvimento e estudos direcionados à prevenção das LPP dentro das UTI's para o fortalecimento de práticas baseadas nas evidências e, no reconhecimento das limitações envolvidas neste aspecto, visando a sua superação. Contudo, aponta-se a contribuição da experiência adquirida pelos acadêmicos no desenvolvimento da autonomia profissional, além de conceder as experiências e como se dá às relações humanas durante o processo de trabalho em enfermagem, tendo em vista que o cuidado é realizado, porém cabe ao enfermeiro gerenciar esses processos.

Todos os profissionais da equipe de saúde da UTI tem como responsabilidade a prevenção de LPP, no entanto como a enfermagem lida constantemente com os pacientes durante o período em que se encontram no âmbito hospitalar, cabe a eles trabalhar com mais afinco com esse problema de saúde. Os profissionais de enfermagem, sobretudo o enfermeiro, que deve supervisionar a sua equipe quanto a essa questão, inserindo a prevenção de LPP, por meio da aplicação da escala de Braden durante a assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Glauca de Souza Abreu et al. Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de risco. **Revista Nursing**, Brasil, v. 20, n. 239, p. 2124-2128, abr. 2018. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/239-Abril2018/lesao_por_pressao_na_unidade_de_terapia_intensiva.pdf. Acesso em: 11 set. 2021.

CAMPOS, Dayane da Silva et al. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO DE LITERATURA. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research - Bjsr**, Ipatinga - Mg, v. 34, n. 1, p. 74-79, maio 2021. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210304_111936.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

CAMPOS, Tatianeda Silva. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM FERIDAS E CURATIVOS**. (S.L.): (S.P.), 2017. 10 slides, color, 254 × 143 mm. Disponível em: https://qcon-assets-production.s3.amazonaws.com/slides/materiais_de_apoio/6497/b55d8ecea7ced0368b87f6de5968617762749660.pdf. Acesso em: 11 set. 2021.

CARDOSO, Maria Raykielle de Sá et al. A importância da Escala de Braden na prevenção de lesões por pressão em pacientes hospitalizados. **Unit: Universidade Tiradentes**, (S.L), v. 12, n. 9, p. 1-4, maio 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/download/5615/2357>. Acesso em: 11 set. 2021.

COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**: Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.. Brasil, 06 set. 2011. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf. Acesso em: 11 set. 2021.

CUNHA, Leili Mara Mateus da. **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO**. 2. ed. Triângulo Mineiro- Mg: Ebserh- Hospitais Universitário Federais, 2020. 28 p. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prevencao-e-tratamento-de-lesao-por-pressao-protocolo-nucleo-de-protocolos-assistenciais-multiprofissionais-08-2018-versao-2.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

DEBON, Raquel et al. A Visão de Enfermeiros Quanto a Aplicação da Escala de Braden no Paciente Idoso. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 817-823, set. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6210/pdf_1. Acesso em: 11 set. 2021.

LOPES, Clara Cristina de Paula. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Núcleo de Conhecimento**, Brasil, v. 1, n. 1, p. 173-184, mar. 2019. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/paciente-com-lesao#_ftn1. Acesso em: 10 set. 2021.

MARQUES, Alex Luíz Gómes. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**: revisão integrativa. 2017. 67 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luiz- Ma, 2017. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2057/1/AlexMarques.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

PACHÁ, Heloisa Helena Ponchio et al. Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle. **Revista Brasileira de Enfermagem**: REBEn, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 3203-3210, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bSnJL7MzRWKDKQqDqhc5f6t/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

RIBEIRO, Joathan Borges et al. PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**: cadernos de graduação, Aracaju- Se, v. 4, n. 1, p. 91-102, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5278/3002>. Acesso em: 10 set. 2021.

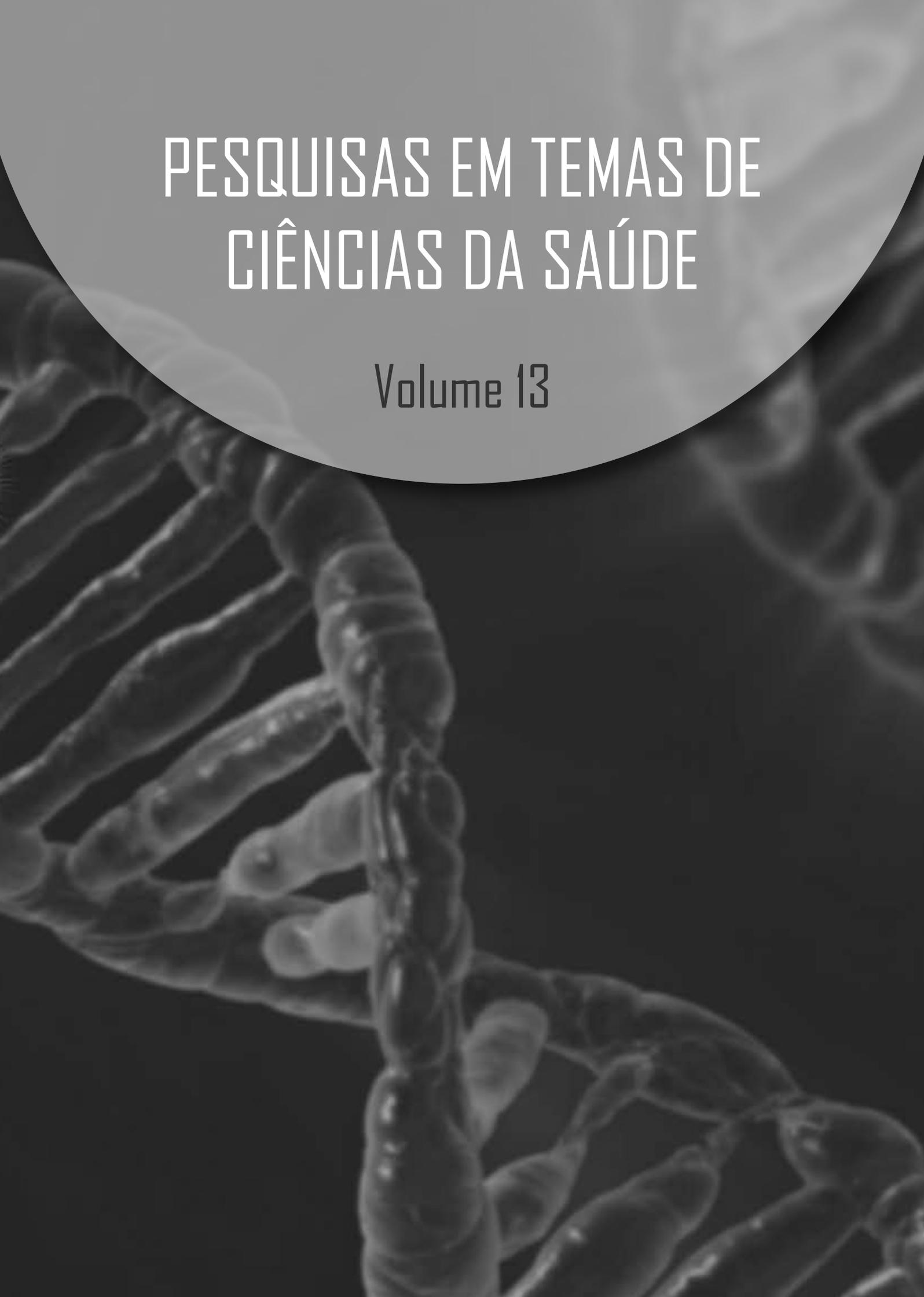
SILVA, Bianca B. da et al. **PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LPP**. Campo Grande: (S.N.), 2017. 22 f. Disponível em: <http://www.hospitalregional.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/PROTOCOLO-DE-LPP.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

SOUZA, Claudicéia Thomaz de; PRADO, Roberta Teixeira. A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NA UTI PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. **Revista Educ**: Faculdade de Duque de Caxias, Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 31-50, jun. 2016. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170608151641.pdf. Acesso em: 11 set. 2021.

VARGAS, Renata Gonçalves; SANTOS, Leonardo Pereira do. Prevenção de lesão por pressão em UTI: aplicabilidade da escala de braden. **Revista Pró-Universus**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 162-165, 30 jun. 2019. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1731/1201>. Acesso em: 11 set. 2021.

VOCCI, Marcelli Cristine; FONTES, Cassiana Mendes Bertinello; TOSO, Lis Amanda Ramos. **Informativo para supervisão e cuidado com a pele/mucosa e avaliação de risco de lesões por pressão em pacientes pediátricos: escala de braden q**. Botocatu- Sp: Unesp, 2016. 16 p. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2015/09/GuiaRapido.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.





PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Volume 13

PESQUISAS EM TEMAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Volume 13

RFB Editora
Home Page: www.rfbeditora.com
Email: adm@rfbeditora.com
WhatsApp: 91 98885-7730
CNPJ: 39.242.488/0001-07
R. dos Mundurucus, 3100, 66040-033, Belém-PA

