

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA

na contemporaneidade

André Ribeiro da Silva

Jitone Leônidas Soares

Vânia Maria Moraes Ferreira

(Organizadores)

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA

na contemporaneidade

André Ribeiro da Silva

Jitone Leônidas Soares

Vânia Maria Moraes Ferreira

(Organizadores)

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena

Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof^a Dr^a Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Prof^a Dr^a Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Experiências em saúde coletiva na contemporaneidade 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: André Ribeiro da Silva
Jitone Leônidas Soares
Vânia Maria Moraes Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E96 Experiências em saúde coletiva na contemporaneidade 2 /
Organizadores André Ribeiro da Silva, Jitone Leônidas -
Soares, Vânia Maria Moraes Ferreira. – Ponta Grossa -
PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0655-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.556222209>

1. Saúde pública. I. Silva, André Ribeiro da (Organizador). II. Soares, Jitone Leônidas (Organizador). III. Ferreira, Vânia Maria Moraes (Organizadora). IV. Título.

CDD 614

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declararam que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A Saúde Coletiva está interligada a vários campos do conhecimento, e neste interim, viemos aqui apresentar o e-book: “experiências em saúde coletiva na contemporaneidade II”, onde são apresentadas diversas experiências da área de enfermagem, medicina, fisioterapia e saúde coletiva, voltando suas discussões para práticas integrativas, hemoterapia, gestão de pessoas, obstetrícia, massagem drenagem linfática, óbito de mulheres em idade fértil, DST’s, promoção da saúde do trabalhador, qualidade de vida, queixas urinárias, relações pessoais em unidades de estratégia de saúde de família, doença de Kawasaki e violência sexual feminina.

Sendo assim, o primeiro capítulo, versa sobre **EXPERIÊNCIAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO TRABALHO DE PARTO**, e tem como objetivo aperfeiçoar a equipe envolvida na assistência a se tornarem parte no processo renovador do cuidado e concomitantemente oferecer a parturiente conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto, assim como, conhecer a percepção das parturientes quanto as boas práticas prestadas pela equipe multidisciplinar na assistência ao trabalho de parto.

O segundo capítulo, **IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE HEMOTERÁPICA**, objetivou implementar um Sistema de Informação em Gestão de Pessoas (SIGEP) em um hemocentro, situado no município de Palmas, Tocantins, Brasil.

O terceiro capítulo, intitulado em **O METÓDO PILATES EM PACIENTES COM LOMBALGIAS CRÔNICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**, relatou a experiência do método Pilates em pacientes diagnosticados com lombalgia crônicas atendidas em uma clínica privada em uma cidade localizada no interior do estado Ceará.

O quarto capítulo, **ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRIL NO ESTADO DE PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2009 A 2019: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E PADRÃO TEMPO ESPACIAL**, analisou o perfil dos óbitos de mulheres em idade fértil, no estado de Pernambuco entre os anos de 2009 e 2019.

O quinto capítulo, **OS BENEFÍCIOS DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL EM GESTANTES: REVISÃO DE LITERATURA**, objetivou demonstrar a utilização e aplicabilidade da drenagem linfática manual em gestantes, observando as alterações funcionais, os cuidados, as contraindicações e os benefícios.

O sexto capítulo, **OS DESAFIOS DA PREVENÇÃO, MANEJO TERAPÊUTICO E DO SEGUIMENTO PÓS TERAPÊUTICO DA SÍFILIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**, identificou na produção científica evidências relacionadas à prevenção, ao manejo clínico e ao seguimento pós terapêutico no cuidado de pessoas com Sífilis.

O sétimo capítulo, intitulado em **PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CARRINHO ELÉTRICO PARA PACIENTES DE UMA UNIDADE DE RADIOTERAPIA COMO**

BRINQUEDO TERAPÊUTICO, buscou descrever a experiência da equipe de enfermagem na implementação de um carrinho elétrico, como estratégia lúdica para crianças em tratamento na Unidade de Radioterapia.

O oitavo capítulo, **PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS**, por meio de uma revisão bibliográfica, pretendeu-se vislumbrar como se dá a técnica e manejo utilizado no prolapsos de órgãos pélvicos pelos profissionais enfermeiros especializados. Assim como, entender sua fisiopatologia e seus fatores desencadeantes.

O nono capítulo, **PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM TRABALHADORES DA SAÚDE DE UM HOSPITAL**, caracterizou estilos de vida e qualidade de sono dos trabalhadores de dois serviços de um centro hospitalar e contribuir para a promover a adoção de medidas de higiene do sono pelos profissionais de saúde.

O décimo capítulo, **QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO**, versou sobre a definição e mensuração da qualidade de vida.

O décimo primeiro capítulo, **QUEIXAS URINÁRIAS E FATORES DE RISCO EM COSTUREIRAS NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE-PE**, analisou as queixas urinárias e os fatores de riscos associados em costureiras.

O décimo segundo capítulo, **RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**, identificou possíveis problemas que podem causar situações de estresse e fadiga no ambiente ocupacional aos trabalhadores da ESF.

O décimo terceiro capítulo, **RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DOENÇA DE KAWASAKI INCOMPLETO, COM MENOS DE 6 MESES DE IDADE**, relatou um caso de Kawasaki fora da faixa etária, para que ocorra a suspeição frente aos sinais clínicos e laboratoriais, possibilitando diagnóstico e tratamento precoce.

O último capítulo, **VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O PAPEL DA ENFERMAGEM NESSE DESAFIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**, objetivou observar, nas bases SciELO, PubMed e LILACS, com intermédio de estudos realizados entre 2016 a 2020, pesquisas que permeiem a perspectiva do enfermeiro quanto ao enfrentamento da violência sexual contra mulheres.

Desejamos uma ótima leitura a todos!

André Ribeiro da Silva
Jitone Leônidas Soares
Vânia Maria Moraes Ferreira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....1

EXPERIÊNCIAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO TRABALHO DE PARTO

Suzana Portilho Amaral Dourado
Nubia Regina Pereira da Silva
Silvana do Socorro Santos de Oliveira
Rosiane Costa Vale
Aline Decari Marchi
Leula Campos Silva
Ana Cassia Martins Ribeiro Cruz
Geraldo Viana Santos
Gabriela Ramos Miranda
Livia Bianca da Silva Ferreira
Maria José de Sousa Medeiros
Girlene de Jesus Souza Chaves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222091>

CAPÍTULO 2.....10

IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE HEMOTERÁPICA

Emilia Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis
Helenilva Custódio de Melo
Leidiene Ferreira Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222092>

CAPÍTULO 3.....23

O MÉTODO PILATES EM PACIENTES COM LOMBALGIAS CRÔNICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Iala de Siqueira Ferreira
Antonio Rafael da Silva
Antônia de Fátima Rayane Freire de Oliveira
Daniela Ferreira Marques
Márcia Soares de Lima
Henrique Hevertom Silva Brito
Joel Freires de Alencar Arrais
Maria Déborah Ribeiro dos Santos
Dálet da Silva Nascimento
Francisco Brhayan Silva Torres
Swellen Martins Trajano
Denys Clayson de Brito Pereira Filho
Ana Paula Pinheiro da Silva
Antônia Caroliny Pereira dos Santos
Marina Luiza Souza Lucindo
Maria Ruth Oliveira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222093>

CAPÍTULO 4.....31

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO ESTADO DE PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2009 A 2019: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E PADRÃO TEMPO ESPACIAL

Nadriely da Silva Lima

Rosiele de Santana Mendes

Sandro da Silva Albuquerque

Amanda Priscila de Santana Cabral Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222094>

CAPÍTULO 5.....42

OS BENEFÍCIOS DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL EM GESTANTES: REVISÃO DE LITERATURA

Heloisa Martins Ramos de Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222095>

CAPÍTULO 6.....55

OS DESAFIOS DA PREVENÇÃO, MANEJO TERAPÊUTICO E DO SEGUIMENTO PÓS TERAPÊUTICO DA SÍFILIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dalila Freitas de Almeida

Lívia de Souza Câmara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222096>

CAPÍTULO 7.....75

PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CARRINHO ELÉTRICO PARA PACIENTES DE UMA UNIDADE DE RADIOTERAPIA COMO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Adelita Noro

Aline Tigre

Vanessa Belo Reyes

Bibiana Fernandes Trevisan

Nanci Felix Mesquita

Patrícia Santos da Silva

Ana Paula Wunder Fernandes

Cristiane Tavares Borges

Yanka Eslabão Garcia

Paula de Cezaro

Vitoria Rodrigues Ilha

Ana Maria Vieira Lorenzoni

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222097>

CAPÍTULO 8.....80

PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Taciâne de Fátima Wengkarecki Orloski

Carolynne Ribeiro Maia do Amaral

Rita de Cássia Mezêncio Dias

Ana Carla Freire Gonçalves Cassimiro Vieira

Jéssica Costa Maia

Lucas Lazarini Bim

Heloísa Helena Camponez Barbara Rédua
Talita de Figueiredo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222098>

CAPÍTULO 9.....109

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM TRABALHADORES DA SAÚDE DE UM HOSPITAL

Maria de Fatima Moreira Rodrigues
Ana Sofia de Jesus Varandas Furtado
Maria da Graça Carita Gaspar Temudo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5562222099>

CAPÍTULO 10.....121

QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO

Flaviane Cristina Rocha Cesar
Millena Santana da Silva Marcos
Bruna Silva de Deus
Isabella Rodrigues Siriano
Giovanna Cintra da Costa Pessoa
Matheus Pessoa Costa Cintra
Danielle Bianca Rodrigues
Pâmella Vitória Martins Machado
Angela Gilda Alves
Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220910>

CAPÍTULO 11.....130

QUEIXAS URINÁRIAS E FATORES DE RISCO EM COSTUREIRAS NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

Rebeca Rayane Alexandre Rocha
Ana Beatriz Marques Barbosa
Mayara Miranda de Oliveira
Natasha Gabriela Oliveira da Silva
Rafaela Mayara Barbosa da Silva
Rebeca Barbosa Dourado Ramalho
Fernanda Nayra Macedo
Daniella Bruna Ramos Rodrigues
Caroline Pereira Souto
Amanda Costa Souza Villarim
Juliana Sousa Medeiros
Jânio do Nascimento Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220911>

CAPÍTULO 12.....147

RELACIONES INTERPESSOAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcilena Costa Carneiro

Maria Beatriz Loiola Viana
Suiene Cristina Mendonça da Silva
Talita Wiven Nobre Pinheiro
Lucino Saraiva de Campos Neto
Thayse Moraes de Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220912>

CAPÍTULO 13.....158

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DOENÇA DE KAWASAKI INCOMPLETO, COM MENOS DE 6 MESES DE IDADE

Ana Carolina Betto Castro
Danielle Cristina Penedo
Déborah Carvalho Cavalcanti
Helena Varago Assis
Juliana Rodrigues Dias
Nyara Lysia Barbosa Mendonça
Wallan de Deus Caixeta Matos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220913>

CAPÍTULO 14.....164

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O PAPEL DA ENFERMAGEM NESSE DESAFIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Letícia Sousa do Nascimento
Gabriel Costa Vieira
Rita Neta Gonçalves da Cruz
Renata Campos de Sousa Borges
Darielma Ferreira Morbach
Mirian Letícia Carmo Bastos
Karoline Costa Silva
Julyany Rocha Barrozo de Souza
Dayane Vilhena Figueiró
Maria Clara Silva Souza
Silvio Henrique dos Reis Junior
Daniele Lima dos Anjos Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55622220914>

SOBRE OS ORGANIZADORES178

ÍNDICE REMISSIVO.....181

CAPÍTULO 1

EXPERIÊNCIAS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO TRABALHO DE PARTO

Data de aceite: 01/09/2022

Suzana Portilho Amaral Dourado

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/7133793096287504>

Nubia Regina Pereira da Silva

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/35928243321552621>

Silvana do Socorro Santos de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - Ma

<http://lattes.cnpq.br/492067476316770>

Rosiane Costa Vale

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís - Ma

<http://lattes.cnpq.br/1308055161056508>

Aline Decari Marchi

Hospital Universitário do grande Dourado
São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/2633218250417431>

Leula Campos Silva

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís - Ma

<http://lattes.cnpq.br/9698233671828914>

Ana Cassia Martins Ribeiro Cruz

Hospital Materno Infantil
São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/1624529849317762>

Geraldo Viana Santos

Hospital Universitário Presidente Dutra
São Luís - Ma

<http://lattes.cnpq.br/2545067283554981>

Gabriela Ramos Miranda

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/7256681269372181>

Livia Bianca da Silva Ferreira

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/4243454392154598>

Maria José de Sousa Medeiros

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/3570282163801617>

Girlene de Jesus Souza Chaves

Complexo Hospitalar Materno Infantil Drº Juvêncio Matos

São Luís – Ma

<http://lattes.cnpq.br/8535613976090721>

RESUMO: INTRODUÇÃO: O parto é considerado uma experiência repleta de significados, construídos a partir da singularidade e cultura de cada mulher. Characteriza-se como um processo normal e natural que envolve cuidados prestados a mãe e ao recém-nascido tendo suas fases incluídas no pré-parto, parto e puerpério.

OBJETIVO: Aperfeiçoar a equipe envolvida na assistência a se tornarem parte no processo renovador do cuidado e concomitantemente oferecer a parturiente conforto e o relaxamento

durante o trabalho de parto, assim como, conhecer a percepção das parturientes quanto as boas práticas prestadas pela equipe multidisciplinar na assistência ao trabalho de parto.

MÉTODOS: Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência desenvolvida a partir da realização de oficinas voltadas para práticas integrativas no trabalho de parto desenvolvidas pelos enfermeiros do Centro Obstétrico do Hospital Universitário Materno Infantil no período de junho a agosto de 2019 em São Luís – MA. **RESULTADOS:** Foi observado uma redução da carga de estresse promovendo assim um relaxamento, aumentando o vínculo entre gestante e seu/a acompanhante, houve um melhor manejo da ansiedade diminuição da inibição; aumento o sentimento de acolhimento, segurança no espaço e sentimento de estar ativa e explorando suas potencialidades maternas, auxiliou-se também, na proteção do vínculo mãe-bebê. Criou-se a possibilidade de estabelecer um feedback positivo entre a equipe multiprofissional, parturientes, e acompanhantes, gerando um reconhecimento da eficácia dos serviços oferecidos, oportunizando à continuidade das ações. **CONCLUSÃO:** A realização das oficinas levou toda a equipe a refletir, compreender que é imprescindível a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no trabalho de parto. Essas práticas renderam aprendizados e integração de todas as categorias multiprofissionais, tais como: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, proporcionando assim uma inclusão mais efetiva, continua e integral, assim como foi possível perceber a importância da presença de familiares de livre escolha da parturiente em todo trabalho de parto.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas integrativas; Trabalho de parto; Parto humanizado.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Childbirth is considered an experience full of meanings, built from the uniqueness and culture of each woman. It is characterized as a normal and natural process that involves care provided to the mother and the newborn, with its phases included in the pre-delivery, delivery and puerperium. **OBJECTIVE:** To improve the team involved in the assistance to become part of the renewing care process and at the same time to offer the parturient comfort and relaxation during labor, as well as to know the parturients' perception regarding the good practices provided by the multidisciplinary team in the care labor. **METHODS:** This is a descriptive research, with a qualitative approach, of an experience report type developed from the realization of workshops focused on integrative practices in labor developed by nurses at the Obstetric Center of Hospital Universitário Materno Infantil from June to August 2019 in São Luís - MA. **RESULTS:** A reduction in the stress load was observed, thus promoting relaxation, increasing the bond between the pregnant woman and her / his companion, there was a better management of decreased inhibition anxiety; there was an increase in the feeling of welcome, security in the space and the feeling of being active and exploring their maternal potential, it also helped to protect the mother-baby bond.

It was created the possibility of establishing positive feedback among a multiprofessional team, parturients and companions, generating a recognition of the effectiveness of the services provided, providing opportunities for the continuity of actions. **CONCLUSION:** The realization of the workshops led the whole team to reflect, to understand that it is essential to include Integrative and Complementary Practices in labor. These practices yielded learning and integration of all multiprofessional categories, such as: nurses, physiotherapists, doctors, nursing technicians, thus providing a more effective, continuous and integral inclusion, as well

as it was possible to realize the importance of the presence of free choice family members. parturient in all labor.

KEYWORDS: Integrative practices; Labor; Humanized birth.

1 | INTRODUÇÃO

O parto é considerado uma experiência repleta de significados, construídos a partir da singularidade e cultura de cada mulher. Caracteriza-se como um processo normal e natural que envolve cuidados prestados a mãe e ao recém-nascido tendo suas fases incluídas no pré-parto, parto e puerpério. As práticas humanizadas do nascimento são consideradas como o respeito do profissional à fisiologia do parto, evitando intervir desnecessariamente a fim de tornar esse momento menos farmacológico, respeitando os aspectos sociais e culturais da mulher, com a oferta de suporte emocional e criação de espaços para que à mulher exerça sua autonomia durante todo o processo do trabalho de parto.

Acerca do período clínico do trabalho de parto, encontrou-se diversos artigos dos quais se destacam o de Henrique et al. (2016) que infere sobre o Trabalho de Parto (TP) como um conjunto de fenômenos fisiológicos que conduz a dilatação do colo uterino, a progressão do feto através do canal de parto e a sua expulsão para o exterior. O parto natural no seu contexto natural e fisiológico compreende a ausência de medicações, adequação das intervenções que proporcionam a mulher vivenciar o parto da forma mais natural possível em que a liberação dos hormônios acontece dentro da fisiologia do processo.

Conforme Nascimento et al. (2017), o trabalho de parto tem início com contrações uterinas fracas e com pouca frequência, com intervalos de 10 a 30 minutos entre cada contração. As contrações tornam-se mais frequentes e dolorosas quando o intervalo entre elas se aproxima de 2 a 3 minutos entre cada contração.

De acordo com Limai et al. (2017), durante a primeira fase da dilatação (fase latente), é importante orientar a parturiente a ficar em posição vertical (de pé, caminhando ou sentada) ou em decúbito lateral, estas posições possibilitam maior intensidade e maior eficiência das contrações.

No estudo de Nascimento et al. (2017), no primeiro estágio do trabalho de parto o exame de toque vaginal deve ser realizado, no máximo, a cada duas ou mais horas. A quantidade e o momento de realizar o exame vaginal devem ser considerados, com critério, para permitir a avaliação adequada do progresso do trabalho de parto.

O trabalho de parto e o parto normal trazem vantagens tanto para a mãe quanto para o bebê evidenciando o processo fisiológico e evitando o uso de procedimentos desnecessários. Proporciona uma recuperação rápida e com pouca dor no pós-parto, a criação do vínculo mãe-bebê logo no primeiro instante do nascimento, uma diminuição ou a não utilização de medicamentos o que consequentemente evita o repasse para a criança

(UNICEF, 2017).

Acerca dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto, destaca-se a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que em decorrência do uso indiscriminado das intervenções, foi sugerida mudanças na assistência ao parto hospitalar e medicalizado no Brasil, além de propor à modificação de rotinas consideradas desnecessárias, causadoras de risco e demasiadamente intervencionistas, no que se refere ao parto, como a episiotomia, a amniotomia, o enema, a tricotomia, a manobra de kristeller, assim como outras intervenções atualmente prescritas.

A proposta então da OMS não é extinguir tais intervenções, mas reduzi-las às situações de necessidade comprovada, sabendo do malefício já evidenciado por estas práticas.

Como estímulo à implementação das boas práticas na atenção ao parto recomendadas pela OMS, o Ministério da Saúde busca estimular essas práticas dividindo-as em quatro categorias, a saber: práticas que são demonstravelmente úteis e que devem ser encorajadas; práticas claramente nocivas ou ineficazes que devem ser eliminadas; práticas para as quais existem evidências insuficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com cautela enquanto pesquisa adicional esclarece a questão e práticas frequentemente usadas de maneira inadequada (BRASIL, 2016).

Ademais, importante frisar que cada método tem a sua característica específica e individualizada que irá proporcionar a parturiente um controle emocional e principalmente a redução da sensação dolorosa.

As estratégias não farmacológicas podem ser obtidas através de práticas integrativas e complementares (PIC), que valorizam a busca por mecanismos naturais através do autocuidado, tecnologias eficazes e seguras. As PIC foram vinculadas ao SUS através da portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, onde incorpora a Medicina Tradicional Chinesa: Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia e Termalismo, Crenoterapia e Medicina Antroposófica. Fazem parte atualmente da oferta de procedimentos do SUS, vinte e nove PIC (BRASIL, 2018).

A literatura tem demonstrado que entre os métodos mais utilizados estão o banho de chuveiro, a deambulação, a massagem lombossacral, o relaxamento muscular e os exercícios respiratórios, de forma combinada ou isolada, sendo efetivos no alívio e conforto da dor de parturientes em trabalho de parto, em sua fase ativa

Estudo realizado por Apolinário et al., (2016) identificou práticas realizadas na assistência ao parto e nascimento que devem ser estimuladas e outras eliminadas. Entre as devem ser estimuladas destaca o cuidado com a privacidade da mulher; a participação do acompanhante de escolha durante todo o processo, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto o incentivo do contato pele a pele da mãe e do recém-nascido e amamentação logo após o nascimento.

Dentre as práticas não recomendadas ou utilizadas com cautelas, conforme ainda

o estudo de Apolinário et al., (2016) e que foram mencionadas pelas puérperas estão a transferência da mulher durante o período expulsivo para a sala de parto, a posição de litotomia no momento do nascimento, o jejum no trabalho de parto, punção venosa de rotina, toques vaginais em curto espaço de tempo e por mais de um profissional.

Os achados em um estudo internacional apontaram que a diminuição da dor está associada como uma das maiores motivações para a utilização das práticas ou métodos não farmacológicos. Destacou-se também a redução nas taxas de realização da episiotomia de rotina, sendo e podendo também associar como um dos métodos não farmacológicos (DRESANG; YONKE, 2015).

O estudo de Henrique et al. (2016) destacou o uso da bola suíça como um dos benefícios advindos pelo fato da posição vertical favorecer o alinhamento do eixo fetal com a pelve materna, bem como a descida e progressão fetal no canal de parto, associada ao relaxamento produzido pelo exercício muscular do períneo (HENRIQUE et al., 2016).

Estudo randomizado realizado por Gallo et al. (2018) demonstrou que o grupo experimental que fez uso dos métodos não farmacológicos, apresentou redução da intensidade de dor com a realização dos exercícios respiratórios, massagem e tomar banho, o que contribui para atraso ou redução quanto ao uso de analgésicos. Como benefícios, o estudo apresentou a expulsão fetal mais rápida, melhora do estado neonatal e maior satisfação materna. Ressalta-se ainda que não houve a presença de nenhum efeito adverso.

As práticas humanizadoras do nascimento são consideradas como o respeito do profissional à fisiologia do parto, evitando intervir desnecessariamente a fim de tornar esse momento o menos medicalizado possível ofertando alternativas como métodos não farmacológicos antes dos métodos farmacológicos, a capacidade de reconhecer aspectos sociais e culturais da mulher em relação ao parto e nascimento, oferta e suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-filho; criar espaços para que à mulher exerça sua autonomia durante todo o processo (BRASIL 2017).

No estudo de Feijão; Boeckmann; Melo (2017) realizado com residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, constatou-se que demonstraram possuir embasamento teórico e humanização para apropriar-se de evidências científicas e usá-las para o emprego de métodos não farmacológicos para alívio da dor e em outras ações de enfermagem na atenção ao parto.

O profissional de saúde que assiste à parturiente deve conhecer os métodos assim como seus benefícios, enfatizando o parto como um processo fisiológico, para que os mesmos sejam aplicados de forma adequada, promovendo assim uma assistência humanizada e integral (BRASIL, 2016).

Philipp, Cunha e Cruz (2018) aponta a política de humanização reivindicando a possibilidade de atendimento dentro dos preceitos que respeitam o que já é natural, ao

fisiológico, à capacidade da mulher de poder parir seus filhos, de ter suas necessidades atendidas, enfim respeitada. No entanto, a PHPN após 14 anos de sua implantação, ainda não é possível alcançar na prática, a existência de focos específicos também na qualidade deste atendimento, então a questão da prática profissional desumanizada continua ocorrendo.

Segundo Oliveira e Mercês (2017) introduzir um modelo humanizado de parto e nascimento no contexto dos serviços de saúde ainda se configura um desafio às instituições e aos profissionais, haja vista que além da mudança das práticas predominantes e dos protocolos instituídos nos serviços, faz-se necessária uma redefinição nas relações envolvidas com os sujeitos desse processo. Segundo os autores seria necessária uma reflexão no tocante à sensibilização dos profissionais envolvidos nesse âmbito, discutindo e problematizando a efetivação do fortalecimento das redes de atenção à saúde materno-infantil.

Dessa forma, os achados deste estudo demonstram o panorama dos métodos não farmacológicos disponíveis e utilizados em diversas instituições destacados por vários autores nos quais abordaram no decorrer das suas pesquisas e experimentos, contribuindo e auxiliando para a reflexão da prática dos profissionais de saúde em relação à assistência prestada a mulheres em trabalho de parto.

O que poderá contribuir também para que possam ajudar em relação à proposição de melhorias assistenciais que permitam o aumento do indicador das práticas, métodos ou estratégias não farmacológicas no momento do trabalho de parto.

Ressaltam-se nos artigos pesquisados que os métodos não farmacológicos são práticas recomendadas tanto pela OMS quanto incentivadas pelo MS e, já utilizada por uma grande parcela de parturientes em diversas instituições, sendo o banho, a deambulação e a bola suíça, os métodos que tiveram maior destaque nos vários artigos utilizados neste estudo em relação ao trabalho de parto.

A questão norteadora do estudo foi: A inserção das práticas integrativas e complementares ajudam no trabalho de parto? Responder essa questão irá representar um progresso no conhecimento, acerca das evidências para a reorientação da atenção ao parto e nascimento, no sentido de identificar lacunas do conhecimento pelos profissionais que atuam nas unidades obstétricas, além de contribuir para o nível de conhecimento satisfatório sobre as questões que envolvem os estágios do trabalho de parto, sendo este aspecto a relevância social da pesquisa.

2 | METODOLOGIA

O referido artigo traz uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência profissional sobre a atuação das práticas integrativas e complementares no trabalho de parto junto às práticas humanizadas não medicamentosas no Centro Obstétrico.

As oficinas foram desenvolvidas como ação conjunta, partilhada entre toda a equipe do Centro Obstétrico do Hospital Universitário Materno Infantil no período de junho a agosto de 2019 em São Luís – Ma. Inicialmente foram realizadas rodas de conversas com toda equipe, tendo assim a oportunidade de uma troca de saberes e experiências pelos profissionais envolvidos nesta ação para realizarem um acompanhamento humanizado e pleno do trabalho de parto e parto das gestantes e oferecer a elas uma assistência utilizando as práticas integrativas no trabalho de parto. As parturientes foram sempre orientadas sobre as técnicas a serem utilizadas e questionadas sobre a aceitação da prática utilizada, dando escolha a esta mulher sempre uma alternativa.

3 | RESULTADOS

Houve expressivos incentivos para toda a equipe, pois as práticas foram-se tornando rotinas diárias nesse processo. O trabalho de parto foi estimulado utilizando as tecnologias não invasivas tais como bola, cavalinho, banho morno agregado com a penumbra, musicoterapia aromaterapia e fortalecendo assim o empoderamento da parturiente no trabalho de parto. Outro fator a ser relatado foi a inserção do acompanhante no processo, tendo um papel ativo realizando massagens lombo sacral, auxiliando nos movimentos na bola suíça, acompanhando e auxiliando no banho de aspersão. Através das descrições das parturientes foi se percebendo as mudanças no cenário do trabalho e progressão do parto o de parto, pois através dos depoimentos destas relatando o alívio das dores, a eficácia das práticas integrativas foram percebidas como essenciais e necessárias nesse momento. Foi observado uma redução da carga de estresse promovendo assim um relaxamento, aumentando o vínculo entre gestante e seu/a acompanhante, houve um melhor manejo da ansiedade diminuição da inibição; aumento o sentimento de acolhimento, segurança no espaço e sentimento de estar ativa e explorando suas potencialidades maternas, auxiliou-se também, na proteção do vínculo mãe-bebê. Criou-se a possibilidade de estabelecer um feedback positivo entre a equipe multiprofissional, parturientes, e acompanhantes, gerando um reconhecimento da eficácia dos serviços ofertados, oportunizando à continuidade das ações.

4 | CONCLUSÃO

A realização das oficinas levou toda a equipe a refletir, compreender que é imprescindível a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no trabalho de parto. Essas práticas renderam aprendizados e integração de todas as categorias multiprofissionais, tais como: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, proporcionando assim uma inclusão mais efetiva, continua e integral, assim como foi possível perceber a importância da presença de familiares de livre escolha da parturiente em todo trabalho

de parto. Com a adesão das práticas integrativas no trabalho de parto pela equipe multidisciplinar pode se perceber que foi compreendido que o processo de parturição necessita de uma assistência digna e de qualidade , que é necessário para isso empoderar a parturiente respeitando e apoiando suas vontades e direitos neste momento importante de sua vida.

REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, D.; RABELO, M.; WOLFF, L. D. G. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Revista Rene**. v. 17, n. 1, p. 20-8, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIc. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il.

COELHO, K. C.; ROCHA, I. M. S.; LIMA, A. L. S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. **Revista Recien**, v. 21, n. 7, p. 14-21, 2017. Disponível em: <https://recien.com.br>. Acesso em:

FEIJÃO, L. B. V.; BOECKMANN, L. M. M.; MELO, M. C. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. **Enfermagem Foco**, v. 8, n. 3, p. 35-39, 2017. Disponível em: <https://doi.org/>. Acesso em: 16 abr. 2019.

GALLO, R. B. S.; SANTANA, L. S.; MARCOLIN, A. C.; DUARTE, G.; QUINTANA, S. M. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. **J Physiother**, v. 1, n. 64, p. 33-40, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/>. Acesso em: 16 abr. 2019.

GALLO, R. B. S.; SANTANA, L. S.; MARCOLIN, A. C.; FERREIRA, C. H. J.; DUARTE, G.; QUINTANA, S. M. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, p. 1, n. 39, p. 41-8, 2011.

HENRIQUE, A. J.; GABRIELLONI, M. C.; CAVALCANTI, A. C. V. et al. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Acta Paul Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 686-92, 2016.

LIMAI, M. F. G.; PEQUENO, A. M. C.; RODRIGUES, D. P. et al. Desenvolvendo competências no ensino em enfermagem obstétrica: aproximações entre teoria e prática. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1110-6, 2017.

MEDEIROS, J.; HAMAD, G. B. N. Z.; COSTA, R. R. O.; CHAVES, A. E. P.; MEDEIROS, S. M. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 2, n. 16, p. 37-44, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/>. Acesso em: 30 abr. 2019.

MEDEIROS, M. S. M. F.; CARVALHO, J. B. L.; TEIXEIRA, G. A.; LOPES, T. R. G. Humanização do trabalho de parto e nascimento: aplicação de estratégias não farmacológicas efetivas nesse processo. **Revista Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, p. 9133-8, 2015. Disponível em: 10.5205/reuol. Acesso em: 23 abr. 2019.

NASCIMENTO, A. C. A.; LIMA, A. L. P.; ARAÚJO, J. C. et al. Assistência de enfermagem na fase latente do trabalho de parto: Relato de experiência. **Internacional Nursing Congress**, p. 9-12, 2017.

OLIVEIRA; M. C.; MERCES, M. C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Revista Enfermagem**, UFPE, v. 11, n. 6, p. 2483-9, 2017. Disponível em: 10.5205/reuol.9799-86079-1-RV. Acesso em: 16 abr. 2019.

PHILIPP; R. R.; CUNHA; T. A. R.; CRUZ, Z. V. Breve Discussão sobre a Violência Obstétrica contra as Mulheres: “Na hora de abrir as pernas ninguém reclama”. **Revista NUPEM**. Campo Mourão, v. 10, n. 21, p. 110-123, 2018. Disponível em: <http://revistanupem.unespar.edu.br>. Acesso em: 16 abr. 2019.

UNICEF. Quem espera, espera – 2017. **Cartilha da UNICEF**. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf. Acesso em: 27 abr. 2019.

CAPÍTULO 2

IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS EM UMA UNIDADE HEMOTERÁPICA

Data de aceite: 01/09/2022

Data de submissão: 18/08/2022

Emília Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis

Palmas-TO

<http://lattes.cnpq.br/9476046677679455>

Helenilva Custódio de Melo

Palmas-TO

<http://lattes.cnpq.br/0524877765185502>

Leidiene Ferreira Santos

Palmas-TO

<http://lattes.cnpq.br/8082542010566584>

RESUMO: A gestão de pessoas constitui o maior desafio da política de recursos humanos no âmbito das organizações de saúde, pois exige alinhar as pessoas, a partir de suas competências, às exigências do mercado e às metas (COSTA, 2007). Nesse sentido, o uso de sistema informatizado nas Instituições de Saúde configura-se em estratégia de gestão que corrobora conhecer a força de trabalho, competências e a qualificação dos servidores (LIMA, 2006). Através de um estudo descritivo, realizou-se um projeto de intervenção com o objetivo de implantar um Sistema de Informação em Gestão de Pessoas (SIGEP) em uma unidade hemoterápica pública localizada no município de Palmas, Tocantins, Brasil. O sistema foi desenvolvido em três etapas Primeiramente profissionais da área de Tecnologia da Informação da Instituição desenvolveu o SIGEP,

após identificação das necessidades pontuais do Núcleo de Educação Permanente (NEP) em agilizar os processos de trabalho da área e conhecer o perfil profissional dos servidores. Em seguida, realizou-se cadastro dos profissionais que atuam na unidade hemoterápica no SIGEP. Posteriormente realizou-se ajuste do sistema e emissão de relatórios. Conclui-se que as informações disponibilizadas pelo sistema permitem identificar o perfil dos servidores, a lotação e a distribuição de pessoal nas áreas, o número de servidores capacitados e as atividades educacionais realizadas mensalmente. Assim, o SIGEP pode contribuir para melhoria da gestão de pessoas nas unidades da Hemorrede.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Informação; Sistemas de Informação; Gestão de Recursos; Administração de Recursos Humanos.

IMPLEMENTATION OF AN INFORMATION SYSTEM AS A PEOPLE MANAGEMENT TOOL IN A HEMOTHERAPY UNIT

ABSTRACT: People management is the biggest challenge of human resources policy in the context of health organizations, as it requires aligning people, based on their skills, with market requirements and goals (COSTA, 2007). In this sense, the use of a computerized system in Health Institutions is a management strategy that corroborates the knowledge of the workforce, skills and qualifications of the servers (LIMA, 2006). Through a descriptive study, an intervention project was carried out with the objective of implementing a People Management Information System (SIGEP) in a public hemotherapy unit

located in the city of Palmas, Tocantins, Brazil. The system was developed in three stages, from October 2014 to April 2016. First, professionals in the Information Technology area of the Institution developed SIGEP, after identifying the specific needs of the Permanent Education Center (NEP) to streamline processes of the area and to know the professional profile of the servers. Then, the professionals who work in the hemotherapy unit at SIGEP were registered. Subsequently, the system was adjusted and reports were issued. It is concluded that the information provided by the system allows identifying the profile of the servers, the capacity and distribution of personnel in the areas, the number of trained servers and the educational activities carried out monthly. Thus, SIGEP can contribute to improving people management at Hemorrede's units.

KEYWORDS: Information Management; Information systems; Resource management; Human resource Management.

1 | INTRODUÇÃO

Algumas pesquisas realizadas em diferentes países mostram que os serviços de saúde se configuraram em um importante fator econômico. E no Brasil o setor saúde representa cerca de 4,3% da população ocupada, gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal e cerca de 3,9 milhões de postos de trabalho na área, representando 2,6 milhões de vínculos formais (IBGE 2009 *apud* MACHADO, et al 2010).

Nesse cenário ganha destaque o serviço público de assistência à saúde no Brasil, atualmente representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois se configura em uma das maiores organizações públicas de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, abrangendo os 5.565 municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados das cinco regiões geográficas do país (MACHADO et al, 2010).

A criação do SUS representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, uma nova maneira de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde. Os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização, tornaram-se paradigmas do SUS (BRASIL, 2014).

Entretanto, percebe-se que o SUS, desde sua idealização até os dias atuais, enfrenta uma série de desafios para sua efetivação plena. A trajetória do SUS rumo aos objetivos da Reforma Sanitária, no sentido de transformar o modelo de saúde vigente, excludente e autoritário, num sistema universal, integral e cidadão, é permeada por avanços e recuos em meio a uma disputa incessante de interesses políticos e econômicos (BEZERRA et al., 2012).

Muitas são as dificuldades que permeiam o SUS, tais como aspectos relacionados ao seu financiamento, organização e gestão. Entretanto, quaisquer que sejam as saídas propostas para o fortalecimento do sistema de saúde pública brasileiro, nenhuma pode

estar desvinculada de um quesito fundamental, o trabalhador da saúde (BEZERRA et al., 2012).

Desde a criação do SUS a gestão de recursos humanos é considerada um ponto crítico no setor saúde, e requer reorganização no que se refere à sua distribuição geográfico-espacial, bem como às estratégias de gestão, capacitação de pessoal e regulação profissional (BRASIL, 2014).

O SUS apresenta fragilidades relacionadas à gestão e ao uso das informações, o que compromete a organização dos serviços e, consequentemente, o atendimento das demandas dos serviços e usuários. Nota-se que, de modo geral, as informações ainda são usadas de maneira ineficiente ou não estão disponíveis em muitas organizações (MARCHIORI, 2002). Tal situação também é observada em serviços de atenção à saúde de outros países.

Para melhor gestão do SUS, criou-se a Norma Operacional Básica de recursos humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), que apresenta informações relacionadas às atribuições e responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo. Também apresenta orientações direcionadas a organização de banco de dados sobre os trabalhadores do SUS e Sistema de Informação, e Comunicação da Gestão do Trabalho da respectiva esfera de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

A implementação da NOB/RH-SUS visa facilitar o planejamento e a avaliação permanentes da capacidade de oferta de serviços, e a necessidade de trabalhadores para a realização de ações e serviços de saúde, bem como o controle social da Gestão do Trabalho (BRASIL, 2006).

A gestão de pessoas constitui o maior desafio da política de recursos humanos no âmbito das organizações de saúde, pois exige alinhar as pessoas, a partir de suas competências, às exigências do mercado e às metas (COSTA, 2007). Pois, ainda é incipiente nas instituições de saúde, a prática de uma política de recursos humanos voltada para o desenvolvimento de pessoal, qualificação profissional e capacitação de potencialidades, englobando tanto a captação quanto a retenção do trabalhador na organização (BRANQUINHO et al., 2010)

A NOB/RH-SUS estabelece que o modelo de educação permanente esteja baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS e que seja orientado para o trabalho coletivo a partir de sua própria realidade, tornando possível a implementação de novos modelos assistenciais e de gestão no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

E a introdução de novas tecnologias tem ajudado nesses arranjos. Entretanto, a introduzir sistemas informatizados em organizações de saúde no Brasil tem sido um grande desafio, pois a adoção de novos equipamentos leva à necessidade de redesenho do processo de produção de trabalho e implica em reorganização do fluxo de informação e das rotinas para racionalizar as tarefas (ÉVORA, 2006).

Nesse contexto, inquietou-nos para realização desse trabalho vivências durante

a prática profissional no Núcleo de Educação Permanente (NEP) de uma unidade hemoterápica, referência no Estado do Tocantins. Na oportunidade identificou-se ausência de sistema de informação que possibilitasse cadastro dos servidores, identificasse o perfil dos funcionários lotados na unidade e realizasse o gerenciamento das ações de capacitações realizadas pelos servidores.

Os registros cadastrais dos servidores eram realizados em impresso físico, e depois arquivados em pastas no Recursos Humanos (RH), organizadas por ordem alfabética, conforme nome dos profissionais. Conforme relata a literatura científica, essa situação pode comprometer a gestão do serviço, haja vista que registro eletrônico dos dados cadastrais dos profissionais que atuam na unidade pode corroborar otimização de tempo, organização do serviço, implementação de ações resolutivas e gestão de pessoal.

Segundo Lima (2006), a gestão de informação está dentre as áreas menos desenvolvidas na gestão do trabalho do SUS. Essa condição se deve à ausência de informações básicas referentes ao conjunto da força de trabalho e a outros dados necessários à gestão do serviço nas unidades que compõe o sistema.

Nessa perspectiva, após reflexões a partir da temática de sistema de informação como recurso para gestão de pessoas nos serviços de saúde, observou-se a necessidade da implantação de um sistema de informação como instrumento de gestão de pessoas na unidade hemoterápica que fosse capaz de registrar informações sobre o perfil profissional, competências individuais e qualificação dos servidores da Hemorrede.

Implantar um sistema informatizado configura-se em estratégia de gestão que corrobora conhecer a força de trabalho, competências e a qualificação dos servidores. Desse modo, essa pesquisa poderá contribuir para gestão e organização da unidade investigada e, consequentemente, qualificar os servidores conforme a necessidade identificada e dar visibilidade aos serviços prestados na unidade hemoterápica.

2 | CARACTERIZANDO O OBJETO DE ESTUDO: O ESTADO, A HEMOTERAPIA E A HEMORREDE

2.1 Características do Estado do Tocantins

O Estado do Tocantins, criado em 1988, fruto da emancipação do norte goiano, é a unidade federativa mais nova do Brasil, com um território de 277.621,858 quilômetros quadrados, divididos em 139 municípios. Com uma população de 1.383.445 habitantes, mais de 80% (116) dos municípios do Estado têm menos de 10 mil habitantes e 55% (76) têm menos que 5 mil habitantes, sendo o quarto Estado mais populoso da Região Norte. (IBGE, 2010).

Após a criação do Estado, houve um acelerado crescimento demográfico, impulsionado pelos fluxos migratórios, vindos de várias partes do Brasil. Dentre os aspectos

inerentes ao contingente populacional, destacam-se a população indígena com sete etnias, distribuídos em 82 aldeias, totalizando aproximadamente 10 mil índios e 29 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, localizados em sua maioria no sudeste tocantinense (IBGE, 2010; GONÇALVES, 2012).

O setor de serviços (58,1%) é o principal responsável pela formação do PIB estadual, seguido da indústria (24,1%) e da agropecuária (17,8%). No Tocantins, esse segmento da economia se concentra na capital, Palmas, e nas cidades localizadas próximas à Rodovia Belém-Brasília, em virtude do fluxo intenso de pessoas nessas localidades (IBGE, 2010; TOCANTINS, 2013).

A agropecuária é a atividade responsável por, aproximadamente, 99% das exportações do estado. A pecuária bovina de corte é um dos grandes elementos econômicos do Tocantins. O estado também é grande produtor agrícola, com destaque para o cultivo de arroz, mandioca, cana-de-açúcar, milho e, principalmente, soja (IBGE, 2010; TOCANTINS, 2013).

O setor industrial está concentrado nas cidades de Palmas, Gurupi, Porto Nacional, Araguaína e Paraíso do Tocantins. As principais indústrias são a de produtos minerais, de borracha e plástico, agroindústria e alimentícia. Sua produção é destinada principalmente ao consumo interno. Outro destaque na economia do Tocantins se refere à mineração, visto que o estado possui grandes quantidades de ouro e calcário (IBGE, 2010; TOCANTINS, 2013).

2.2 Caracterização do serviço de hemoterapia

A finalidade de um hemocentro público é o fornecimento de sangue seguro para a população, além de prestar tratamento hematológico aos portadores de doenças do sangue, particularmente as hereditárias (coagulopatias e hemoglobinopatias) através dos serviços de ambulatórios de hematologia. Suas atividades são variadas e complexas, considerando que realizam prestação de serviço/assistência e produção de bens - o processamento do sangue e a produção dos hemocomponentes (TELES, 2010).

Existem diversos modelos de gestão de hemocentros no Brasil, alguns vinculados a Secretarias de Saúde, outros são fundações públicas, uns são privados sem fins lucrativos, portanto, filantrópicos, e há aqueles ligados às universidades. Por conta disso, há uma dificuldade da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados - CGSH de estruturar a rede nacional de hemocentros, devido às particularidades organizacionais de cada região (PIVA, 2012).

Os Serviços de Hemoterapia que integram a Hemorrede nacional têm a seguinte nomenclatura e conceituação:

- HEMOCENTRO COORDENADOR - HC: entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e/ou Hematologia com a finalidade de prestar assistência

e apoio hemoterápico e/ou hematológico à rede de serviços de saúde.

- HEMOCENTRO REGIONAL - HR: entidade de âmbito regional, de natureza pública, para atuação macrorregional na área hemoterápica e/ou hematológica.
- NÚCLEO DE HEMOTERAPIA - NH: entidade de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, para atuação microrregional na área de hemoterapia e/ou hematologia.
- UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO - UCT: entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, que realiza coleta de sangue total e transfusão, localizada em hospitais ou pequenos municípios, onde a demanda de serviços não justifique a instalação de uma estrutura mais complexa de hemoterapia. Poderá ou não processar o sangue total e realizar os testes imuno-hematológicos dos doadores.
- UNIDADE DE COLETA - UC: entidade de âmbito local, que realiza coleta de sangue total, podendo ser móvel ou fixa. Se for móvel, deverá ser pública e estiver ligada a um Serviço de Hemoterapia. Se fixa, poderá ser pública ou privada.
- CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES - CTLD: entidade de âmbito local, regional ou estadual, pública ou privada, que tem como competência a realização dos exames de triagem das doenças infecciosas nas amostras de sangue dos doadores coletado na própria instituição ou em outras. A realização de exames para outras instituições só será autorizada mediante convênio/contrato de prestação serviço, conforme a natureza das instituições.
- AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - AT: localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realizar-se-á pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade (BRASIL, 2001).

A gestão da hemoterapia pública no Brasil é prioritariamente de competência estadual, com parcerias dos gestores municipais, geralmente com contrapartida de recursos humanos para a implantação e manutenção dos serviços de hemoterapia que têm como referência uma determinada área de abrangência (BECKEL e FARIAS, 2010).

2.3 Características da Hemorrede do Tocantins

A Hemorrede do Tocantins teve sua implantação em 1996, desde então vem atravessando diversas fases. Inicialmente, foi priorizada a construção da infraestrutura administrativa da rede de apoio e a implantação das unidades hemoterápicas, seguindo o modelo e as recomendações do Ministério da Saúde (MS) e instalação definitiva do HC em Palmas, capital do Tocantins, foi inaugurada em 20 de maio de 2000 (TELES, 2010).

A Hemorrede do Tocantins é 100% pública, compõe a Administração Direta da Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins (SES-TO) como Superintendência da Hemorrede, sendo constituída por 20 unidades hemoterápicas, distribuídas conforme o

Plano Diretor de Regionalização (PDR): Hemocentro Coordenador em Palmas (HCP); Hemocentro Regional em Araguaína (HEMARA); Núcleo de Hemoterapia em Gurupi (NHG); Unidade de Coleta e Transfusão em Palmas, Porto Nacional e Augustinópolis; 14 Agências Transfusionais, sendo 10 (dez) estaduais (Palmas, Paraíso, Gurupi, Dianópolis, Arraial, Miracema, Pedro Afonso, Guaraí e Xambioá), 03 (três) municipais (Colinas, Tocantinópolis e Taguatinga) e 01 (uma) filantrópica em Araguaína (CARMO, 2014).

A Hemorrede do Tocantins oferece ainda, atendimento especializado em doenças hematológicas benignas com atendimento médico e multidisciplinar nas áreas de enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e psicologia no Ambulatório de Hematologia em Palmas e Assistência Hematológica em Araguaína (CARMO, 2014).

3 | PROCESSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em uma unidade hemoterápica pública localizada no município de Palmas, Tocantins, Brasil, no período de outubro de 2014 a abril de 2016.

A pesquisa descritiva teve por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Esse tipo de pesquisa estabelece relação entre as variáveis analisadas. Variáveis relacionadas à classificação, medida e/ou quantidade que podem se alterar mediante o processo realizado (GIL, 2008).

Para essa pesquisa, realizou-se revisão da literatura científica sobre o tema “sistema de informação como recurso para gestão de pessoas nos serviços de saúde”, em bases de dados especializadas, tais como MEDLINE, LILACS e BDENF, por meio dos descritores gestão da informação, sistemas de informação, gestão de recursos e administração de recursos humanos.

Para atender aos objetivos propostos, esse estudo ocorreu em três etapas: **Etapa 1 - Desenvolvimento do Sistema de Informação em Gestão de Pessoas (SIGEP)**: realizada durante os meses de outubro de 2014 a janeiro de 2015. **Etapa 2 – Cadastro dos servidores no SIGEP**: ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2015. **Etapa 3 – Ajuste do sistema e emissão de relatórios**: realizada nos meses de agosto a outubro de 2015.

4 | RESULTADOS

Na primeira etapa do desenvolvimento do sistema, a área de TI da Instituição reuniu as informações sobre quais elementos seriam gravados no banco de dados, após isso, foram criadas todas as tabelas que iriam abrigar as informações pertinentes, desde o cadastro de todos os servidores da instituição, às atividades educacionais internas, externas e particulares.



Figura 3 – Pagina Inicial do SIGEP

Fonte: Print screen do SIGEP

O SIGEP foi desenvolvido utilizando-se de uma linguagem de programação chamada *Python*, com o *framework Django*, onde o desenvolvimento do sistema foi feito em comunicação com o NEP, o qual é composto por campos onde proporciona cadastrar dados pessoais (nome, idade, sexo, escolaridade), dados profissionais e os treinamentos, entre outros dados dos servidores que atuam na unidade hemoterápica (Figuras 5, 6 e 7), corroborando com a necessidade do setor.

```

97 if request.method == "POST":
98     resp = HttpResponseRedirect(content_type="application/pdf")
99
100    [REDACTED] = datetime.strptime(request.POST['[REDACTED]'], "%d/%m/%Y").strftime("%Y-%m-%d")
101    [REDACTED] = datetime.strptime(request.POST['[REDACTED]'], "%d/%m/%Y").strftime("%Y-%m-%d")
102
103
104 lista_lp = []
105
106 sql = """
107 sql += 'SELECT [REDACTED] AS [REDACTED] '
108 sql += 'FROM [REDACTED] AS [REDACTED] '
109 sql += 'INNER JOIN [REDACTED] AS [REDACTED] '
110 sql += 'ON [REDACTED] = [REDACTED] '
111 if request.POST['[REDACTED]'] == "0":
112     sql += "WHERE STR_TO_DATE([REDACTED], '%d/%m/%Y') BETWEEN "+[REDACTED]+ " AND "+[REDACTED]+ " ORDER BY [REDACTED]"
113 else:
114     sql += "WHERE [REDACTED]= "+request.POST['[REDACTED]']+ " AND STR_TO_DATE([REDACTED], '%d/%m/%Y') BETWEEN "+[REDACTED]
115

```

Figura 4 - Exemplo de código em Python do SIGEP.¹

Fonte: Print screen da aplicação no SIGEP

Destaca-se que não houve custo operacional nessa etapa, haja vista que ela foi desenvolvida por profissionais que integram o quadro de funcionários da unidade referenciada.

Na segunda etapa, foi realizada a construção do sistema de cadastro de servidores, pois esse seria a base do sistema para alimentar as demais sessões. Assim, o servidor do NEP solicitou ao RH as Fichas de Atualização de Servidor, registro físico que o profissional preenche ao ser admitido na instituição na qual consta e o nome completo, matrícula, endereço, função e área de atuação. Assim, iniciou-se o processo de cadastramento dos profissionais no SIGEP e à medida que se ia percebendo a necessidade de incluir novos campos, era solicitado à equipe da TI, tais ajustes.

¹ Campos censurados para preservar a privacidade das informações

Figura 5 – Cadastro dos servidores: Dados pessoais

Fonte: Print screen do SIGEP

Figura 6 – Cadastro dos servidores: Dados profissionais

Fonte: Print screen do SIGEP

Figura 7 – Cadastro dos servidores: Treinamentos externos

Fonte: Print screen do SIGEP

Na terceira etapa, realizou-se o ajuste do sistema e emissão de relatórios, no qual se pode identificar a relação dos servidores lotados no HCP, podendo ser diferenciados por área de atuação, sexo, nível de escolaridade, cargos e vínculo empregatício.

 HEMOTO HOSPITAL DE TRANSPLANTES	HEMOCENTRO COORDENADOR DE PALMAS	LS REV. 00 Página 1/8				
Localidade: Todas						
Área: Todas						
N.	ÁREA	NOME	SEXO	ESCOLARIDADE	CARGO	SITUAÇÃO
1	Oncologia	Maria das Graças Ferreira	Masculino	Educação Superior	Técnico	Ativo
2	Atendimento ao Doente	Marcos Henrique	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Enfermagem	Contratado
3	Atendimento ao Doente	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Enfermagem	Contratado
4	Agência Transplantar /Off-Peak	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
5	Oncologia	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
6	Oncologia	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
7	Atendimento ao Doente	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
8	Produção	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
9	Atendimento ao Doente	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
10	Administrativo	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
11	Administrativo	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
12	Produção	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
13	Atendimento ao Doente	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
14	Atendimento ao Doente	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
15	Produção	Edson Gomes	Masculino	Educação Fundamental	Técnico em Laboratório	Contratado
Especialização da Informação - TS			Análise Técnica em Serviços de Saúde		Contratado	
Institucionalização dos Profissionais			Análise Técnica em Serviços de Saúde		Contratado	

Figura 8 – Modelo de Relatório: Lista de servidores

Fonte: Print screen do SIGEP

E para que as informações fossem compatíveis com a realidade, continuamente são realizadas atividades de atualização dos cadastros, fazendo a inserção dos dados relacionados a participação dos servidores em eventos científicos, treinamentos, capacitações, dentre outros, de modo que esses relatórios emitidos, ajudem na caracterização dos servidores da Instituição, possibilitando uma melhor gestão de RH.

Para segurança e manejo das informações, o acesso ao SIGEP é restrito aos servidores do NEP e RH através de *login* e senha, onde os registros e alterações ficam salvos com data e horário das últimas ações.

Os servidores removidos, transferidos ou que solicitam licença por interesse particular são inativados do sistema, mas não são excluídos por fazerem parte da mesma Secretaria de Estado e assim forma-se um banco de dados com as informações dos servidores que já passaram pela Instituição.

5 | DISCUSSÃO

Para que a gestão de informação seja eficaz, é necessário que se estabeleça um conjunto de políticas coerentes que possibilitem o fornecimento de informações relevantes com qualidade suficiente, precisa, transmitida para o local certo, no tempo correto, com o custo apropriado, e com facilidades de acesso por parte dos utilizadores (REIS, 1993). Benito e Licheski (2009, p. 02) exemplificam que,

Os sistemas de informação, enquanto instrumentos de trabalho na saúde, são importantes recursos computacionais de apoio às ações administrativo-burocráticas e àquelas ancoradas em conhecimentos técnico-científicos, sobretudo as que dependem de informações atualizadas. Estes são capazes de estruturar, operacionalizar, supervisionar, controlar e avaliar o desempenho do departamento/serviço/unidade.

Destaca-se que o SUS demonstra grande fragilidade na gestão do uso da informação e uma carência organizacional cada vez maior de informações para o atendimento de suas demandas a partir de um intervalo de tempo cada vez mais restrito (MARCHIORI, 2002, BEZERRA et al, 2012).

Entretanto, a criação de um sistema de informação, por si só, não implica que o

sistema funcionará bem e responderá, de maneira satisfatória, àquilo que dele se espera. Além das normas, portarias e regulamentações a ele concernentes é muito importante que sejam devidamente formados os recursos humanos para a sua boa operacionalização (BRASIL, 2009).

Portanto, para que os sistemas de informação sejam uma ferramenta de apoio às atividades e auxiliar as decisões é necessário que essas informações sejam organizadas e de fácil acesso, tornando-se recursos tecnológicos capazes de potencializar a busca pelo conhecimento, a acessibilidade e, sobretudo a efetividade das atuações dos profissionais de saúde (BENITO e LICHESKI, 2009).

6 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo informações do RH da SES-TO, no período pesquisado, havia cerca de 12.490 servidores estaduais lotados no órgão, sendo estes concursados, contratados e comissionados. Na Hemorrede do Estado encontra-se 530 servidores distribuídos nas unidades hemoterápicas, destes 270 (51%) estão cadastrados no SIGEP e estão lotados nas áreas do Hemocentro Coordenador, UCT de Palmas e AT's dos Hospitais Estaduais de Palmas (HGP e HMDR).

O SIGEP trabalha com informações pessoais, profissionais, dados de capacitação, cursos relacionados ao trabalho e gerenciamento de treinamentos, emite relatórios de acordo com a necessidade das informações e a seleção das variáveis, possibilitando a análise de dados e oportunidades de melhorias, adequações, distribuição e estabelecimento de metas e prioridades de treinamentos e capacitações. Permitindo identificar o perfil dos servidores, a lotação, a distribuição de pessoal nas áreas, o número de servidores capacitados e as atividades educacionais realizadas mensalmente. O que poderá ajudar na identificação de assuntos prioritários para capacitações e assim propor intervenções para implementação da educação permanente na Hemorrede.

REFERÊNCIAS

BENITO, Gladys Amélia Vélez; LICHESKI, Ana Paula. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 447-450, 2009.

BEZERRA, Elenimar Costa et al. **Uma análise da qualificação profissional com base na avaliação de desempenho do plano de cargos, carreiras e remuneração e sua relação com a política de educação permanente da SESAP/RN**. 2012.

BRANQUINHO, N.C.S.S., et al. **Processo de Seleção de Enfermeiros de um Hospital de Ensino da Região Centro-Oeste de Brasileira**. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.394-9, jul/set. 2010.

BRASIL, IBGE. **Censo Demográfico**, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=to>> Acesso em: 06 jun 2016

_____. Ministério da saúde. **Caderno de informação: sangue e hemoderivados**, 7 ed. Brasília-DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2009. <disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica>> acesso do em 15 maio2015.

_____. **Resolução - RDC N° 34, de 11 de junho de 2014** <disponível em <http://portal.anvisa.gov.br>> acesso em 14 maio 2015.

CARMO, Cristiane Coelho. **O que nos contam as não conformidades no Hemocentro Coordenador de Palmas**. 2014. 51 p. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva - Área de Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde com Ênfase em Serviços de Hemoterapia) - Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia. Palmas, 2014.

COSTA, Eliezer A. **Gestão Estratégica**: da empresa que temos para a empresa que queremos. 2 ed. São Paulo: Saraiva. 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Paulo Rogério. **Os Territórios Quilombolas no Tocantins** <<http://www.apato.org.br/documentos/cartilha-quilombolas-do-tocantins-web.pdf>> Acesso em: 02 de jun 2016.

LIMA, M. B. P. **A Gestão da Qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais universitários**. O caso do Hospital de clínicas da UNICAMP. 2006. Dissertação (Mestrado) Faculdade de engenharia mecânica. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

MARCHIORI, P.Z. **A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional**. Ciência da Informação, Brasília, DF, v.31, n.2, p. 72-79, maio/ago. 2002.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Elaine dos Santos; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

REIS, C. **Planejamento Estratégico de Sistemas de Informação**. Lisboa. Presença, 1993.

TELES, Luciene Calderari. Forma de financiamento do Sistema Único de Saúde para custeio de Unidades hemoterápicas da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. In: BRASIL. Ministério da saúde. (Org.). **Gestão de Hemocentros: relatos de práticas desenvolvidas no Brasil**: I curso de Especialização em Gestão de Hemocentros: Resumos das monografias finais. Brasília-DF, 2010.

TOCANTINS, GOVERNO DO ESTADO DO. **Indicadores Socioeconômicos do Estado do Tocantins.** Secretaria do Planejamento e da Modernização da Gestão Pública. Departamento de Pesquisa e Zoneamento Ecológico-Econômico (Palmas-TO/2013). SEPLAN/TO, 2013. Disponível em: <<http://central3.to.gov.br/arquivo/239017/>>. Acesso em: 06 jun 2016.

PIVA, T. **Entraves na Gestão: Estruturação de uma rede nacional de hemocentros é dificultada por diferentes modelos de gestão**, HEMO em Revista, Ano IV, vol.20, p. 24-28, abril/maio/junho 2012.

CAPÍTULO 3

O METÓDO PILATES EM PACIENTES COM LOMBALGIAS CRÔNICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/09/2022

Iala de Siqueira Ferreira

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio /
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/4536229747809167>

Antonio Rafael da Silva

Universidade Regional do Cariri-URCA / Crato-
CE
<http://lattes.cnpq.br/8921696972466960>

Antônia de Fátima Rayane Freire de Oliveira
<http://lattes.cnpq.br/4145760669327091>

Daniela Ferreira Marques

Escola de Saúde Pública do Ceará / Fortaleza-
CE
<http://lattes.cnpq.br/8914739306121903>

Márcia Soares de Lima

Escola de Saúde Pública do Ceará / Fortaleza-
CE
<http://lattes.cnpq.br/5585831944267218>

Henrique Hevertom Silva Brito

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio /
UNILEÃO / Juazeiro do Norte-CE <http://lattes.cnpq.br/8858862625910714>

Joel Freires de Alencar Arrais

Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte
Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8019008630931040>

Maria Déborah Ribeiro dos Santos

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio-
UNILEÃO / Juazeiro do Norte-CE <http://lattes.cnpq.br/3649254331734262>

Dálet da Silva Nascimento

Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte
Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9193074014798125>

Francisco Brhayan Silva Torres

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio-
UNILEÃO / Juazeiro do Norte-CE <http://lattes.cnpq.br/0060208867382686>

Swellen Martins Trajano

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio-
UNILEÃO / Juazeiro do Norte-CE <http://lattes.cnpq.br/0972381196322571>

Denys Clayson de Brito Pereira Filho

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio-
UNILEÃO / Juazeiro do Norte-CE <http://lattes.cnpq.br/8899797470803317>

Ana Paula Pinheiro da Silva

Universidade Regional do Cariri-URCA / Crato-
CE
<http://lattes.cnpq.br/4309835642253400>

Antônia Caroliny Pereira dos Santos

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio-
UNILEÃO / Juazeiro do Norte-CE
<https://orcid.org/0000-0002-8554-5151>

Marina Luiza Souza Lucindo

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio-
UNILEÃO / Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/9088969193799515>

Maria Ruth Oliveira da Silva

Centro Universitário de Juazeiro do Norte-
UNIJUAZEIRO
<http://lattes.cnpq.br/5114585861491435>

RESUMO: O objetivo do estudo é relatar a experiência do método Pilates em pacientes diagnosticados com lombalgia crônicas atendidas em uma clínica privada em uma cidade localizada no interior do estado Ceará. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, que consistiu descrever as percepções e vivências de um Fisioterapeuta em relação aos cuidados e orientações para pacientes com lombalgia crônicas submetidas a um protocolo de tratamento baseado no método Pilates. O atendimento desses pacientes aconteceu durante os meses de Janeiro à Maio de 2019, no município de Nova Olinda-CE. A prática continua do Pilates é capaz de promover bem-estar geral ao praticante do método, pois promove uma melhora na flexibilidade, na consciência e na percepção corporal. A partir dessa experiência podemos perceber que o Pilates é capaz de proporcionar inúmeros benefícios para o indivíduo com dor lombar crônica, mostrando como uma opção terapêutica disponível para prescrição de uma intervenção diferenciada. Os benefícios consistem em promover redução do quadro álgico, aumento da flexibilidade dos músculos da cadeia posterior e melhora no desempenho funcional. A experiência relatada, tornou-se uma prática integrada de aprendizado durante a prática profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Pilates. Lombalgia Crônica. Fisioterapia.

ABSTRACT: The objective of the study is to report the experience of the Pilates method in patients diagnosed with chronic low back pain treated at a private clinic in a city located in the interior of the state of Ceará. This is a descriptive research, of the experience report type with a qualitative approach, which consisted of describing the perceptions and experiences of a physical therapist in relation to care and guidance for patients with chronic low back pain submitted to a treatment protocol based on the Pilates method. The care of these patients took place from January to May 2019, in the municipality of Nova Olinda-CE. The continuous practice of Pilates is able to promote general well-being to the practitioner of the method, as it promotes an improvement in flexibility, awareness and body perception. From this experience we can see that Pilates is capable of providing numerous benefits to the individual with chronic low back pain, showing as a therapeutic option available for prescribing a differentiated intervention. The benefits consist of promoting a reduction in pain, increasing the flexibility of the posterior chain muscles and improving functional performance. The reported experience became an integrated learning practice during professional practice.

KEYWORDS: Pilates. Chronic Low Back Pain. Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

O método Pilates foi desenvolvido por Joseph Hubertus Pilates no período da Primeira Guerra Mundial. Joseph era um alemão que sofria por diversas enfermidades, apresentando um quadro de fraqueza muscular extrema. Sua condição clínica incentivou-o a estudar e buscar alternativas para aumentar sua performance muscular, por meio de diversos exercícios totalmente diferentes dos que já era praticados em sua época. Ao se mudar para os Estados Unidos, seus exercícios passaram a ser utilizados por bailarinos, mas toda a metodologia técnica era de uso exclusivo de Joseph Pilates. Entretanto, apenas na década de 80 que o seu método ganhou reconhecimento a nível mundial, e somente

nos anos 90 passou a ser utilizada também no campo da reabilitação (SILVA; MANNRICH, 2009).

Alguns princípios básicos são utilizados no método Pilates dentre eles destacam-se: Concentração, Respiração, Fluidez, Controle, Precisão e Centralização. Essa técnica por dispor de exercícios diversificados pode ser aplicada em todas as pessoas das mais variadas faixas etárias, diferentes níveis de condicionamento, na reabilitação, pós-reabilitação, relaxamento, melhora da postura, fortalecimento muscular, resistência muscular e inúmeras outras finalidades (MOREIRA; SOARES, 2017)

A prática continua do Pilates é capaz de promover bem-estar geral ao praticante do método, pois promove uma melhora na flexibilidade, na consciência e na percepção corporal (VIEIRA; FLECK, 2013). Durante a execução dos exercícios são realizadas contrações isotônicas (concêntrica e excêntrica) e, sobretudo, isométricos, a qual Joseph Pilates nomeou de centro de força. Este centro de força engloba os músculos abdominais, glúteos e paravertebrais lombares, essa musculatura funciona na estabilização estática e dinâmica do corpo humano. Dessa forma, ao realizar os exercícios na fase expiratória deve-se associar a contração do músculo diafragma, transverso do abdômen, multifídios, e músculos do assoalho pélvico (FERREIRA; MARTINS; CAVALCANTI, 2016).

Ador lombar ou lombalgia é uma das principais causas de afastamento das atividades laborais e com elevados custos para o sistema de saúde brasileiro. Afeta cerca de 70 a 80% da população sendo considerada um problema de saúde pública. Essa disfunção torna-se crônica em 10 a 15% da sociedade, impossibilitando na realização das atividades diárias, sociais e do trabalho. No Brasil, as disfunções na coluna vertebral são consideradas a primeira causa de pagamentos de auxílio-doença e a terceira causa de aposentadoria por invalidez (ALENCAR; TERADA, 2012).

Observa-se um aumento constante pela procura de tratamentos para afecções na coluna, gerando grandes demandas em hospitais e clínicas, expandindo as despesas em cuidados com assistência em saúde, acarretando gastos financeiros para os setores públicos e privados. Existem inúmeros fatores de risco que podem contribuir para o surgimento das dores lombares, dentre eles pode-se citar: a má postura, trabalhos estáticos sem movimentação constante do corpo, levantamento contínuo de peso, o estresse e inúmeros outros fatores (BIANCHI *et al.*, 2016).

A lombalgia é classificada conforme a duração do episódio álgico que pode ser aguda, a qual a dor surge de forma súbita e que pode perdurar por até seis semanas, também pode ser subaguda que pode durar de 6 a 12 semanas e crônicas com duração superior a 12 semanas. (LIZIER; PEREZ; SAKATA, 2012).

São diversos recursos fisioterapêuticos que podem ser utilizados para o tratamento da lombalgia, amplamente descritos na literatura. Entretanto, a melhor evidência científica é a prática regular de exercícios físicos. Sobre esse cenário, o método Pilates é capaz de reduzir os níveis álgicos de dores lombares e, consequentemente, os danos causados

pela afecção dolorosa nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades de vida prática (AVP), visto que, os exercícios do Pilates são excelentes para promover a estabilização na coluna vertebral (PEREIRA *et al.*, 2012).

Dessa forma, a presente pesquisa, justifica-se pela necessidade cada vez mais frequente, utilizar métodos alternativos para o tratamento da dor lombar, dentre esses métodos podemos destacar o Pilates que se mostra significante delinear suas repercussões terapêuticas em quadros álgicos lombares, e assim oferecer mais informações aos profissionais que trabalham com o Pilates e também para a população em geral.

O trabalho objetivou-se relatar a experiência do método Pilates em pacientes diagnosticados com lombalgia crônicas atendidas em uma clínica privada em uma cidade localizada no interior do estado Ceará.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é descritiva, do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, que consistiu descrever as percepções e vivências de um Fisioterapeuta em relação aos cuidados e orientações para pacientes com lombalgia crônicas submetidas a um protocolo de tratamento baseado no método Pilates. O atendimento desses pacientes aconteceu durante os meses de Janeiro à Maio de 2019, no município de Nova Olinda-CE.

De acordo com os dados do IBGE (2022), Nova Olinda é um município pertencente ao estado do Ceará, localizada na microrregião Cariri, mesorregião Sul Cearense, Região Metropolitana Cariri, a 584 Km da capital Fortaleza. Possui uma população estimada para o ano de 2021 cerca de 15.798 mil pessoas e área territorial de 282,584 Km².

A experiência relatada neste estudo refere-se aos atendimentos realizados por um fisioterapeuta por meio do Pilates para pacientes diagnosticadas com Lombalgia Crônicas. Os atendimentos aconteceram em uma clínica privada de fisioterapia. Os participantes da pesquisa incluíram 6 pessoas, sendo 4 homens e 2 mulheres. O público era adulto-jovem com faixa etária variando entre 25 a 45 anos.

Por meio de um diário de campo era como o fisioterapeuta constava o planejamento das atividades desenvolvidas com os pacientes. Assim, neste diário foram registradas as orientações fisioterápicas perpassada pelo profissional, organizado da seguinte forma: Data, horário, local do atendimento, história clínica, história medicamentosa, história preegressa, queixas ou incômodos musculoesqueléticos, avaliação física específica da fisioterapia e as orientações de educação em saúde.

As informações contidas no diário de campo foram transcritas e feita uma análise astuciosa das ideias registradas. Primeiramente realizou-se a leitura desse material e logo em seguida organizado essas informações em quadro para uma maior exploração do conteúdo.

Por se tratar de uma pesquisa do tipo relato de experiência, o trabalho não foi

submetido ao comitê de ética em pesquisa, mas vale salientar, que o estudo respeitou todos os princípios éticos presente na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Para nortear a condução da avaliação, elaborou-se uma ficha de avaliação contemplando os seguintes elementos: Identificação socioeconômica, Queixas principais, História Clínica Atual, Patologias Associadas, Exames Complementares, Exame Físico (Inspeção e palpação), História Social, Mensuração da Dor através da Escala Visual Analógica (EVA), Avaliação Postural, Avaliação Vascular, Perimetria de Membros Inferiores, Mensuração da Amplitude de movimento e Força Muscular.

Antes de iniciar os atendimentos, como protocolo estabelecido pela clínica o profissional realizava a aferição dos sinais vitais: Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Temperatura Corpórea (T°) e Saturação de Oxigênio (SPO2).

Na avaliação postural, observou-se que esse público na grande maioria apresentava alguma alteração postural, tais como: aumenta da curvatura lombar, anteriorização de cabeça, anteriorização pélvica e inúmeras outras modificações encontradas durante a avaliação.

Após a avaliação, esses pacientes recebiam orientações ergonômicas para o cuidado de sua postura e para realização de atividades de vida diária, na tentativa de facilitar seu cotidiano, amenizar algias posturais, compensações corporais e promover uma melhor qualidade de vida.

Para os praticantes que estavam iniciando a prática do Pilates, inicialmente era trabalhado o controle da respiração para que essas pessoas adquirissem consciência corporal associado a ativação da musculatura abdominal, uma vez que, para a realização do exercício de forma adequada o controle desses músculos é fundamental para garantir a estabilização da coluna vertebral.

Antes de dar início as aulas, o terapeuta indagavam com o paciente sobre a sua percepção de dor, através da Escala Visual Analógica (EVA). Ao finalizar a aula, mensurava-se essa percepção de dor. Todos os pacientes relatavam sensação de bem-estar e melhora do seu quadro álgico.

Os exercícios eram orientados de acordo com a condição clínica e a necessidade do paciente. Durante a realização das aulas de Pilates, tolerava-se apenas 3 alunos por horário, a fim de garantir uma maior assistência para esses usuários. A duração das aulas era de 1 hora e a quantidade de vezes por semana ficava a critério do paciente, no entanto, o fisioterapeuta orientava que prática do Pilates fosse realizada pelo menos 2 vezes na semana para que aluno obtivesse melhores resultados na amenização dos quadros álgicos na região lombar.

Os exercícios prescritos tinham enfoque em promover uma melhoria na mobilidade da coluna vertebral, como também na estabilização lombar, por meio do fortalecimento dos músculos paravertebrais e a ativação da musculatura do abdômen, o qual garantem essa estabilidade segmentar. Os exercícios eram realizados no Reformer, Chair, Cadillac e Barrel, além do Mat Pilates (exercícios realizados em solo, sem o auxílio de aparelhos).

DISCUSSÕES

Segundo Silva e Mannrich (2009) mostraram através de uma revisão sistemática que o Pilates é uma estratégia terapêutica eficaz para o fisioterapeuta na reabilitação com diversos benefícios e poucas contraindicações. Alguns estudos apresentam contraindicações relativas, que as mesmas não impedem a aplicação do método, mas em alguns casos é necessário cautela ou é exigido alguma adaptação dos exercícios.

Bianchi *et al.*, (2016) realizaram uma pesquisa experimental com efeito comparativo sobre o método Pilates no solo e Water Pilates em relação a qualidade de vida e de dor de pacientes com lombalgia. Os resultados encontrados mostraram que ambos métodos são efetivos na melhoria da intensidade de dor e qualidade de vida dos pacientes que apresentam quadros álgicos na região lombar. Corroborando com Storch *et al.*, (2015) evidenciaram que o Pilates é capaz de promover melhora da dor, da flexibilidade e da qualidade de vida dos pacientes sedentários que sofrem com dor lombar crônica.

No ensaio clínico, controlado e randomizado desenvolvido por Silva *et al.*, (2018) a qual submeteram 16 pacientes a um protocolo de tratamento através do método Pilates para pacientes com lombalgia crônica, de ambos os sexos e faixa etária entre 30 e 60 anos. Dividiu-se em dois grupos: o grupo experimental realizou Pilates e o grupo controle a um protocolo de exercícios cinesioterapêuticos convencionais. Em divergência com os autores supracitados a pesquisa mostrou quando compararam os participantes do grupo controle que o método Pilates não demonstrou escores superiores em relação a intensidade de dor e incapacidade funcional.

De acordo com Galdino *et al.*, (2015) verificaram os efeitos do método de Pilates em pacientes com lombalgia crônica inespecífica incluiram através de um estudo de revisão sistemática que o Pilates proporciona redução da dor e das incapacidades funcionais em indivíduos portadores de lombalgia crônica inespecífica.

Segundo Vecchi, Minasi e Nora (2015) avaliaram os benefícios do Pilates no solo em mulheres com lombalgias na faixa etária de 40 a 60 anos, o resultado desse estudo concluiu que o método Pilates proporcionou fortalecimento dos músculos paravertebrais e abdominais reduzindo significativamente a dor lombar e a qualidade de vida. A pesquisa reforça que o Pilates é uma boa alternativa de tratamento diante do leque de recursos que a fisioterapia dispõe. No entanto, ressalta-se que novos estudos sejam realizados com período de tempo e amostragem maior o que irá proporcionar mais informações sobre o

assunto abordado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, o Pilates é capaz de proporcionar inúmeros benefícios para o indivíduo com dor lombar crônica, mostrando como uma opção terapêutica disponível para prescrição de uma intervenção diferenciada. Os benefícios consistem em promover redução do quadro álgico, aumento da flexibilidade dos músculos da cadeia posterior e melhora no desempenho funcional.

Na literatura ainda não há evidências suficientes para a realização de um programa de exercícios específicos, utilizando-se do Pilates como recurso eficaz no tratamento da dor lombar crônica. Enfatiza-se que mais estudos sejam realizados para poder avaliar, prevenir e tratar as algas lombares, e dessa forma obter parâmetros pré-estabelecidos na prescrição de exercícios.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M.C.B; TERADA, T.M. O afastamento do trabalho por afecções lombares: repercussões no cotidiano de vida dos sujeitos. **Rev Ter Ocup Univ. São Paulo** v.23, n.1, p.44-51, 2012.
- BIANCHI, A.B. *et al.* Estudo comparativo entre os métodos Pilates no solo e Water Pilates na qualidade de vida e dor de pacientes com lombalgia. **Cinergis**. v. 17, n. 4, 2016.
- FERREIRA, T.N; MARTINS, P.C.M.L; CAVALCANTI, D.S.P. O método Pilates em pacientes com lombalgia. **Saúde & Ciência em ação**, v. 2, n. 1, p. 56-65, 2016.
- GALDINO, I.I *et al.* Efeitos do método pilates em pacientes com lombalgia crônica inespecífica: revisão sistemática. **REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS E SAÚDE-RICS**, v. 2, n. 3, 2015.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Portal Cidades**. [Acessado em: 19 de Maio, 2022]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/nova-olinda/panorama>
- LIZIER, D.T; PEREZ, M.V; SAKATA, R.K. Exercícios para tratamento de lombalgia inespecífica. **Rev. Bras. Anestesiol.** v.62, n.6, 2012.
- MOREIRA, F.; SOARES, J.C. Os benefícios do método Pilates em pacientes com hiperclfose. **Uningá Journal**, v. 52, n. 1, 2017.
- SILVA, A.C.L.G; MANNRICH, G. Pilates na reabilitação: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento (Physical Therapy in Movement)**, v. 22, n. 3, 2009.
- SILVA, P.H.B. *et al.* O efeito do método Pilates no tratamento da dor lombar crônica: um estudo clínico, randomizado e controlado. **BrJP** , v. 1, p. 21-28, 2018.

STORCH, J. et al. O método pilates a associado a orientações de estilo de vida em pacientes com lombalgia crônica. **Life Style**, v. 2, n. 2, p. 53-66, 2015.

VECCHI, K.C.B.M; MINASI, L.B. Avaliação dos benefícios do Pilates no solo em mulheres com lombalgias na faixa etária de 40 a 60 anos. **Revista Movimenta ISSN**, v. 1984, p. 4298, 2015.

VIEIRA, T. M. C.; FLECK, C. S. A influência do Método Pilates na dor lombar crônica: uma revisão integrativa. **Série: Ciências da Saúde**. v. 14, n. 2, p. 285-292, 2013.

CAPÍTULO 4

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRIL NO ESTADO DE PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2009 A 2019: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO E PADRÃO TEMPO ESPACIAL

Data de aceite: 01/09/2022

Data de submissão: 05/08/2022

Nadriely da Silva Lima

Bacharela em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco / Centro Acadêmico de

Vitória

Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/0669879826496550>

Rosiele de Santana Mendes

Bacharela em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco / Centro Acadêmico de

Vitória

Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1031528180769281>

Sandro da Silva Albuquerque

Bacharel em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco / Centro Acadêmico de

Vitória

Vitória de Santo Antão – Pernambuco

Amanda Priscila de Santana Cabral Silva

Docente da Universidade Federal de Pernambuco / Centro Acadêmico da Vitória /

Departamento de Saúde Coletiva

Vitória de Santo Antão - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/7471840998821965>

RESUMO: Considera-se mulheres em idade fértil (MIF) àquelas entre 10 e 49 anos de idade. O óbito de MIF é considerado um evento de grande impacto em todo o mundo. O perfil de adoecimento entre mulheres diverge de acordo com as diversas características, sendo

os países e regiões de baixa renda os mais acometidos. **OBJETIVO:** Analisar o perfil dos óbitos de MIF no estado de Pernambuco entre os anos de 2009 e 2019. **METODOLOGIA:** Foi desenvolvido um estudo descritivo e transversal, utilizando-se dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade obtidos por meio do site do Datasus. Foram apresentadas as características epidemiológicas dos óbitos de MIF residentes em Pernambuco, entre os anos de 2009 e 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: No período analisado foram notificados 35.265 óbitos de MIF em Pernambuco, com o predomínio de mulheres pardas (64,2%), solteiras (61,4%), com faixa etária entre 40 e 49 anos (48,1%) e com escolaridade média de 4 a 7 anos de estudo (24,8%). Quanto à causa-morte se destacam-se as neoplasias (23,09%), doenças do aparelho circulatório (20,34%) e causas externas (18,10%). A distribuição da tendência temporal revela redução estatisticamente significante da mortalidade de MIF em Pernambuco, enquanto a análise espacial revela taxas mais elevadas (superiores a 11,1 óbitos/100 mil habitantes) em municípios da Zona da Mata Sul, Agreste e parte do Sertão. **CONCLUSÃO** Com perfil de óbitos ocasionados por neoplasias, doenças do aparelho circulatório e causas externas, o resultado se assemelha aos demais casos ocorridos no Brasil e no mundo espera-se que este estudo auxilie na compreensão do perfil dos óbitos de MIF no estado de Pernambuco, trazendo subsídio para os gestores da saúde no processo de monitoramento e na tomada de decisão para traçar medidas de combate as morbidades causadoras da mortalidade desse

grupo.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Reprodutiva, Mortalidade, Vigilância Epidemiológica, Análise Espacial.

DEATHS OF WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN THE STATE OF PERNAMBUCO IN THE YEARS 2009 TO 2019: EPIDEMIOLOGICAL SCENARIO AND SPATIAL TIME PATTERN

ABSTRACT: Women of childbearing age are considered to be those between the ages of 10 and 49. The death of Women of childbearing age is considered an event of great impact worldwide. The profile of illness among women differs according to various characteristics, with low-income countries and regions being the most affected. **OBJECTIVE:** To analyze the profile of deaths from Women of childbearing age in the state of Pernambuco between the years 2009 and 2019. **METHODOLOGY:** A descriptive and cross-sectional study was developed, using data from the Mortality Information System obtained through the Datasus website. The epidemiological characteristics of Women of childbearing age deaths residing in Pernambuco, between the years 2009 and 2019, were presented. **RESULTS AND DISCUSSION:** In the analyzed period, 35,265 deaths of Women of childbearing age in Pernambuco were notified, with a predominance of brown women (64.2%), single (61.4%), aged between 40 and 49 years (48.1%) and with an average education of 4 to 7 years of study (24.8%). As for the cause of death, neoplasms (23.09%), circulatory system diseases (20.34%) and external causes (18.10%) stand out. The distribution of the temporal trend reveals a statistically significant reduction in mortality from Women of childbearing age in Pernambuco, while spatial analysis reveals higher rates (greater than 11.1 deaths/100,000 inhabitants) in Zona da Mata Sul, Agreste and part of Sertão. **CONCLUSION:** With a profile of deaths caused by cancer, circulatory system diseases and external causes, the result is similar to other cases in Brazil and worldwide. It is expected that this study will help in the understanding of the profile of deaths of Women of childbearing age in the state of Pernambuco, bringing subsidy for health managers in the process of monitoring and decision-making to draw measures to combat the morbidities that cause the mortality of this group.

KEYWORDS: Reproductive Health, Mortality, Epidemiological Surveillance, Spatial Analysis.

1 | INTRODUÇÃO

O grupo de mulheres em idade fértil (MIF) correspondem aquelas com faixa etária dos 10 aos 49 anos de idade. No Brasil, os óbitos de mulheres nessa faixa etária, exigem que a notificação ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS) seja realizado em até 30 dias após sua ocorrência e a investigação desses óbitos deve ser concluída e informada no SIM, em até 120 dias após a ocorrência, para se considerar oportuna (BRASIL, 2014). O óbito de MIF é considerado um evento de grande impacto em todo o mundo, porém seu perfil diverge entre as regiões de alta e baixa renda (MADEIRO, 2018).

Nas últimas décadas o mundo passou por modificações no perfil das morbilidades

e mortalidade. A transição da saúde afeta toda população, homens, mulheres e crianças nos diversos países é resultante de mudanças nos campos: demográfico, de adoecimento e principalmente nos fatores de riscos que afeta a saúde da população. A transição epidemiológica reflete diretamente nas principais mudanças nas causas de óbitos e adoecimento, havendo mudanças no perfil que ora era caracterizado por doenças infecciosas e passou a configurar em sua maioria por doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e câncer (OMS, 2011).

As iniquidades sociais, especialmente de gênero e da distribuição de recursos básicos como renda, educação, acesso a atenção à saúde, desigualdade na política, dentre diversos fatores que interferem no perfil de adoecimento e influenciam na precariedade da assistência à saúde e diminuição do bem-estar. É importante ressaltar que perfil da mortalidade durante os anos reprodutivos (MIF) são muito distintos entre os países de baixa e alta renda (OMS, 2011).

No mundo a metade dos óbitos de MIF resulta particularmente de doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias crônicas. Nos países ricos as principais causas de óbitos de MIF são os acidentes de trânsito, o suicídio e o câncer de mama, que juntas representam um pouco mais de um óbito para cada quatro. Enquanto nos países de baixa renda as principais causas são HIV/AIDS, condições maternas e tuberculose, que juntas representam um óbito a cada dois (OMS, 2011).

Um estudo realizado na cidade de Guanambi/BA aponta diferenças entre o perfil da mortalidade de MIF, onde se pode destacar que nas mulheres com faixa etária entre 40 e 49 anos possui maior frequência de óbitos, destacando a peculiaridade dos óbitos com causa-morte ligada ao período gravídico foi mais ocorrente nas mulheres com faixa etária entre os 20 aos 29 anos (OLIVEIRA, SILVA e TEIXEIRA, 2017).

Com o intuito de contribuir para o conhecimento sobre a temática, o presente estudo tem como objetivo geral analisar o perfil dos óbitos de mulheres em idade fértil no estado de Pernambuco entre os anos de 2009 a 2019. Propôs especificamente, compreender a taxa de mortalidade de MIF ao longo dos anos estudados, analisar o perfil dos óbitos de MIF em Pernambuco, segundo CID-10 e descrever o perfil segundo variáveis sociais.

2 | TRANSFORMAÇÕES DO PERFIL DE ADOECIMENTO E MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRIL

No primeiro momento deficiências nutricionais, água imprópria para uso e precariedade no saneamento básico acarretava para crianças e mulheres altos níveis de mortalidade, agravados principalmente pela falta de cuidados durante a infância, gravidez, parto e puerpério. Ao decorrer dos anos com avanços da indústria e das tecnologias novos desafios surgiram, dos quais excesso de peso e obesidade, a falta de atividade física, o uso de tabaco, álcool e outras drogas, violência contra as mulheres e riscos ambientais, como

a baixa qualidade do ar urbano e mudança climática ganham maior espaço (OMS, 2011).

Em países desenvolvidos acidentes de trânsito, suicídios e neoplasias juntas representam as principais causas dos óbitos gerais, somadas alcançam mais de 25% (MADEIRO, 2018). Doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, demência e câncer, predominam entre as 10 principais causas de óbito entre as MIF, juntas representam mais de quatro óbitos a cada dez (OMS, 2011). Em contrapartida os países em desenvolvimento cerca de 50% dos óbitos de MIF são ocasionados pelas infecções por HIV/ Aids, causas maternas e tuberculose (MADEIRO, 2018).

Proporcionalmente as mudanças no perfil de adoecimento o perfil epidemiológico, que envolve a mortalidade, sofreu alterações que são diretamente influenciadas pelas características e hábitos de cada localidade. É valido ressaltar que a mortalidade representa um indicador de saúde muito importante, por apresentar disponibilidade de dados por via de registro vitais e por apresentar conceito incontestável do que é a morte (OLIVEIRA, 2017).

No Brasil indicadores epidemiológicos apontam a uma dualidade entre morbidades típicas de países desenvolvidos e subdesenvolvidos, uma vez que revelam a mistura entre doenças crônico-degenerativas e doenças infecciosas, mortalidade materna e desnutrição. Quanto as mulheres o perfil de adoecimento se assemelha a essa mistura, sofrendo grande influencia principalmente do desenvolvimento regional e da classe social pela qual estas estão inseridas (BRASIL, 2004).

Na atualidade a qualidade de vida das mulheres vai muito além da assistência à saúde, mas relacionada diretamente com a conquista do seu lugar na sociedade, assegurada por políticas públicas voltadas para garantir direitos e acesso efetivo ao sistema de saúde (OMS, 2011). A inserção da mulher no mercado de trabalho trouxe como consequência o acúmulo de funções que ocasionou relevantes impactos na sua saúde e no bem-estar, o que contribui com a exposição a situações de risco, dessa maneira culminou-se na alteração do padrão de mortalidade para esse público (OLIVEIRA, 2017).

Dentre medidas para melhorias no atendimento as mulheres, a Política Nacional de Atenção Integral a saúde das Mulheres (PNAISM), ressalta que a atenção integral se destaca no contexto social ao expressar as mudanças quanto o atendimento as mulheres, uma vez que não restringe o cuidado em saúde centralizando apenas no processo que envolve a reprodutividade e no ciclo que envolve a gravidez (SANTANA, 2019).

A PNAISM tem ênfase em diversos campos que envolvem a saúde da mulher, no qual visa à melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, o combate a violência de cunho sexual e doméstica, a atenção ao abortamento inseguro, prevenção e tratamento de mulheres portadoras/vivendo com HIV/aids, além das portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004).

3 I FATORES AGRAVANTES E DESAFIOS DOS GESTORES DA SAÚDE FRENTE A REDUÇÃO DA MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRIL

O perfil de adoecimento entre mulheres diverge de acordo com as diversas características, o estudo da OMS (2011) reflete que em países de renda alta existe menor chance de ser acometido por problemas de saúde que as de países de baixa renda. As taxas de óbitos que acometem mulheres mais jovens e crianças em países ricos são baixas, com óbitos mais altos na faixa etária maior que os 60 anos (OMS, 2011).

Segundo Pereira (2020), dentre os problemas causadores do adoecimento de MIF, se destacam o diagnóstico tardio e o tratamento inadequado de doenças, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e câncer. Os achados demonstram falhas nos serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito à prevenção dos agravos, ao diagnóstico precoce e principalmente na demora do tratamento adequado, de forma oportuna (PEREIRA, 2020).

O estudo de Madeiro (2017) no Brasil em 2002 os óbitos com motivação violenta foi a principal causa de morte entre MIF na faixa etária dos 10 aos 29 anos nas capitais estaduais do país. Neste mesmo ano entre a faixa dos 10 aos 49 anos se destacaram as doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas. Evidenciou que neoplasias, doenças do aparelho circulatório e causas externas foram responsáveis por cerca de aproximadamente 2/3 dos óbitos, enquanto os óbitos maternos ocuparam o 4º grupo mais frequente (MADEIRO, 2017).

A mortalidade de MIF que ocorre durante o período puerperal, atualmente corresponde a uma parte muito importante, dos óbitos de mulheres no país. A Mortalidade Materna caracteriza-se como um indicador para avaliação da qualidade da assistência a saúde ofertada a população (SOUZA, 2021).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) o Brasil não cumpriu o compromisso traçado para no ano de 2015 com no máximo 35 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos (Organização Panamericana da Saúde, 2018). Entre os anos de 2017 e 2018 o país apresentou redução de 8,4% na Razão de Mortalidade Materna (RMM), reduzindo sua RMM de 64,5 para cada 100 mil nascidos vivos em 2017 para 59,1 para cada 100 mil nascidos vivos em 2018. Concentrando só no Nordeste 67,1 número muito acima da meta firmada com a Organização das Nações Unidas- ONU (BRASIL, 2020).

Recentemente fatores relacionados ao estilo de vida das mulheres começam a se assemelhar e acompanhar daqueles que eram mais aceitos entre os homens, a exemplo da crescente taxa de tabagismo entre as mulheres que se aproximam a dos homens, que geram para saúde consequências e novos desafios, a exemplo do aumento nas taxas de doenças cardiovasculares e cânceres, que vão emergir em longo prazo (OMS,2011).

Nesse sentido se fazem necessárias transformações e novas ações voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde, melhorias no programa de rastreamento e de diagnóstico oportuno. É importante que a rede de saúde garanta para todas as mulheres,

um serviço de qualidade e resolutivo em todos os níveis de atenção, sem discriminação (SOUZA, 2021).

Essas transformações exigem dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) uma discussão a cerca de melhorias da atual situação. A reorganização da atenção à saúde voltada para as mulheres, baseando-se na estruturação de uma rede integrada de saúde, que proporcione entre os serviços que a compõe maior articulação, a fim de se tornar mais funcionais e com maior poder resolutivo.

A necessidade de melhorias na organização da rede de serviços tem levantado intenso debate político, uma vez que é necessária para constituição redes integradas e de sistemas funcionais para atenção à saúde. Portanto um ponto chave para esse debate está na iniciativa de mudanças no modelo assistência existente atualmente, especialmente as ligadas a atenção primária (AP), que possui a responsabilidade de porta preferencial no sistema de saúde brasileiro (ALVES, 2011).

4 | MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, que teve como fonte de dados o banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado por meio do Departamento de Informações do SUS- DATASUS do Ministério da Saúde. Foram incluídos todos os casos de óbitos de mulheres na faixa etária de 10 aos 49 anos residentes em Pernambuco, no período entre 2009 e 2019.

O perfil dos óbitos em MIF foi traçado a partir da análise das frequências absolutas e relativas das variáveis escolaridade, cor, faixa etária, estado civil e causa-morte segundo capítulo cid-10, para o período estudado.

Considerando que taxas brutas podem sofrer influências de flutuações aleatórias causadas por pequenas populações, para a análise espacial foram calculadas, para cada município, as taxas suavizadas de mortalidade de MIF, por meio do estimador bayesiano local. Posteriormente foi investigada a presença de autocorrelação espacial do evento por meio dos Índices de Moran global e local.

A partir da taxa de mortalidade de cada ano estudado, foi realizada a análise temporal. Adotou-se o modelo de regressão por pontos de inflexão, mediante o software Joinpoint 4.9.0.1.

Considerando que os dados utilizados são exclusivamente de domínio público, o presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (BRASIL, 2016).

5 | RESULTADOS

No período analisado foram notificados 35.265 óbitos de MIF no estado de Pernambuco. O perfil desses óbitos em sua maioria foi caracterizado por mulheres pardas

(64,2%), na faixa etária dos 40 aos 49 anos (48,1%). Quanto ao estado civil 61,4% dessas mulheres eram solteiras, enquanto 23,5% eram casadas e possuíam em média de 4 a 7 anos de estudos (24,8%) e de 8 a 11 anos de estudos (20,1%) (Tabela 1).

	CARACTERISTICAS	N	%
ESCOLARIDADE	Nenhuma	4.237	12,0
	1 a 3 anos	6.826	19,4
	4 a 7 anos	8.756	24,8
	8 a 11 anos	7.086	20,1
	12 anos e mais	2.260	6,4
ESTADO CIVIL	Ignorado	6.100	17,3
	Solteiro	21.642	61,4
	Casado	8.303	23,5
	Viúvo	898	2,5
	Separado judicialmente	1.076	3,1
	Outro	1.209	3,4
FAIXA ETARIA	Ignorado	2.137	6,1
	10 a 19 anos	3.147	8,9
	20 a 29 anos	5.620	15,9
	30 a 39 anos	9.546	27,1
	40 a 49 anos	16.952	48,1
COR/RAÇA	Branca	9.110	25,8
	Preta	2.201	6,2
	Amarela	91	0,3
	Parda	22.637	64,2
	Indígena	122	0,3
	Ignorado	1.104	3,1
TOTAL		35.265	100

Tabela 1: Perfil epidemiológico das mulheres em idade fértil. Pernambuco, 2009 a 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O estudo de Souza (2020) realizado em um hospital da capital pernambucana (Recife) apresentou que o perfil das MIF que vieram a óbito é, em sua maioria, pardas, de baixa escolaridade e sem parceiros fixos. Quanto à idade em sua maioria se concentravam na faixa etária entre 40-49 anos (SOUZA, 2020).

Quanto à causa morte das MIF se destacaram as neoplasias (23,09%), seguida de Doenças do aparelho circulatório (20,34%) e causas externas (18,10%) (Tabela 2). É valido salientar os óbitos ligados à gravidez, parto e puerpério que demonstra um indicador de

qualidade de saúde pública, que em Pernambuco no período estudado representou 2,69% dos óbitos em MIF (Tabela 2).

Capítulo CID-10	N	%
II. Neoplasias (tumores)	8.141	23,09
IX. Doenças do aparelho circulatório	7.173	20,34
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6.382	18,10
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.872	8,14
X. Doenças do aparelho respiratório	2.088	5,92
OUTRAS	8.609	24,41
Total	35.265	100,00

Tabela 2: Perfil do óbito das mulheres em idade fértil segundo causa morte.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Estes resultados se assemelham a um estudo realizado no estado do Piauí (2018), que apontou as neoplasias com maiores incidências entre as mulheres estudadas eram o câncer de mama e o câncer de colo do útero. O estudo demonstrou diferentes comportamentos da taxa de mortalidade ligada às duas neoplasias, onde observou-se o no Brasil aumento de mortalidade por câncer de mama e diminuição da mortalidade por câncer do colo do útero (MADEIRO, et al.,2018).

A distribuição da tendência temporal revela que existe uma tendência estatisticamente significante de redução da mortalidade de MIF no estado de Pernambuco ($APC=-0,83$; valor de $p<0,05$) (Figura 1).

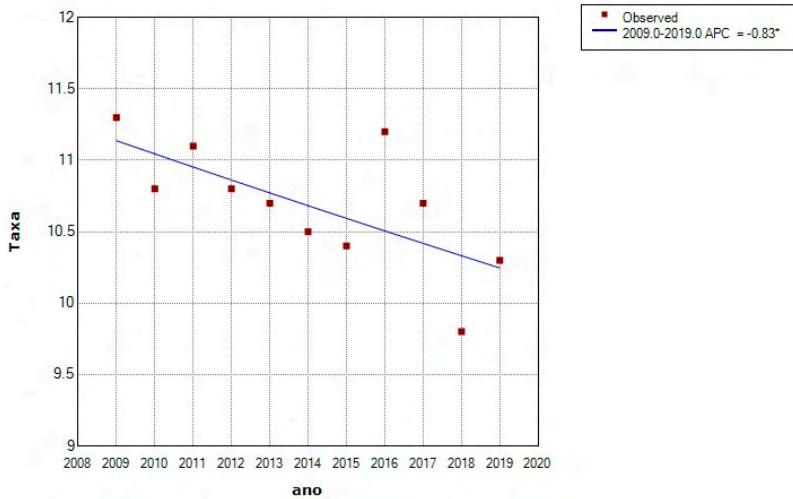


Figura 1. Tendência temporal da mortalidade de mulheres em idade fértil. Pernambuco, 2009 a 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores. Nota: APC = - 0,83 (-1,5 a -0,1); valor de p=0,023.

A distribuição espacial da taxa de mortalidade de MIF é apresentada na figura 2. Observa-se taxas mais elevadas, superiores a 11,1 óbitos/100 mil habitantes, em Municípios da Zona da Mata Sul, do Agreste e parte do Sertão do estado. A Autocorrelação espacial foi confirmada pelo Índice de Moran Global = 0,16; valor de $p=0,004$. A análise de Moran Local identificou clusters com significância estatística em municípios do Agreste e Zona da Mata Sul pernambucana (Figura 2).

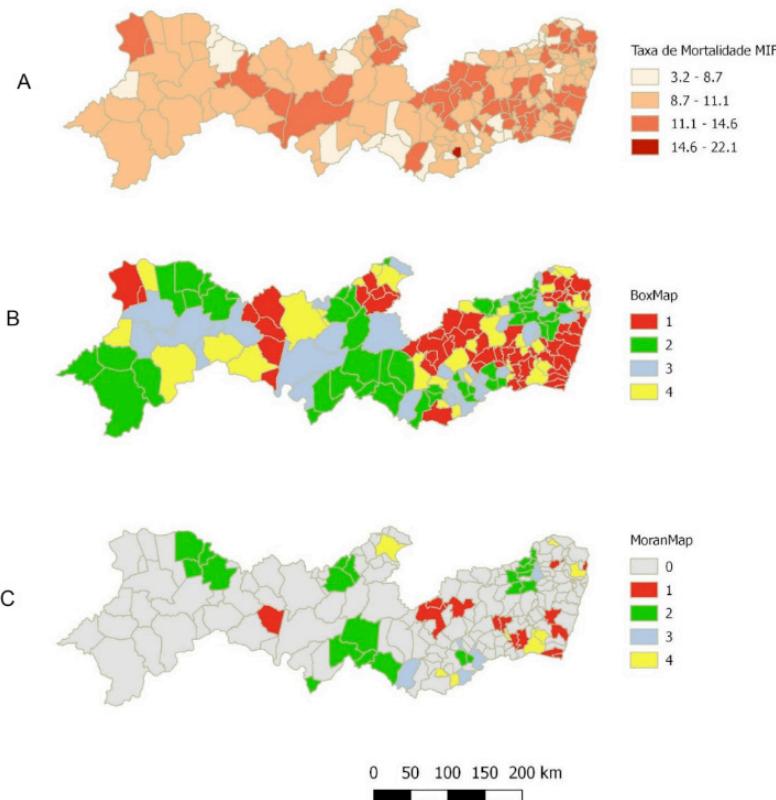


Figura 2. Distribuição espacial da mortalidade de mulheres em idade fértil. Pernambuco, 2009 a 2019. (A) Taxa de mortalidade por MIF; (B) BoxMAP da Taxa de mortalidade por MIF; (C) MoranMAP da Taxa de mortalidade por MIF.

Fonte: Elaborado pelos autores.

6 | CONCLUSÃO

Este trabalho analisou o perfil dos óbitos de MIF em Pernambuco entre os anos de 2009 a 2019. Em resposta aos objetivos propostos nesse trabalho, foi possível compreender que ao longo do período estudado houve um declínio na taxa de mortalidade de MIF, com taxas mais elevadas em municípios da zona da mata, agreste e parte do sertão. O perfil

dos óbitos entre esse público foi em sua maioria ocasionada por neoplasias seguido de doenças do aparelho circulatório e causas externas.

A partir do estudo de variáveis sociais, o perfil de MIF em Pernambuco que vieram a óbito é em sua maioria de cor parda, solteiras, com faixa etária entre quarenta e quarenta e nove anos e com quatro a sete anos de escolaridade.

O resultado se assemelha aos demais casos ocorridos no Brasil e no mundo, uma vez que o padrão da mortalidade encontrado no estudo contempla as hipóteses levantadas a partir de pesquisas já preexistentes na literatura nos últimos dez anos.

Espera-se que este estudo auxilie na compreensão do perfil dos óbitos de MIF no estado de Pernambuco, trazendo subsídio para os gestores da saúde no processo de monitoramento e na tomada de decisão para traçar medidas de combate as morbidades causadoras da mortalidade desse grupo e melhoria na oferta dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.C. Desafios à integração no SUS: uma análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife. 2011. 156 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Integral a saúde das Mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da saúde (2020). Secretaria de Atenção Primária a saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher 2020.

MADEIRO, A. P. et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Piauí, Brasil, 2008- 2012: causas básicas dos óbitos e fatores associados. Rev. epidemiol. controle infecç, Terezina, v. 8, n. 4, p. 442-449, mar./2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v8i4.11269> . Acesso em: 28 mai. 2021.

OLIVEIRA, T. D. J; RIOS, Marcela Andrade; TEIXEIRA, Paloma Natal. Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA. O Mundo Da Saúde, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 711-719, dez./2017. Disponível em: <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20160235.PDF>. Acesso em: 28 jun. 2021.

Organização Pan-americana da saúde (2018). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.

Pereira, M. K. K. A. (2020). Mortalidade Feminina-Perfil de Óbitos na Idade Fértil Não Associados à Maternidade. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 10 n. 3. Disponivel em: <http://hdl.handle.net/11624/2471>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SAÚDE OM da. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2011. 89 p. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7684>. Acesso em: 12 mai. 2021.

SANTANA, T. D. B. et al. AVANÇOS E DESAFIOS DA CONCRETIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DA MULHER: REFLEXÃO TEÓRICA. Revista de Atenção à Saúde, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135-141, set./2019. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012/pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

Revista de Atenção à Saúde - RAS, Bahia, v. 17, n. 61, p. 135-141, dez./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.6012>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SOUZA, K. R. D. et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil em um hospital terciário de Recife-PE: um estudo retrospectivo (2015-2019). Research, Society and Development, Recife, v. 10, n. 3, p. 1-9, mar./2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.131021>. Acesso em: 20 jul. 2021.

CAPÍTULO 5

OS BENEFÍCIOS DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL EM GESTANTES: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/09/2022

Heloisa Martins Ramos de Carvalho

Graduada em Fisioterapia, pela Faculdade Estácio do Recife; Pós-Graduada em Fisioterapia Dermatofuncional, no Instituto de Desenvolvimento Educacional

RESUMO: Introdução: As alterações que ocorrem durante o período de gravidez podem às vezes trazer como consequência dor e limitações em suas atividades diárias. A drenagem linfática manual poderá ser utilizada a fim de gerar uma recolocação da linfa na corrente sanguínea diminuindo os edemas nos membros ou no local que está sendo tratado. Sendo assim, o fisioterapeuta pode intervir tanto do ponto de vista preventivo como também no tratamento de diversas alterações decorrentes do período gestacional. Objetivo: Demonstrar a utilização e aplicabilidade da drenagem linfática manual em gestantes, observando as alterações funcionais, os cuidados, as contraindicações e os benefícios. Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura de cunho descritivo, utilizando-se artigos publicados entre os anos de 2009 à 2019, das bases de dados Pubmed, Scielo, Lilacs, Medline e Google Acadêmico, sendo embasado também em outros tipos de publicações disponibilizadas na internet. Resultados: Através do estudo, tornou-se possível confirmar os benefícios da drenagem linfática manual na reabsorção do líquido intersticial, sendo uma forma de tratamento eficaz no edema gestacional. Conclusões: De

um modo geral, todos os autores indicaram que a técnica de drenagem linfática para gestantes traz benefícios em relação à redução de inchaços e desconfortos. Portanto, a fisioterapia adota um papel tanto de prevenção quanto de reabilitação destas pacientes tão especiais, buscando não só devolver-lhes todas as capacidades e habilidades que, em decorrência da gravidez poderiam estar alteradas, mas tentar resgatar a mais plena harmonia entre corpo e mente da gestante.

PALAVRAS-CHAVE: Técnicas de fisioterapia. Grávida. Drenagem linfática.

ABSTRACT: Introduction: Changes that occur during the pregnancy period can sometimes lead to pain and limitations in their daily activities. Manual lymphatic drainage can be used in order to generate a replacement of the lymph in the blood stream, reducing edema in the limbs or in the area being treated. Thus, the physiotherapist can intervene both from a preventive point of view as well as in the treatment of various changes resulting from the gestational period. Objective: To demonstrate the use and applicability of manual lymphatic drainage in pregnant women, observing functional changes, care, contraindications and benefits. Methods: This is a literature review of a descriptive nature, using articles published between the years 2009 to 2019, from the databases Pubmed, Scielo, Lilacs, Medline and Google Scholar, and also based on other types of publications available on the internet. Results: Through the study, it became possible to confirm the benefits of manual lymphatic drainage in the reabsorption of interstitial fluid, being an effective treatment for gestational edema. Conclusions: In

general, all authors indicated that the lymphatic drainage technique for pregnant women has benefits in terms of reducing swelling and discomfort. Therefore, physiotherapy adopts both a prevention and rehabilitation role for these very special patients, seeking not only to return all the capacities and abilities that, due to the pregnancy could be altered, but to try to rescue the fullest harmony between body and mind of the pregnant woman.

KEYWORDS: Physiotherapy techniques. Pregnant. Lymphatic drainage.

1 | INTRODUÇÃO

Há no corpo humano diversos sistemas responsáveis por regular as funções vitais do organismo, merecendo destaque o imunológico que tem por função principal protege-lo. Nessa composição se encontra o sistema linfático que tem como foco executar a drenagem de líquidos do organismo (FERREIRA *et al.*, 2017).

Nos últimos 30 anos houve um grande avanço no país no que se refere a uma melhor atenção ao parto e ao nascimento, como consequência de uma gama de esforços realizados pelo governo em conjunto com toda a sociedade. Mesmo com a redução da morbimortalidade materno e infantil, ainda é um grande desafio para o país combate-la (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde:

A morbimortalidade materna e perinatal continuam ainda muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis (BRASIL, 2012, p. 9).

A gestação é o período onde a mulher passa por um processo fisiológico gerado pela sequência de adaptações ocorridas em seu corpo a partir do momento da fertilização. Nos prováveis 39 semanas de duração do período gestacional, a mulher ficará sujeita a diversas adaptações anatômicas e fisiológicas, as quais gerarão alterações metabólicas e funcionais (SILVA *et al.*, 2014).

É de extrema importância que as gestantes sejam bem acompanhadas e alertadas, visto que uma gravidez que está transcorrendo normalmente sem nenhum risco poderá se transformar-se em alto risco a qualquer momento, seja durante sua evolução quanto durante o trabalho de parto (CAMARGO, *et al.*, 2018).

Assim existe a necessidade de se reclassificar o risco a cada consulta de pré-natal, já que a intervenção precisa ocorrer em tempo hábil, evitando os retardos assistenciais que poderão terminar em morbidade grave ou nas mortes da mãe ou do bem, ou até mesmo ambos (BRASIL, 2012).

No período em que a mulher está gestante, existe uma tendência natural de que ela fique bastante fragilizada por causa das muitas mudanças hormonais. Além do mais, acontece um aumento de volume total do sangue, consequentemente aumentando também o fluxo sanguíneo para o útero e rins (BORATO; SANTOS, 2013).

Enquanto o feto está em desenvolvimento, o útero vai aumentando e se deslocando, resultando no aumento de peso corporal em virtude das alterações no centro de gravidade e da postura (FONSECA *et al.*, 2009).

É bastante natural que as gestantes apresentem queixas de edemas, principalmente nos membros inferiores, causados pelo acúmulo de líquidos retidos nos tecidos, cuja constituição é formada por solução aquosa de sais e proteínas advindas do plasma e essa composição poderá variar de acordo com a causa do edema. O líquido, ao se acumular por todo o corpo, resulta em um edema generalizado (OZOLINS *et al.*, 2018).

De uma forma geral, isso pode ocorrer a partir do terceiro trimestre da gestação, onde os tornozelos e os pés são as maiores vítimas, causando pressão nos nervos. Nos membros superiores costumam acontecer a síndrome de túnel carpal, que é um edema apresentado nos braços e mãos que causam um parestesia em conjunto com uma fraqueza muscular (SILVA *et al.*, 2015a).

Aproximadamente um terço das gestantes apresentam edemas nas 38 semanas de gestação. Eles surgem a partir do volume intersticial, que são os preenchimentos dos espaços que estão vazios, ultrapassando os 20% a mais do que o normal. A melhor maneira de controlar esse quadro é obter uma alimentação bem balanceada e equilibrada (SILVA; MEJIA, 2013).

Um edema pode ser definido como um acúmulo de líquido fora do normal no espaço intersticial, ultrapassando os 30% da quantidade normal deste, no tecido na região. Em algumas mulheres grávidas, esses edemas causam desconforto, resultando em dores, câimbras, sensação de peso e/ou formigamentos nos membros inferiores (MACHADO *et al.*, 2012). Segundo Silva e Mejia (2013, p. 8):

A retenção hídrica acresce em média 6,5 litros, por causa do aumento do líquido amniótico e do volume sanguíneo. De modo geral, as gestantes se queixam que seus pés tornam-se edemaciados no período da gravidez, haja vista que estas modificações podem ser explanadas pelo acréscimo de fluido e/ou gordura, ou pelas alterações nos ligamentos, devido ao peso extra carregado, ou alterações do tecido conjuntivo provocadas pela ação dos hormônios.

Diane de todas as modificações ocorridas no corpo da mulher, algumas técnicas são adotadas a fim de atenuar o edema e seus sintomas. Um dos tratamentos mais indicados para as mulheres em período gestacional é a drenagem linfática, visto que ela auxilia na redução à retenção de líquido no corpo, o que ajuda na melhoria da oxigenação das células dos músculos, prevenindo inchaços que são comuns na gravidez, percebidos especialmente no início e no fim desse período (AGOSTINI; ARAÚJO; SILVA, 2019).

A fim de se chegar a uma ideal compreensão quanto à técnica de drenagem linfática, é importante que se entenda o sistema linfático e suas funções. Ele é formado pelos linfonodos e órgãos linfoides, os quais incluem o baço, as tonsilas, o timo e as amídalas, além de colocar de volta nos vasos sanguíneos o plasma e as proteínas plasmáticas que ultrapassam os tecidos, cujo efeito é a prevenção da formação de edemas (EMRICH, 2013).

O sistema linfático tem como função a drenagem dos fluídos intersticiais e das proteínas, os quais, através dos vasos linfáticos, são devolvidos ao sistema circulatório, transportando os lipídios e as proteínas lipossolúveis. O fluido intersticial, quando passa pelo interior dos capilares linfáticos, é denominado de linfa e apresenta uma composição parecida com a do plasma que é formado por água e eletrólitos, além das proteínas plasmáticas, leucócitos e linfócitos (REBELLO; MEJIA, 2013).

Agostini, Araújo e Silva (2019, p. 162) explicam que:

O sistema linfático representa uma via acessória pela qual pode fluir líquido dos espaços intersticiais para o sangue, eles transportam proteínas e grandes partículas de material para longe dos espaços dos tecidos, nenhuma das quais pode ser removida pela absorção direta para o sangue capilar. Essa remoção de proteína para os espaços intersticiais é uma função absolutamente essencial.

Quanto à linfa, seu fluxo é significativamente lento por pelo fato do sistema linfático não possuir qualquer mecanismo de bombeamento, o que faz com que ele dependa de fatores internos como a contração muscular e a pulsação das artérias que estão mais próximas dos vasos linfáticos, e fatores externos como a gravidade e a massagem (CHAVES; GREGOLIS, 2018).

Ao ser absorvida pelos capilares linfáticos, a linfa é transportada para os pré-coletores e coletores linfáticos, passando pelos linfonodos, os quais são estruturas dispostas no caminho dos vasos linfáticos, no local onde é filtrada e recolocada em circulação a fim de atingir os capilares linfáticos (CARDOSO; SOUSA; SOUZA, 2017).

O linfonodo é capaz de minimizar ou reter a disfunção de vírus, bactérias e protozoários pelo organismo e é por isso que o fluxo adequado passa a ser um fator de extrema importância para a saúde e o bem estar do indivíduo (DANTAS, et al., 2018).

A drenagem linfática manual trata-se de uma técnica que visa deslocar a linfa em direção aos gânglios linfáticos com o objetivo de gerar uma recolocação na corrente sanguínea a fim de diminuir os edemas nos membros ou no local que está sendo tratado (EMRICH, 2013).

Essa técnica tem sido usada principalmente para os linfedemas, que são os acúmulos de fluidos linfáticos em espaços intersticiais, a fim de proporcionar uma diminuição e consequente alívio do inchaço dos membros inferiores como pernas e pés, evitando o acúmulo de líquidos (CARDOSO; SOUSA; SOUZA, 2017).

Para as gestantes, essa drenagem é feita especialmente nos membros inferiores,

cujas manobras usadas são feitas de modo superficial, contínua e rítmica, seguindo o trajeto do sistema linfático (CHAVES; GREGOLIS, 2018).

A drenagem consegue ativar a circulação, visto que ela, por causa do aumento do fluxo sanguíneo no corpo da gestante, tende a ficar mais lento, e é justamente nessa fase que se deve focar no tratamento e na prevenção das alterações por meio da drenagem linfática, através de técnicas que fixam controlar a dor e a disfunção pélvica, além da reeducação muscular, realinhamento de posturas, disfunções articulares e outras orientações que visam o bem estar da gestante (ROZO, 2018).

Durante a gravidez, é necessário que aconteçam alterações físicas no corpo da mulher, a fim de que o feto cresça e se desenvolva perfeitamente. Essas alterações, portanto, poderá trazer para a gestante, consequências como dor ou limitações para exercerem suas atividades diárias (LIEBANO *et al.*, 2012).

Segundo Agostini, Araújo e Silva (2019, p. 162):

É comum durante a gravidez, que ocorram alterações físicas no corpo da mulher para que se tenha um perfeito crescimento e desenvolvimento do feto. Porém essas alterações podem às vezes trazer como consequência dor e limitações em suas atividades diárias. No terceiro trimestre (27^a-40^a semana gestacional), o útero apresenta-se muito grande e com contrações regulares, mesmo que ocasionalmente sentidas. Comumente, as queixas são de dor lombar, micção frequente, edema, principalmente em membros inferiores e fadiga. As mudanças hormonais são consideradas a principal causadora dessas transformações.

Um dos edemas que possivelmente poderá surgir nesse período gestacional é um excessivo acúmulo de líquidos nos tecidos, em virtude da produção de progesterona. Há mulheres também que possuem um sistema linfático mais lento, o que dificulta o dreno do líquido que se acumula pelo corpo (SILVA *et al.*, 2015b).

Além disso, a partir do quinto mês da gestação, o tamanho do útero dificulta o fluxo venoso dos membros inferiores para a circulação central. Assim, o sangue que está nos pés e nas pernas encontra resistência para retornar ao coração devido à compressão do útero sobre os vasos da região pélvica (SANTANA *et al.*, 2015).

A Drenagem Linfática Manual (DLM) é uma técnica que desloca a linfa na direção dos gânglios linfáticos, tendo como objetivo criar um diferencial de pressão a fim de promover o deslocamento da linfa e do fluido intersticial, visando sua recolocação na corrente sanguínea e, consequentemente, a diminuição do edema do membro ou do local tratado (SOARES *et al.*, 2015).

Esta técnica vem sendo bastante utilizada na atualidade para linfedemas de membros superiores e inferiores, principalmente em gestantes, com o intuito de proporcionar diminuição e alívio do edema de pernas e pés, bem como evitar a retenção de líquidos (BATISTA *et al.*, 2017).

A técnica de drenagem linfática manual se destina a trazer melhorias às funções

do sistema linfático através de manobras bem precisas, suaves, leves, lentas e com ritmo, obedecendo a um trajeto específico em relação ao sistema linfático superficial (LIEBANO *et al.*, 2012).

O profissional fisioterapeuta poderá agir com o objetivo de intervir na prevenção, bem como no tratamento das diversas alterações ocorridas no período da gestão, dentre elas, as posturais, vasculares, respiratórias entre outras (SANTOS; LAUSMANN; XAVIER, 2016).

As manobras utilizadas em DLM são superficiais, feitas num ritmo contínuo e lento para que a linfa seja conduzida gradativamente, de forma progressiva e harmônica. A pressão deve ser leve e suave, de modo a preservar a integridade dos tênues capilares que são a principal via de drenagem do linfedema (BATISTA *et al.*, 2017).

Deve ser sempre iniciada com a “evacuação” ou “desbloqueio” das regiões proximais através da manobra de bombeamento seguindo-se distalmente para as regiões comprometidas através dos estímulos manuais, aumentando a motricidade do linfangion e, consequentemente, o fluxo linfático (BATISTA *et al.*, 2017).

Ressalta Silva (*et al.*, 2015a, p. 8) que:

O fator mais importante encontrado é a prevenção, evitando a desidratação desnecessária, especialmente em gestantes predispostas em ter edemas (retenção de líquidos). A técnica ajuda no sistema linfático, removendo as proteínas e as escórias metabólicas, facilitando a troca de nutrientes. Sendo assim, nota-se a importância da realização dessa técnica em gestantes, obtendo resultados significativos na diminuição de edemas.

Como já foi ressaltado, mesmo parecendo ser uma massagem bastante simples, estando disponível até mesmo em salões de beleza, a drenagem linfática em gestantes deve ser aplicada por um profissional qualificado, de preferência, um fisioterapeuta, visto que, se o procedimento for mal realizado, poderá induzir o parto prematuro, quando realizado após os seis meses, ou favorecer o aborto, caso se realize antes primeiro trimestre (SANTANA *et al.*, 2015).

Sendo assim, o objetivo do estudo constitui em demonstrar a utilização e aplicabilidade da drenagem linfática manual, observando as alterações funcionais, os cuidados e os benefícios em gestantes.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O artigo tem como tema os benefícios da drenagem linfática manual em gestantes e pretende desenvolver uma revisão de literatura de cunho descritivo, focado na identificação de artigos científicos que estejam relacionados com a utilização da técnica de drenagem linfática em gestantes, buscando descrever os resultados obtidos.

Em uma pesquisa descritiva, é necessário que a investigação obtenha informações acerca do que se deseja realmente pesquisar, descrevendo fatos ou fenômenos ligados

à realidade, buscando exemplos em estudos de caso, análise de documentos e outras pesquisas (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

Sendo uma revisão de literatura, são feitos levantamentos de referências teóricas que já estão publicadas, visando obter conhecimentos relativos a um determinado assunto ou conhecimentos prévios, buscando identificar as diversas posições acerca do problema (GIL, 2019).

A fim de efetivar a pesquisa, foi realizada uma revisão, utilizando-se artigos publicados entre os anos de 2009 e 2019, cujas bases de dados consultadas foram a Pubmed, Scielo, Lilacs, Medline e Google Acadêmico, sendo embasado também em outros tipos de publicações disponibilizadas na internet.

Para definição dos parâmetros a serem abordados, buscou-se na base de dados descritores como “drenagem linfática manual”, “gestantes”, “sistema linfático”, “edemas”. Como bem frisa Gil (2019, p. 48), uma pesquisa bibliográfica trata-se de um estudo desenvolvido:

A partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas são ideologias, bem como aquelas que se propõe à análise de diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

Como fatores de inclusão, foram escolhidos autores que tratavam diretamente acerca da drenagem linfática manual, com artigos em língua portuguesa e dentro do período escolhido de publicação. Foram excluídas as publicações em outras línguas e aquelas que não falavam especificamente a respeito do assunto proposto.

A partir da leitura de diversos artigos, utilizou para análise do tema proposto os que demonstravam a importância da drenagem linfática para as mulheres em período gestacional.

Título do artigo	Autor	Assunto principal
Os benefícios da drenagem linfática manual no período gestacional.	AGOSTINI; ARAÚJO; SILVA, 2018.	Os benefícios trazidos pela DLM às gestantes.
Drenagem linfática manual: histórico, métodos e eficácia.	BATISTA <i>et al.</i> 2017.	Eficácia da DLM para as gestantes.
Efeito da drenagem linfática na redução de edema de membro inferior	BORATO; SANTOS	Drenagem Linfática em membros inferiores
Efeitos da drenagem linfática manual aplicada em gestante	CARDOSO; SOUSA; SOUZA, 2017.	Os benefícios trazidos pela DLM às gestantes.
Estudos experimentais no período gestacional	DANTAS <i>et al.</i> , 2018.	Gestação
Drenagem linfática manual em gestantes: uma revisão da literatura.	EMRICH, 2013.	A DLM nas gestantes
Efeitos da técnica de drenagem linfática manual durante o período gestacional: Revisão de Literatura	LIEBANO <i>et al.</i> , 2012	As técnicas da DLM em gestantes
Efeitos da drenagem linfática em gestantes com doenças hipertensivas: revisão da literatura.	FERNANDES <i>et al.</i> 2019.	Efeitos da DLM em gestantes
A drenagem linfática manual aplicada em gestantes.	ROZA, 2018.	DLM em gestantes
Benefícios da drenagem linfática manual (DML) e suas indicações: uma revisão bibliográfica.	SANTOS; LAUSMANN; XAVIER, 2016.	Importância da DLM.
Os benefícios da drenagem linfática em gestantes.	SILVA <i>et al.</i> , 2015a.	Benefícios da DLM em gestantes.
Gestação: benefícios da drenagem linfática no terceiro trimestre da gravidez	SILVA; MEJIA, 2013.	Benefícios da DLM em gestantes.
Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos.	SILVA <i>et al.</i> , 2014.	Mudanças na gestação

Quadro 1. Principais artigos relacionados à drenagem linfática em gestantes

De um modo geral, os autores estudados apontam a drenagem linfática manual para as gestantes como uma ótima solução, já que permite que elas participem de um prático método completamente natural e não invasivo que permite vivenciar as intensas modificações emocionais sem a necessidade de medicamentos, protegendo a saúde do bebê e de sua mãe.

A partir desse quadro, é possível observar que o estudo do tema proposto é bastante atual e recorrente, incluindo estudos de natureza aplicada e descritiva. De acordo com os artigos estudados, pode-se descrever os resultados apontados pelos autores acerca da utilização da drenagem linfática manual em gestantes.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As alterações que ocorrem na gestação são resultado da ligação de quatro mudanças

principais: primeiramente as mudanças que ocorrem no colágeno e no músculo involuntário, mudanças essas mediadas por ações hormonais; outra mudança que leva a alterações fisiológicas é o aumento do volume sanguíneo que resulta na maior distribuição de sangue para útero e rins; também há um relevante desenvolvimento do feto, esse desenvolvimento pode gerar aumento e deslocamento do útero; e por fim a mudança do peso corporal da mulher pode vir a gerar alterações posturais e mudança do centro de gravidade (FAGGION; CÂNDIDO; MOREIRA, 2015).

Dentro das alterações hormonais que ocorrem com a gestante, temos a Progesterona, um hormônio que é secretado pelo corpo lúteo até a décima semana de gestação e posteriormente começa a ser secretada pela placenta, a qual utiliza o colesterol materno como fonte primária (COSTA *et al.*, 2010).

Este hormônio tem um papel importante na redução do tônus do músculo liso. Isso ocorre principalmente para reduzir as contrações do útero, impedindo que essas provoquem um aborto espontâneo. Porém a redução do tônus pode fazer com que o bolo alimentar permaneça por mais tempo no estômago, o que causa a náusea (REBELLO; MEJIA, 2013).

Outro hormônio que tem papel importante na gestação é o estrogênio. Os estrogênios na fase inicial da gestação são providos da corrente sanguínea materna. Já na vigésima semana de gestação, 90% da produção passa pela glândula suprarrenal fetal. Esse hormônio durante a gravidez tem importante função de aumentar os níveis de Prolactina, preparando as mamas para lactação. Além disso, é responsável pelo aumento do útero materno e pelo depósito de Relaxina nas articulações pélvicas (FAGGION; CÂNDIDO; MOREIRA, 2015).

Esse depósito de Relaxina faz com que os ligamentos pélvicos da mãe e as articulações sacro-ilíacas se tornem flexíveis, e a síntese pubiana elástica. O estrogênio pode levar a retenção de água e consequentemente retenção de sódio na mulher, causando o edema gestacional (FERNANDES *et al.*, 2019).

Por fim, a Relaxina outro hormônio essencial na gestação é secretada pelo corpo lúteo do ovário e dos tecidos placentários. Esse hormônio é encontrado durante o período gestacional. A sua concentração varia durante a gestação, aumentando durante o primeiro trimestre e declinando no segundo. Sua função é de substituição de colágeno em tecidos avos. Ele substitui o colágeno já existente por outro que possui em sua apresentação uma forma remodelada e modificada, apresentando maior flexibilidade e extensibilidade (ZAMPIERE, 2013).

As alterações músculo-esqueléticas ocorrem pelo ganho de peso materno progressivo associado ao aumento do abdome, mamas e ainda pelo aumento de hormônios placentários. A gestante também se adéqua a uma “marcha anseriana” em busca de equilíbrio, o que dificulta suas atividades de vida diária. Todas essas adaptações podem provocar desconfortos e indisposições na mulher gestante (EMRICH, 2013).

Os mais frequentes relatos de desconforto são sintomas como dor, sensação

de peso, formigamento e fadiga. Também relatam desconforto na região abdominal, e sensação de peso na região pélvica podendo se irradiar para MMII, dificultando a marcha, e ainda podendo causar impotência funcional para alguns movimentos (EMRICH, 2013).

O edema acumulado de modo anormal nos membros inferiores pode causar a compressão do nervo cutâneo femoral lateral da coxa ao passar pelo ligamento inguinal. Particularmente, quando o edema está localizado sobre o tornozelo, pode comprimir o nervo tibial posterior em seu percurso posterior ao maléolo medial, ocasionando parestesias e fraqueza muscular (SANTOS; LAUSMANN; XAVIER, 2016).

As gestantes têm maior predisposição de desenvolver edema, cerca de 80% das gestantes desenvolvem, sendo que metade dos 80% desses edemas é limitada aos membros inferiores, e a outra metade é mais generalizado. Um fator que influencia o aparecimento de edema é o aumento de peso durante a gravidez (SANTANA, 2015).

Com o objetivo de intervir diante destas alterações, algumas técnicas são eleitas para amenizar o edema e seus sintomas. Uma técnica que vem sendo utilizada é a Drenagem linfática manual, técnica de massoterapia realizada com o intuito de mobilizar a linfa removendo o acúmulo de líquido de um determinado segmento corporal (CARDOSO; SOUSA; SOUZA, 2017).

A drenagem da linfa é essencial para reparar alguma alteração que venha a ocorrer no sistema linfático. A drenagem linfática foi descoberta em 1892, por Winiwater, um professor austríaco (SANTANA, 2015).

A técnica de Drenagem linfática manual está diretamente relacionada ao sistema linfático, sendo este sistema uma grande via auxiliar de drenagem do sistema venoso e o sistema mais complexo do ser humano. A rede linfática faz parte do sistema vascular, sendo uma via acessória a qual permite que os líquidos dos espaços intersticiais possam fluir para o sangue (NORA; REGIS; ROSA, 2017).

A utilização dessa técnica traz diversos benefícios como melhora da circulação e oxigenação dos tecidos, acelera o processo de cicatrização aumentando a reabsorção de hematomas e equimoses (CARDOSO; SOUSA; SOUZA, 2017).

Não devemos esquecer que a drenagem linfática manual como qualquer outra técnica possui suas contra indicações. Ela está totalmente contra indicada em casos de tumores malignos, na tuberculose, em infecções agudas, reações alérgicas, em edemas sistêmicos de origem cardíaca e renal. A técnica de drenagem linfática manual também possui contra indicações relativas em casos de hipertiroidismo, asma, bronquite, flebite e trombose venosa profunda (ZAMPIERE, 2013).

A partir de todas as análises relativas à drenagem linfática manual realizada em gestantes, ficaram perceptíveis os grandes benefícios que a técnica pode proporcionar a essas mulheres, já que os edemas podem diminuir, as circulações sanguínea e linfática poderão ter expressivas melhorias, além do auxílio na recuperação do pós-parto (FERNANDES *et al.*, 2019).

4 | CONCLUSÕES

Buscou-se através deste estudo demonstrar os benefícios e os efeitos causados pela técnica de drenagem linfática manual aplicada em mulheres no período gestacional. Foram descritos nove artigos além de outras fontes que enfatizavam acerca do assunto.

A drenagem linfática manual realizada de maneira adequada vem se mostrando eficaz e satisfatória para as mulheres gestantes. Estudos comprovaram que a drenagem linfática manual leva a gestante a ter uma diminuição significativa do edema gestacional e alívio significativo dos sintomas de dor, formigamento e inchaço. Além disso, essa técnica mostrou-se eficaz para o relaxamento da paciente.

Dessa forma a fisioterapia na abordagem desse problema vem utilizando com frequência a técnica de drenagem linfática manual, como meio de prevenção das possíveis alterações que podem ocorrer e também como solução das alterações que já tiverem se manifestado.

Assim a utilização da técnica realizada de maneira correta, melhora os desconfortos, danos funcionais e até mesmo estéticos, proporcionando a gestante um enorme bem estar e melhora da qualidade de vida.

Como novos estudos, sugere-se a limitação de um período gestacional mais indicado para o início da drenagem linfática manual a fim de prevenir os edemas, além de buscar um perfil financeiro das grávidas que usam essa técnica, objetivando definir a melhor maneira de inseri-las em programas voltados a essa prática tão benéfica para as gestantes.

Não restaram dúvidas de que a drenagem linfática manual é uma ótima ferramenta para o cuidado da saúde da mulher que se encontra no período gestacional, pois possibilita que a futura mãe consiga participar de uma técnica muito prática e completamente natural e não invasiva, proporcionando a ela vivenciar esse período de grandes e intensas transformações emocionais e físicas de maneira mais humana e em total harmonia com seu corpo, deixando também o bebê sem riscos à saúde, ao serem eliminados o uso de medicamentos.

É muito importante que a mulher em período gestacional busque sempre um profissional devidamente habilitado e que tenha experiência com gestantes, já que a técnica de drenagem linfática manual para esse grupo de pessoas requer cuidados mais específicos.

A drenagem linfática manual na gravidez proporciona em si grandes vantagens e benefícios, no momento em que atua como gerador de resultados positivos para a mãe e para o bebê, podendo ter seu início a partir do terceiro mês de gestação.

Confirmou-se através do estudo que os benefícios da drenagem linfática manual em gestante ajuda a reabsorver o líquido intersticial, tornando-se assim uma ótima forma de tratamento para o edema gestacional.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, Milena Machado; ARAÚJO, Jaqueline Benati Bruno de; SILVA, Luciana Cristina Garcia da. Os benefícios da drenagem linfática manual no período gestacional. **Revista Conexão Eletrônica**. Três Lagoas. v. 15, n. 1, p. 1962-1967, 2018.
- BATISTA, Amanda Tavares Drebos *et al.* Drenagem linfática manual: histórico, métodos e eficácia. **Revista Maiêutica**. Santa Catarina, v. 1, n. 01, p. 35-40, 2017.
- BORATO, Gisele; SANTOS, Geslaine Janaína Bueno dos. Efeito da drenagem linfática na redução de edema de membro inferior: estudo de caso em pré e pós-operatório de abdominoplastia. **Revista Brasileira de Terapia e Saúde**. v. 4, n. 1, p. 13-18, 2013.
- BRASIL. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMARGO, Érica A. M. *et al.* Efeito agudo da drenagem linfática, manual sobre a natriurese e lipólise de mulheres jovens. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. São Paulo, 2018.
- CARDOSO, Maria dos Prazeres Carneiro; SOUSA, Iara Laís Lima de; SOUZA, Narjara Araújo de. Efeitos da drenagem linfática manual aplicada em gestante. **Essentia**. Sobral, v. 18, n. 1, p. 54-61, 2017.
- CHAVES, Maria José de Araújo; GREGOLIS, Thais Blaya Leite. Os efeitos clínicos da drenagem linfática manual e sua aplicabilidade: revisão bibliográfica. **Revista de Ciência em Foco**, 2018. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/215>. Acesso em: 02 jan. 2020.
- COSTA, Edina Silva *et al.* Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun. 2010.
- DANTAS, Sibele Lima da Costa *et al.* Estudos experimentais no período gestacional: panorama da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. · 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03325.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2019.
- EMRICH, Marina Lima. **Drenagem linfática manual em gestantes**: uma revisão da literatura. Goiana, PUC/Goiás, 2013.
- FAGGION, Cyntia; CÂNDIDO, Raydane da Silva; MOREIRA, Juliana Aparecida Ramiro. Comparação entre a drenagem linfática manual (DLM) e a hidroterapia em gestantes. **Revista Científica da FHOIUNIARARAS**. v. 3, n. 1, 2015.
- FERREIRA, Bruna Mariane *et al.* Estudo comparativo entre drenagem linfática manual e endermoterapia no edema de membros inferiores. **Fisioterapia Brasil**. v.18, n. 5, p. 624-631, 2017.
- FERNANDES, Aliciara Carlos Flor *et al.* Efeitos da drenagem linfática em gestantes com doenças hipertensivas: revisão da literatura. **Revista Saúde em Foco**. ed. 11, p. 158-183, 2019.
- FONSECA, Floripes Machado da *et al.* Estudo corporativo entre a drenagem linfática manual e atividade física em mulheres no terceiro trimestre de gestação. **Revista Fisioterapia Ser.** v. 4, n. 4, p. 225-233, 2009.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LIEBANO, Richard Eloin *et al.* Efeitos da técnica de drenagem linfática manual durante o período gestacional: Revisão de Literatura .**Revista Terapia Manual**. v. 10, n. 48. 2012.

MACHADO, Aline Fernanda Perez *et al.* Efeitos da técnica de drenagem linfática manual durante o período gestacional: revisão de literatura. **Revista Terapia Manual**. v. 10, n. 48, p. 223-227, abr. 2012.

NORA, Alanna Luisa Lemos; REGIS, Isaías; ROSA, Mirella Pereira. A importância da drenagem linfática manual no pós-operatório. **Revista Maiêutica**. Indaiá, v. 1, n. 01, p. 7-15, 2017.

OZOLINS, Bárbara Cristine *et al.* Drenagem linfática clássica: revisão de literatura. **Revista Saúde em Foco**. 10. ed. 2018.

REBELLO, Correa Patrícia; MEJIA, Maia Priscila Dayana. Benefícios da drenagem linfática manual em paciente com edema de membros inferiores no sétimo mês gestacional. **Revista da Faculdade Ávila**. Goiana, 2013.

ROZA, Thaís Andrade. **A drenagem linfática manual aplicada em gestantes**. Artigo da Conclusão da Universidade Fumec, 2018. Disponível em: <http://www.fumec.br/revistas/esteticaemmovimento/article/download/6504/3167>. Acesso em: 02 jan. 2020.

SANTANA, Liliane Lopes Miranda de *et al.* Alterações estéticas no período gestacional. **XIX Jornada Científica**. Anais. São Paulo, p. 49, nov. 2015.

SANTOS, Fernanda Toledo dos; LAUSMANN, Raquel Martins; XAVIER, Denise Dias. Benefícios da drenagem linfática manual (DML) e suas indicações: uma revisão bibliográfica. **Revista Inspirar**. Supl. 1, v. 8, n. 1, p. 99, jan/mar, 2016.

SILVA, Ana Cecilia da *et al.* Os benefícios da drenagem linfática em gestantes. **Revista Eletrônica Belezair**. São Paulo, n. 152, dez. 2015.

SILVA, Domenica Samara Coelho da *et al.* Benefícios da drenagem linfática na gravidez. **XIX Jornada Científica**. Anais... São Paulo, p. 50, nov. 2015.

SILVA, Luzenilda Sabina da *et al.* Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**. v. 8, n. 1, p. 2014.

SILVA, Marises Costa da; MEJIA, Maia Priscila Dayana. Gestação: benefícios da drenagem linfática no terceiro trimestre da gravidez. **Revista da Faculdade Ávila**. Goiana, 2013.

SOARES, Nathália de Souza *et al.* Efeitos da drenagem linfática manual através da técnica de Leduc no tratamento do fibro edema gelóide: estudo de caso. **Revista Saúde.Com**. v. 11, n. 2, p. 156-161, 2015.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2015.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**: Enfermagem na atenção à saúde materno-fetal: pré-natal. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

CAPÍTULO 6

OS DESAFIOS DA PREVENÇÃO, MANEJO TERAPÊUTICO E DO SEGUIMENTO PÓS TERAPÊUTICO DA SÍFILIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/09/2022

Dalila Freitas de Almeida
Rio de Janeiro
Lívia de Souza Câmara

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Especialista de Família e Comunidade. Orientadora: Enf^a M.^a Lívia de Souza Câmara

RESUMO: **Introdução:** A Sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, de evolução crônica e lenta, curável e exclusiva do ser humano, quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada. **Objetivo:** Identificar na produção científica evidências relacionadas à prevenção, ao manejo clínico e ao seguimento pós terapêutico no cuidado de pessoas com Sífilis. **Metodologia:** Revisão Integrativa da literatura em saúde, desenvolvida a partir de estudos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através do ícone de “Pesquisa Avançada” com uso do boleando “AND”, no qual foram agrupados e depositados os seguintes descritores: “Sífilis” e “Penicilina” e “Perda de Seguimento”. **Resultados e Discussão:** Dentre os principais desafios, destacam-se o desconhecimento do profissional de saúde quanto ao manejo da Sífilis conforme

os protocolos estabelecidos, influenciando no pré-natal com baixa qualidade no registro das fichas de notificação, a prescrição da terapia de forma inadequada, o diagnóstico e início do tratamento tardeamente, a baixa resolutividade na abordagem e na continuidade da assistência entre parceiras sexuais, baixa adesão ao uso de preservativos. E dentre os fatores que culminaram na perda de seguimento estão as mulheres jovens e com baixa escolaridade na Sífilis Gestacional, mães maiores de 30 anos, com 3 ou mais filhos e no primeiro diagnóstico de IST na Sífilis Congênita e o tratamento doloroso, o pouco conhecimento dos usuários sobre as ISTs, o medo e o estigma na Sífilis Adquirida.

Conclusão: É imprescindível a efetivação das ações educativas e preventivas relacionadas à Sífilis voltadas para a população combatendo a desinformação, evitando o surgimento de novos casos, além de contribuir na redução das taxas de abandono. E, a educação permanente dos profissionais de saúde que atuam diretamente e indiretamente no seu enfrentamento, garantindo a qualidade da assistência e o controle da epidemia da Sífilis.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Perda de Seguimento; Penicilina.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IST(s)	Infecção(ões) Sexualmente(s) Transmissível(is)
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PCDT IST	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

1 | INTRODUÇÃO

A Sífilis e suas Facetas

A Sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, de evolução crônica e lenta, curável e exclusiva do ser humano, quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Sua transmissão ocorre principalmente por contato sexual, contudo, pode ser transmitida verticalmente da gestante para o conceito e, também, em casos mais raros por via parenteral (BRASIL, 2020b).

Na maioria das pessoas a Sífilis é assintomática e quando há sintomas são desvalorizados ou não percebidos, facilitando a transmissão para as parcerias sexuais e a evolução da infecção para formas mais graves, esse grupo classifica-se como Sífilis Adquirida. Quando ocorre na gestação a Sífilis é dividida em Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita e representa riscos tais como aborto, prematuridade, baixo peso, má formação congênita, óbito fetal e óbito infantil (BRASIL, 2020b).

Os casos de Sífilis Congênita em sua maioria acontecem pela falta de testagem para Sífilis durante o pré-natal ou porque receberam o tratamento não adequado antes ou durante a gestação em tempo hábil, sendo passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da infecção materna (BRASIL, 2020b).

Na sua forma adquirida se divide em duas fases: Sífilis Recente que ocorre até um ano de infecção e Sífilis Tardia que ocorre após um ano de infecção. A Sífilis Recente divide-se em Sífilis Primária, Secundária e Latente Recente. A Sífilis Tardia divide-se em Sífilis Latente Tardia e Terciária (BRASIL, 2020b).

Normalmente, na fase primária, há o aparecimento do cancro duro e pode suceder

a linfadenopatia local. A secundária o sintoma mais comum são as lesões cutâneas que iniciam com o aparecimento de máculas eritematosas, conhecidas como roséolas sifilíticas, que progredem para lesões papulosas eritemato-acastanhadas, habitualmente atingem região plantar e palmar. Na fase terciária ocorrem sintomas de maior gravidade como a Sífilis Gomatosa e Sífilis Cardiovascular, a partir de inflamação causada pelo treponema que provoca destruição tecidual. A invasão treponêmica no sistema nervoso central pode ocorrer em qualquer uma fase da Sífilis e é denominada Neurosífilis. As fases latentes da Sífilis são assintomáticas e ocorrem em alternância às fases sintomáticas (BRASIL, 2020b).

O risco de infecção através do contato sexual com uma pessoa infectada depende, entre outras variáveis, do estágio em que se encontra a infecção. Sabe-se que o risco de transmissão aumenta quando há exposição a lesões dos estágios iniciais, pois as mesmas geralmente contêm um grande número de bactérias (MAHMUD et al, 2019).

Desse modo, percebe-se a complexidade da Sífilis nas suas diversas facetas e a importância do controle da infecção a fim de evitar novas transmissões, reduzir a ocorrência de suas formas mais graves e eliminar a Sífilis Congênita.

Contexto Histórico da Sífilis no Mundo e no Brasil

A Sífilis é uma doença milenar datada do século XV, entretanto seu agente etiológico da Sífilis foi descoberto somente em 1905, pelo zoólogo Fritz Schaudinn e pelo dermatologista Paul Erich Hoffmann. Ao examinarem uma amostra a fresco de uma pápula, ambos observaram ao microscópio microrganismos espiralados e finos. (BRASIL, 2010).

Os estudos científicos apontam hipóteses para o surgimento da Sífilis na América pela existência de alterações ósseas de natureza sifilítica, em fósseis americanos pré-colombianos de 1942 que reforçam a possibilidade da sua origem ser americana. Outra possibilidade foi sua introdução na Ásia devido aos registros do médico chinês Hongty que descrevem a doença na década de 50. Há ainda evidências que endossam que a Sífilis seria proveniente de mutações e adaptações sofridas por espécies de treponemas endêmicos na África (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

A primeira epidemia de Sífilis ocorreu em 1545 na Europa quando a doença ainda era desconhecida. Sua disseminação esteve diretamente relacionada a uma campanha militar que durou cerca de dez anos. A doença misteriosa que assustou a população foi retratada com um castigo divino pelos pecados cometidos pela sociedade (NETO, 2009).

No Brasil, a Sífilis é considerada como uma herança portuguesa. Na época colonial espalhava-se a ideia que todo brasileiro tinha um ‘pouquinho’ de Sífilis, diferentes registros históricos a descrevem como a mais difundida das doenças, reflexo do comportamento luxurioso que caracterizariam os habitantes do país (CARRARA, 2004).

Dados Atuais da Sífilis no Brasil e no Mundo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a incidência dos casos de Sífilis

encontra-se em torno de 6,3 milhões, conforme dados de 2009 a 2016. Ainda, a estimativa prevê uma taxa de 0,5% na prevalência global para o agravo. O panorama brasileiro é similar ao cenário de outros países com elevado números de casos. Na estratificação por regiões, a região Sudeste possui o maior número de casos com 47,3%, comportando quase metade das notificações, seguida pelas regiões Sul com 23,6%, Nordeste com 13,5%, Centro-Oeste com 8,4% e Norte com 7,1% (BRASIL, 2020a).

Em 2020, o número de notificações no Brasil ultrapassou 115 mil casos, entretanto, houve uma diminuição dos casos em comparação com o ano anterior com redução de 26,6% na taxa de detecção de Sífilis Adquirida com 54,5 casos por 100 mil habitantes, 9,4% na taxa de incidência de Sífilis Congênita 7,7 casos por mil nascidos vivos e 0,9% na taxa de detecção em gestantes com 21,6 casos por mil nascidos vivos, representando um feito inédito desde a implementação da notificação compulsória em 2010 no país (BRASIL, 2020a).

As maiores taxas já registradas foram de 76,4 casos de Sífilis Adquirida por 100 mil habitantes e 9,0 casos de Sífilis Congênita a cada mil nascidos no ano de 2018, já a Sífilis Gestacional, alcançou 21,8 casos por mil nascidos vivos em 2019. (BRASIL, 2020a).

Apesar da diminuição dos casos de Sífilis na maior parte do país, cabe destacar que este feito histórico pode estar relacionado à identificação de problemas na transferência de dados entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). E, também, a subnotificação dos casos devido a mobilização local dos profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia de covid-19 (BRASIL, 2020a).

Destaca-se que Sífilis Adquirida comporta a maior taxa de incidência no país quando comparada os casos de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita, portanto, possui um elevado potencial de transmissão que, consequentemente, acarreta na persistência dessa infecção (BRASIL, 2020a).

A elevada incidência da Sífilis Adquirida pode ser relacionada a multiplicidade de parcerias sexuais e a diminuição das práticas seguras de sexo pela redução do uso do preservativo masculino com o intuito de melhorar o desempenho e prazer durante a relação sexual, favorecendo a vulnerabilidade à Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (SOUZA, RODRIGUES, GOMES, 2018; ANDRADE et al, 2019).

2 | OBJETIVO

Identificar na produção científica evidências relacionadas à prevenção, ao manejo clínico e ao seguimento pós terapêutico no cuidado de pessoas com Sífilis.

3 I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Prevenção, a Terapêutica e o Seguimento Pós Terapêutico

A Sífilis é um agravo passível de prevenção, mas ao mesmo tempo mostra-se como um grande desafio pelo seu difícil controle que está associado aos entraves de uma estigmatização histórica no país e transversal a fatores comportamentais e sociais dos indivíduos (MELLO, 2016).

No estudo de Guimarães et al (2017), a prevenção e o controle da Sífilis foi considerada como o componente central na prática de trabalho no cenário da APS. Ressaltando a importância das atividades preventivas no sentido de sensibilizar a população na necessidade de ampliar o cuidado, protegendo a si e seus parceiros.

No seu rastreamento procura-se atender as pessoas assintomáticas a fim de estabelecer o diagnóstico precoce. Pode ser classificado como uma prevenção secundária, visto que, na realização de testes diagnósticos em um indivíduo há sempre a conexão com uma rede de transmissão (BRASIL, 2020b).

Ainda, para evitar a transmissão da doença é fundamental o tratamento precoce das pessoas acometidas pelo agravo e de suas parcerias sexuais (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006). O manejo da Sífilis no âmbito da saúde brasileira deve ser realizado conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) (BRASIL, 2020b).

Em relação ao esquema terapêutico para o tratamento da Sífilis, a Penicilina Benztatina é a droga preferencial. Sua prescrição deve ser realizada de acordo com o estadiamento da infecção, sendo administrado em dose única em casos de Sífilis Recente e em três doses em casos de Sífilis Tardia. Como alternativa terapêutica tem-se a Doxiciclina, porém a mesma não é eficaz no tratamento de gestantes (BRASIL, 2020b).

A Portaria Nº 3.161, de 27 de Dezembro de 2011 determina a administração da penicilina nas unidades de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS, realizada pelos profissionais de enfermagem, médicos e farmacêuticos (BRASIL, 2011).

Imediatamente após a terapêutica, há o acompanhamento sorológico e clínico em consultas individuais, que visa relacionar o resultado da terapia e reconhecer uma possível reativação da infecção (MENEZES et al, 2021). No seguimento pós terapêutico são realizados os testes não treponêmicos, como por exemplo o VDRL, que devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população a cada três meses até completar um ano de tratamento. Em caso de sucesso de tratamento, o indivíduo deve ser liberado do acompanhamento (BRASIL, 2020b).

Além disso, o acompanhamento em consultas individuais conferem momentos importantes para a formação de vínculo, promoção da educação em saúde sexual e incentivos à mudanças no comportamento sexual do indivíduo. Evidências sugerem que apenas o tratamento medicamentoso, prescritivo e intervencionista estando alheio a ações

educativas são insuficientes para o controle da Sífilis. Entendendo que a mesma é uma epidemia silenciosa e a aplicação dos protocolos de tratamento sem a devida informação e o esclarecimento de dúvidas de senso comum não soluciona a ignorância relacionada ao agravio. (MELLO, 2016)

Percebe-se a importância do controle da Sífilis Adquirida, tendo como objetivo a cura da pessoa acometida com a infecção e, consequentemente, a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos. Visto isso, observa-se que, apesar de ser prevenível, curável, com tratamento e seguimento pós-terapêutico pouco custosos, e diversos protocolos disponíveis e em constante atualização, a Sífilis apresenta crescente número de casos, desafiando a saúde pública brasileira.

4 | JUSTIFICATIVA

A motivação para a construção deste estudo na trajetória da autora enquanto Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro inserida em uma Unidade de Atenção Primária em uma comunidade na CAP 2.1 no Município do Rio de Janeiro, em que foram vivenciados na prática cotidiana o manejo e seguimento dos casos de Sífilis adquirida na Atenção Primária à Saúde. E, para além da prestação da assistência direta ao usuário, o emprego de ações em gestão na Unidade de Atenção Primária e, também, com o serviço de vigilância em saúde do território.

Em busca de aprimorar o conhecimento, pude experienciar como participante o curso online do núcleo de pesquisa experimentação e estudos em Enfermagem na área da saúde da mulher e da criança da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro: “Manejo da Sífilis na atenção primária” para a capacitação na prestação da assistência da pessoa com Sífilis. E, a partir disso, ampliar o olhar para as diferentes potencialidades e fragilidades do serviço que dificultam o emprego de uma assistência adequada dos usuários acometidos com Sífilis.

Para a escolha da temática, também foi considerada a relevância da Sífilis para a saúde da população, evidenciada no crescimento progressivo da Sífilis na última década que, atualmente encontra-se classificada como uma epidemia nacional, repercutindo em importantes impactos para a saúde pública (BRASIL, 2020a).

Dito isso, é de extrema importância a análise e discussão das produções científicas produzidas em vistas a fomentar a discussão de novas estratégias para o controle da epidemia de Sífilis, assim como, na prevenção de novas infecções e no alcance das metas estabelecidas no Projeto para eliminação da Sífilis Congênita do Ministério da Saúde (MS).

Em razão do exposto acima, o objeto da pesquisa será o cuidado com as pessoas diagnosticadas com Sífilis, buscando identificar o teor do conteúdo das pesquisas relacionadas à Sífilis, e possivelmente, identificar lacunas neste âmbito de pesquisa.

Surge, portanto, a seguinte questão de pesquisa: “O que dizem os estudos em relação ao manejo da Sífilis?”.

5 I METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura que procura sintetizar resultados obtidos em pesquisas de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa devido ao fornecimento de informações sobre determinada questão, constituindo, assim, um corpo de conhecimento, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A construção deste trabalho obedeceu às seguintes fases: (1) definição do tema, objetivos e descritores; (2) determinação dos critérios de inclusão e exclusão; (3) busca das amostras com uso dos filtros e descritores agrupados; (4) análise superficial dos artigos; (5) análise minuciosa dos artigos encontrados e determinação da amostra final; (6) organização das informações coletadas; (7) análise dos dados e discussão dos resultados.

Para a seleção dos artigos que compuseram este levantamento bibliográfico, foi efetuada a leitura dos títulos e resumos e depois a leitura na íntegra (quando disponíveis), sendo então selecionados os estudos pertinentes à temática pretendida no estudo.

Os critérios utilizados para a inclusão dos estudos foram: idiomas português, espanhol e inglês com a temática pretendida nos últimos 05 anos (2016 a 2021) e documentos em texto completo. Os critérios de exclusão foram documentos considerados “literatura cinzenta” (monografias, dissertações, teses, livros, resumos de livros, comentários de documentos, etc.), e artigos com resumo indisponível ou com dados insuficientes e que não respondessem à pergunta norteadora desta revisão.

A busca das amostras se sucedeu no portal regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com as combinações de descritores pré-estabelecidos, a partir da ferramenta de pesquisa avançada com o uso do operador booleano “AND”, no seguinte endereço eletrônico: <https://decs.bvsalud.org/>.

Os seguintes descritores de assunto foram aplicados na primeira combinação de descritores: “Sífilis” e “Penicilina”, tendo como resultado 227 artigos após a utilização dos filtros de assunto principal, línguas, tipo de documento e período.

Na segunda combinação foram aplicados os descritores: “Sífilis” e “Perda de Seguimento”, tendo como resultado 22 artigos após a utilização dos filtros de assunto principal, idiomas, tipo de documento e período. Os títulos e resumos das publicações foram revisados e analisados, segundo os critérios de inclusão e exclusão.

Foram descartados 235 estudos no total, sendo excluídos 18 por não estarem disponíveis gratuitamente, 01 por repetição em mais de uma base de dados e 216 por fuga à temática proposta.

Após o refinamento do material totalizaram-se 14 estudos incluídos nesta revisão nos quais foram distribuídos em categorias de acordo com o agrupamento disposto no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) de 2021. As categorias foram denominadas: “Sífilis Adquirida” que inclui as amostras: 05, 06 e 11; “Sífilis Congênita” que inclui as amostras: 02 e 09 e “Sífilis Gestacional” que inclui as amostras: 01, 02, 03, 04, 07, 08, 10, 12, 13 e 14. (quadro 01).

Para análise dos dados todas as categorias foram fragmentadas em 3 subcategorias, são elas: manejo pré-terapêutico; manejo terapêutico e manejo pós terapêutico, demonstradas abaixo no quadro 02.

O Fluxograma a seguir foi construído com o propósito de facilitar o entendimento do leitor, representando as etapas percorridas nessa revisão:

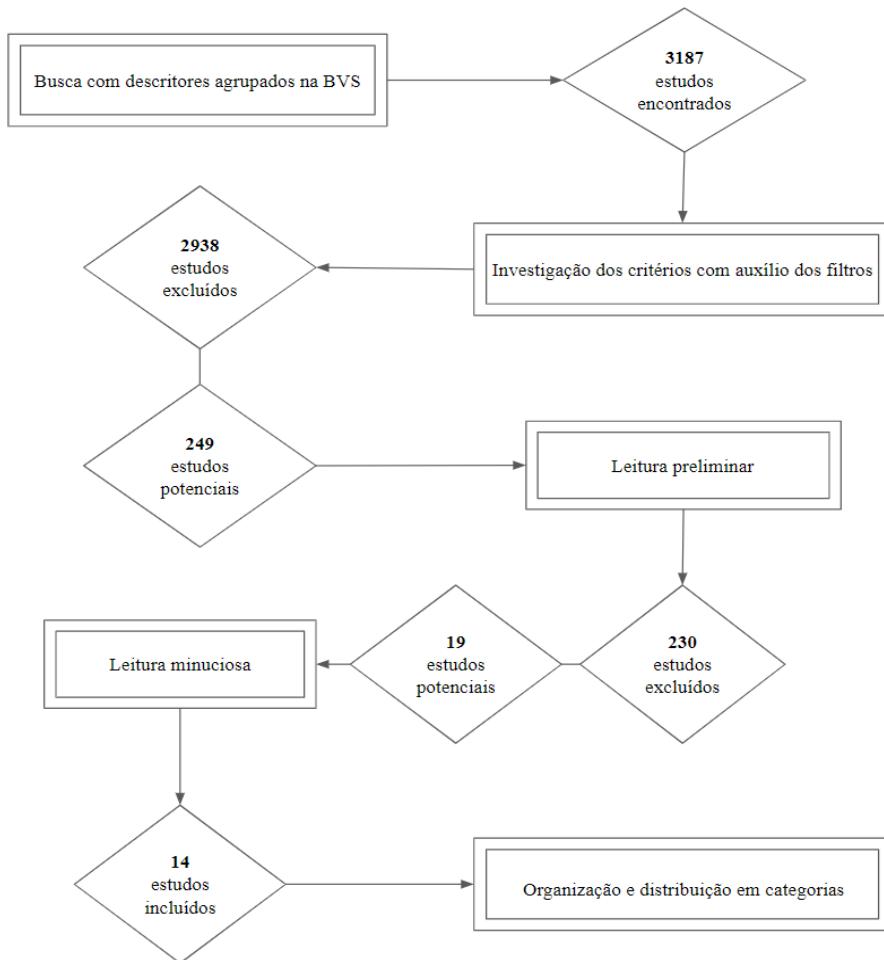


Figura 01 - Fluxograma da seleção dos artigos. Rio de Janeiro, 2022.

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro. 2021.

6 | RESULTADOS

O quadro 1 foi elaborado pela autora com o propósito de elucidar a amostra dos artigos da revisão, segundo base de dados, título, autor(es), objetivos, tipo de estudo e periódicos. Os dados referidos acima encontram-se a seguir:

Nº	Base de dados	Título do artigo/Autor(es)	Objetivos	Tipo de estudo/ Periódicos (vol., nº pág, ano)
01	BDENF	Fatores relacionados à perda do seguimento de gestantes com sífilis: revisão integrativa/ <i>Silva, P. et al</i>	Analizar os fatores relacionados à perda do seguimento de gestantes com sífilis.	Revisão integrativa / Rev. Rene (Online); 22: e60257, 2021.
02	LILACS	Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento/ <i>Feliz, M. et al</i>	Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos recém-nascidos expostos à sífilis, assim como gestacionais e sociodemográficas de suas mães e investigar os fatores associados com a descontinuidade do seguimento.	Estudo observacional/ Rev. bras. epidemiol; 19(4): 727-739, 2016
03	BDENF	Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária/ <i>Araújo, T. & Souza, M.</i>	Identificar os fatores relacionados ao processo de trabalho no que se refere à adesão das equipes de Atenção Primária ao teste rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C durante o acompanhamento do pré-natal e a administração da penicilina benzatina na APS.	Estudo descritivo/ Rev. Esc. Enferm. USP; 54: e03645, 2020.
04	LILACS	Sífilis em gestantes residentes em São Luís, Maranhão: perfil e evolução de 2006 a 2018/ <i>Fernandes, J. et al</i>	Descrever os casos notificados de Sífilis Gestacional em São Luís no período de 2006 a 2018 e analisar as tendências de indicadores epidemiológicos pela regressão Joinpoint e as características do agravo com base nos dados do Sinan.	Estudo descritivo/ RECIIS (Online); 15(2): 362-378, 2021.
05	MEDLINE	Fraquezas na atenção primária à saúde favorecem o crescimento de sífilis adquirida/ <i>Santos, M. et al</i>	Compreender os fatores relacionados às tendências da sífilis adquirida no período de 2011 a 2019.	Estudo transversal/ PLoS. Negl. Trop. Dis. 15(2): e0009085, 2021.
06	MEDLINE	Preditores de cura sorológica após terapia com penicilina em pacientes HIV negativos com sífilis recente em Shenzhen, China/ <i>Luo, Z. et al</i>	Explorar os fatores associados à cura sorológica após o tratamento da sífilis recente.	Estudo observacional/ PLoS One ; 16(1): e0245812, 2021.
07	MEDLINE	Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar/ <i>Roehrs, M. et al</i>	Estimar a prevalência de sífilis gestacional e fatores associados à infecção em uma Maternidade no Sul do Brasil no ano de 2018.	Estudo descritivo/ Femina; 49(2): 102-108, 2021
08	MEDLINE	A realidade da sífilis em gestantes: análise epidemiológica entre 2014 e 2018/ <i>Costa, D. & Aanholt, D. & Ciosak, S.</i>	Conhecer as gestantes com sífilis no estado de São Paulo, últimos cinco anos disponíveis.	Estudo epidemiológico/ REVISA (Online); 10(1): 195-204, 2021.

09	MEDLINE	Neurossífilis em recém-nascidos brasileiros: um problema de saúde que pode ser evitado/ <i>Ribeiro, A. et al</i>	Analizar as variáveis associadas à neurossífilis em recém-nascidos brasileiros de gestantes com sífilis admitidas para o parto.	Estudo observacional/ Rev Inst Med Trop Sao Paulo; 62: e82, 2020.
10	MEDLINE	Avaliação do tratamento para melhorar a prevenção da transmissão vertical entre mulheres com sífilis/ <i>Gong, T. et al</i>	O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho para melhorar os resultados da gravidez.	Estudo observacional/ Sci Rep; 9(1): 19547, 2019.
11	MEDLINE	Tolerabilidade da penicilina G benzatina IM diluída ou não com anestésicos locais, ou agulhas de calibre diferente para o tratamento da sífilis: um ensaio clínico randomizado/ <i>Estrada, V. et al</i>	Identificar formas menos dolorosas de administrar o PGB no tratamento da sífilis em adultos, em particular, diluídos juntamente com anestésico local e com agulhas de calibre diferente.	Estudo clínico randomizado/ BMC Infect Dis; 19(1): 883, 2019.
12	MEDLINE	Desafios no tratamento contemporâneo da sífilis entre mulheres grávidas em New Orleans, LA/ <i>Stafford, I. et al</i>	O objetivo desta revisão retrospectiva é avaliar as tendências no manejo da sífilis materna e congênita (SC) em um centro de atenção terciário em New Orleans.	Estudo observacional/ Infect Dis Obstet Gynecol; 2613962, 2019.
13	LILACS	Seguimento de uma coorte exposta à transmissão vertical da sífilis em Campos dos Goytacazes/ <i>Landi, G. et al</i>	Avaliar o diagnóstico e o tratamento para sífilis realizado na gestação, bem como a abordagem dos lactentes expostos à sífilis congênita em um hospital público.	Estudo transversal/ DST j. bras. doenças sex. transm; 30(1): 12-15, 30-03-2018.
14	BDENF	Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal na atenção básica sobre o manejo da sífilis/ <i>Costa, L. et al</i>	O objetivo foi identificar o conhecimento dos profissionais do pré-natal sobre o manejo da sífilis gestacional na atenção primária.	Estudo transversal/ Ciênc. cuid. saúde; 17(1)jan.-mar. 2018.

Quadro 01- Caracterização da amostra em base de dados, autor(es), título, objetivos, tipo de estudo e periódicos. Rio de Janeiro, 2022.

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro. 2022.

O quadro acima revela o predomínio dos estudos de caráter observacional (5) e grande heterogeneidade dos periódicos. As bases de dados eletrônicas encontradas foram: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (3), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) (8) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) (3). Quanto à sua origem prevalece o Brasil e, como consequência, a língua predominante foi o português (8), em seguida o inglês (7); não foram achados estudos em espanhol. Em relação aos períodos de publicação foram predominantes os anos de 2021 (6) e 2019 (3), não foi encontrada nenhuma publicação no ano de 2017. O quadro a seguir, exibe as principais evidências encontradas nas amostras incluídas nesta Revisão de Literatura e ilustra sua distribuição de acordo com as categorias e sub-categorias pré-estabelecidas:

Categoría	Subcategoria	Nº	Síntese das evidências
Sífilis Adquirida	Prevenção da Sífilis	05	A boa cobertura da população com equipes da APS, a disponibilidade da testagem rápida para Sífilis, a dispensação gratuita de preservativos masculino e feminino foram variáveis associadas com as tendências de redução dos casos de Sífilis Adquirida.
	Manejo terapêutico	05, 11	A disponibilidade da penicilina benzatina na APS esteve relacionada com a redução das tendências epidemiológicas da Sífilis Adquirida. A intensidade da dor após a administração intramuscular de Penicilina G Benzatina pode reduzir a adesão ao tratamento e a sua diluição com anestésico local reduz significativamente a intensidade da dor imediatamente, podendo melhorar a adesão ao tratamento.
	Seguimento pós terapêutico	06	A proporção de cura sorológica aumentou significativamente ao longo do tempo de acompanhamento. O estágio da Sífilis e o título sérico basal foram fatores cruciais associados à cura sorológica.
Sífilis Congênita	Prevenção da Sífilis	02, 09, 13	O tratamento materno inadequado foi citado em todos os estudos relacionados à Sífilis Congênita, outros fatores de importância foram a ausência de tratamento do companheiro e o tratamento materno realizado apenas no momento do parto.
	Manejo terapêutico	09, 13	O diagnóstico e o manejo das crianças expostas inadequados foram relacionados a investigação incorreta e a falta de penicilina.
	Seguimento pós terapêutico	02 e 13	As complicações clínicas em recém-nascidos foram de baixo peso ao nascer e de prematuridade, necessidade de hospitalização e suas consequências. O seguimento do RN exposto à sífilis na gestação não observou estar cumprindo as metas recomendadas pelo MS, visto que grande parte dos casos o acompanhamento foi interrompido. Os fatores associados com a descontinuidade do seguimento foram: idade acima de 30 anos considerando-se mais experientes, acabam negligenciando o cuidado. Além de mães com mais de três filhos e a ausência de coinfecção com HIV e hepatites virais.
	Prevenção da Sífilis	03, 10	Baixa adesão ao uso de preservativo nas relações sexuais durante a gestação é um fator prevalente devido a associação do uso do preservativo a contracepção. A boa adesão das equipes aos testes rápidos de Sífilis, a expansão da cobertura de rastreamento precoce e a promoção do tratamento promovem melhores resultados na assistência à Sífilis na gestação, porém a realização do exame em tempo hábil foi um desafio observado.

Sífilis Gestacional	Manejo terapêutico	01, 03, 04, 08, 07, 10, 12, 14	A alta taxa de tratamentos inadequados e diagnósticos tardios foram os desafios mais recorrentes nos artigos encontrados, o que sugere falhas na assistência ao pré-natal. A baixa testagem e ausência de tratamento dos(as) parceiros(as) sexuais das gestantes foi verificada como o maior dos desafios citados pelos profissionais de saúde. O déficit da qualidade no preenchimento das fichas de notificação e dificuldades por parte dos profissionais no diagnóstico e tratamento da Sífilis na Gestação também foi observado.
	Seguimento pós terapêutico	01, 10, 12	As gestantes com idade menor que 20 anos, baixa escolaridade, pouco conhecimento sobre IST's e a falta de orientações, e o medo e o estigma relacionado à Sífilis, o não tratamento do parceiro sexual e a falta de capacitação por parte dos profissionais estiveram associados à perda de seguimento de gestantes com Sífilis. As mulheres não tratadas na gestação tiveram maiores complicações e desfechos negativos.

Quadro 02 - Síntese das evidências da Revisão de Literatura. Rio de Janeiro, 2022.

Fonte: Elaborado pela autora. Rio de Janeiro. 2022.

As evidências dos artigos encontrados revelam a grande heterogeneidade dos assuntos relacionados ao manejo da Sífilis evidenciando diferentes fatores que implicam diretamente em sua terapêutica e seguimento. Verificou-se que a maioria dos artigos discorreu sobre a assistência à Sífilis Gestacional.

Os estudos que discorreram sobre a assistência à Sífilis Gestacional apontaram, principalmente, para as falhas e os desafios na prestação da assistência em pré natal e o perfil das gestantes diagnosticadas com Sífilis. Os estudos relacionados à Sífilis Congênita discorrem sobre a importância do cuidado no pré-natal, manejo da Sífilis Congênita e adesão ao acompanhamento do recém nascido. Os estudos relacionados à Sífilis Adquirida tratam-se das temáticas: tendências epidemiológicas, tolerância da dor no tratamento com penicilina benzatina e fatores associados à cura sorológica.

7 | DISCUSSÃO

Em relação ao perfil de gestantes com diagnóstico de Sífilis encontrado neste estudo identificou-se a faixa etária predominante entre 20 a 29 anos, apenas um estudo verificou média de idade maior de 31 anos. Considerando a variável raça, apenas as mulheres referidas como pardas foram relatadas como maiorias encontradas nos perfis analisados e a escolaridade em ensino superior foi minoria em todos os estudos (SILVA et al, 2021; GONG et al, 2019; STAFFORD et al, 2019).

O perfil das gestantes relatado acima revelou-se similar ao encontrado no Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2021 do MS. Além disso, mulheres jovens e com baixa

escolaridade também foram associadas ao maior abandono de tratamento.

Um dos estudos incluídos nesta revisão que descreve as tendências epidemiológicas da Sífilis Adquirida relacionou as tendências de queda de novos casos com as variáveis de boa cobertura da população com equipes da APS, enfatizando a disponibilidade de testagem rápida para Sífilis, dispensação gratuita de preservativos masculino e feminino e disponibilidade da penicilina benzatina (SANTOS et al, 2021).

No contexto do manejo da Sífilis a atuação das equipes da APS podem apresentar um maior potencial de desenvolvimento de ações em saúde, uma vez que sua complexidade exige vínculo, adesão e vigilância por longo período de tempo. O estudo de Vasconcelos et al (2016) identificou a construção do vínculo com o usuário como facilitador do acompanhamento, da adesão ao serviço e a realização do tratamento adequado.

Desse modo, destaca-se o papel da APS no enfrentamento da Sífilis, visto que a mesma busca ampliar a promoção de saúde, educação em saúde, prevenção de enfermidades e tratamento das doenças. Além de estar à frente da detecção precoce da Sífilis, seu diagnóstico e tratamento em tempo hábil, notificação e busca ativa das parcerias sexuais, o seguimento terapêutico e a ordenação na rede de atenção à saúde, quando necessário e a execução de ações conjuntas com os órgãos competentes em vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

A Enfermagem brasileira possui um papel fundamental no manejo da Sífilis, visto que, compete ao enfermeiro(a) ações direcionadas à realização de consulta de Enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitações de exames complementares, prescrições de medicamentos e encaminhamentos, quando necessários, de usuários a outros serviços, estabelecidos conforme protocolos ou normativas técnicas dispõe de atividades voltadas aos programas de saúde conduzidos pelo SUS. E, para além da sua importância no manejo da Sífilis, a atuação dos enfermeiros(as) mostrou-se sensível ao enfoque na compreensão da doença e na adesão ao tratamento. (POLLO e RENOVATO, 2020)

Contudo, os desafios para o controle da Sífilis no país são inúmeros, dentre os principais obstáculos enfrentados no cotidiano da assistência à saúde, estão: o baixo nível de escolaridade da população, déficits na dinâmica de trabalho da equipe que repercutem no diagnóstico inoportuno, tratamento inadequado, falta de vigilância em saúde e a carência de ações preventivas. (MOREIRA, 2020) Além, da complexidade na abordagem e na continuidade da assistência entre parceiras性uais (COSTA et al, 2018).

Campos et al (2012), retrata a dificuldade de tratamento dos parceiros性uais em associação à exclusão do homem percebida na construção histórica das políticas de saúde, provocando a baixa procura por atendimento e uma visão distorcida da saúde atribuindo à mulher a responsabilidade pelo cuidado. Por outro lado, existem ainda questões inerentes aos serviços, e ao comportamento dos parceiros, como a falta de adesão ao uso dos preservativos (ARAÚJO e SOUZA, 2020).

Nas falhas na prestação da assistência verificadas nos artigos relacionados à Sífilis

Gestacional, destacam-se o desconhecimento do profissional de saúde quanto ao manejo da Sífilis no pré-natal com baixa qualidade no registro das fichas de notificação, a prescrição da terapia de forma inadequada e o diagnóstico e início do tratamento tardeamente (FERNANDES et al, 2021; COSTA, AANHOLT e CIOSAK, 2021; ROEHRIS et al, 2021; GONG et al , 2019; COSTA et al, 2018).Em relação a este último, pode-se acrescentar ainda a sua importância para o seguimento pós terapêutico, visto que, o tratamento precoce esteve associado com maiores chances de cura (LUO et al, 2021).

O pré-natal de baixa qualidade também foi evidenciado no grupo da Sífilis Congênita (FELIZ et al, 2021; LANDI et al, 2018; RIBEIRO et al, 2020). De acordo com Cavalcante et al (2019), no Brasil a maioria dos casos de Sífilis em gestantes é inadequadamente tratada, tendo como consequência o tratamento prolongado e oneroso e desfechos desfavoráveis nas crianças. A Sífilis Congênita é considerada um evento sentinel, ou seja, um evento grave e indesejável, pois é passível de prevenção desde que as ações de saúde sejam eficientes (CAVALCANTE et al, 2019).

Nos estudos desta revisão, a assistência no pré-natal estava aquém das recomendações do MS, na medida em que grande parte dos casos resultaram em abandono, evoluindo com complicações para o recém-nascido e, muitas vezes, implicando na necessidade de hospitalização. Em relação aos principais fatores para a perda de seguimento dos casos destacaram-se: mães maiores de 30 anos, com 3 ou mais filhos e no primeiro diagnóstico de IST (FELIZ et al, 2016; LANDI et al, 2018).

No estudo de Lazarini e Barbossa (2017), há evidências que a intervenção educativa sobre diagnóstico, tratamento e notificação para os profissionais de saúde favorece a detecção precoce da Sífilis Gestacional, resultando na diminuição da taxa de transmissão vertical e, também, na potencial contribuição para a eliminação da mortalidade por Sífilis em menores de um ano.

Nesse sentido, a educação permanente faz-se necessária no controle da Sífilis e no estimulando maior adesão aos protocolos e conscientização dos mesmos como parte ativa no processo de combate da cadeia epidemiológica, para que haja a diminuição das taxas de Sífilis (CÂMARA, 2021). E, que na conduta, não haja preconceito e estigma, promovendo a conscientização do usuário em relação à situação em que vive e como suas escolhas influenciam na sua saúde, despertando o interesse e motivação necessária para a adoção de novas práticas em saúde (FERREIRA e GOMES, 2020).

Em contrapartida, o estudo de Moreira Rodrigues et al (2016) constatou o conhecimento suficiente de profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação ao diagnóstico precoce, tratamento eficaz e seguimento pós terapêutico adequado e individualizado no pré-natal. Além da implantação de medidas de prevenção e controle da disseminação da doença por meio do cuidado individual e integral.

Dessa maneira, é preciso considerar também que para a terapêutica adequada, há a demanda de idas frequentes aos serviços de saúde, o que pode representar custos com

deslocamentos e faltas a atividades laborais, que potencializam-se na evidência de maior incidência de Sífilis Gestacional em maior situação de vulnerabilidade social. Além disso, é preciso considerar aspectos relacionados à acessibilidade funcional, como horário de funcionamento da UBS, e organização do fluxo de atendimento destes usuários para que os mesmos se sintam acolhidos (FIGUEIREDO, 2020).

Há também outros fatores no que tange o desfecho negativo no manejo da Sífilis como: o tratamento doloroso, o pouco conhecimento dos usuários sobre as ISTs, o medo e o estigma relacionado à Sífilis, o não tratamento do parceiro sexual (ESTRADA et al, 2019; SILVA et al 2021; STAFFORD et al, 2019).

Em concordância com Figueiredo et al (2015) que identificou algumas barreiras à adesão ao tratamento referentes à administração da medicação para Sífilis, evidenciando a necessidade de uma escuta atenciosa às queixas em relação às reações de medo e dor por ocasião da via de administração intramuscular, visto que, podem ocasionar recusa do tratamento por não acreditarem estar doente ou pelo medo da injeção. E, Neves et al (2019) considera o baixo nível de conhecimento dos usuários como agravante relacionado à saúde, expondo principalmente ISTs, pela ausência de informação sobre medidas preventivas e além de ser um dos grandes fatores que incorre para o aumento dos casos de Sífilis Adquirida.

Dito isso, pode-se conceber a importância da realização de uma assistência à saúde adequada com sua atenção voltada para a prevenção, tratamento e acompanhamento da Sífilis. Para que, cada vez mais, haja o alcance da cura, impactando positivamente no controle e prevenção de novas infecções, inclusive, na redução dos casos de suas outras facetas, tais como a Sífilis Gestacional e a Sífilis Congênita, esta última indicadora de falha na condução pré-natal e com potencial de morbi-mortalidade fetal e infantil (BRASIL, 2020b).

8 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A busca literária apresentou limitações metodológicas referentes à aplicação de apenas uma biblioteca para a pesquisa dos estudos, sendo encontrados, majoritariamente, documentos em formação de artigos, restringindo a sua abertura metodológica para inclusão de trabalhos em outros moldes. Nota-se, o tamanho relativamente pequeno da amostra após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o que revela a carência de produções científicas recentes centradas no manejo da Sífilis.

9 | CONCLUSÃO

Esta revisão apresentou de forma abrangente o cenário do manejo da Sífilis em seus diferentes grupos e etapas. O contexto investigado trouxe à tona diversos aspectos

que interferem diretamente na qualidade da assistência à pessoa com Sífilis, que refletem na persistência da infecção como uma epidemia no Brasil.

Dentre os principais desafios, destacam-se o desconhecimento do profissional de saúde quanto ao manejo da Sífilis conforme os protocolos estabelecidos, influenciando no pré-natal com baixa qualidade no registro das fichas de notificação, a prescrição da terapia de forma inadequada, o diagnóstico e início do tratamento tardiamente, a baixa resolutividade na abordagem e na continuidade da assistência entre parceiras sexuais, baixa adesão ao uso de preservativos. E dentre os fatores que culminaram na perda de seguimento estão as mulheres jovens e com baixa escolaridade na Sífilis Gestacional, mães maiores de 30 anos, com 3 ou mais filhos e no primeiro diagnóstico de IST na Sífilis Congênita e o tratamento doloroso, o pouco conhecimento dos usuários sobre as ISTs, o medo e o estigma na Sífilis Adquirida.

O fortalecimento da implementação das políticas públicas em Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) é indispensável na atenção integral às pessoas com ISTs e suas parcerias sexuais, assim como, promover informação, educação e comunicação em saúde, ampliar o acesso à testagem e tratamento entre vulneráveis, notificar parcerias sexuais e qualificar a abordagem de aspectos da saúde sexual pelos profissionais de saúde, para além do rastreamento de assintomáticos, prevenção, manejo clínico-laboratorial e vigilância dos casos (MIRANDA et al, 2021).

Dante dos resultados apresentados, enfatiza-se a escassez nos dados encontrados relacionados ao monitoramento clínico e laboratorial no seguimento pós-terapêutico da Sífilis, uma vez que, o mesmo é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfecção e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais, além de constituir a maior etapa do manejo da Sífilis. (BRASIL, 2020b)

Observou-se também, a baixa produção na literatura em relação à Sífilis Adquirida, apesar da sua relevância no que se refere a incidência de novos casos no país. Deste modo, destaca-se que o não investimento em ações relacionadas à Sífilis em toda a população, focando apenas em gestantes e crianças pode se reverter em um obstáculo para o enfrentamento à Sífilis no país contribuindo para a constante alimentação da cadeia de transmissão e possibilitando também novos casos de Sífilis Gestacional e Congênita.

Dante do resultado do presente estudo, constatou-se que é imprescindível a efetivação das ações educativas e preventivas relacionadas à Sífilis voltadas para a população combatendo a desinformação, evitando o surgimento de novos casos, além de contribuir na redução das taxas de abandono. E, a educação permanente dos profissionais de saúde que atuam diretamente e indiretamente no seu enfrentamento, garantindo a qualidade da assistência e o controle da epidemia da Sífilis.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Heuler Souza et al. Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. **Ciência & Saúde**, v. 12, n. 1, p. e32124-e32124, 2019. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/32124>>. Acesso em: 30 de junho de 2021.

ARAÚJO, Túlio César Vieira de; SOUZA, Marize Barros de. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1143709>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 81, p. 111-126, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 8 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. p.100. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico>. Acesso em: 25 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis. 2020a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>>. Acesso em: 10 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 2020b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>>. Acesso em: 30 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html>. Acesso em: 30 de junho de 2021.

CÂMARA, Lívia de Souza. Desenvolvimento e avaliação do curso on-line “Manejo da sífilis para a Atenção Primária em Saúde”. 2021. 247. Orientadora: Leila Rangel da Silva. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências. Rio de Janeiro, 2021.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2012, v. 34, n. 9 , pp. 397-402. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2022.

CARRARA, S. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. **História e Saúde collection**, pp. 426-453. 2004. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/7bzx4/13>>. Acesso em: 30 de novembro de 2021.

CAVALCANTE, Ana Nery Melo et al. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 95, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2019.v53/95/pt/>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.

COSTA, Debora Faria da; AANHOLT, Denise Philomene Joseph van; CIOSAK, Suely Itsuko. A realidade da sífilis em gestantes: análise epidemiológica entre 2014 e 2018. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 1, p. 195-204, 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-843723>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

COSTA, Lediane Dalla et al. Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal na atenção básica sobre o manejo da sífilis. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979718>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

ESTRADA, Vicente et al. Tolerability of IM penicillin G benzathine diluted or not with local anesthetics, or different gauge needles for syphilis treatment: a randomized clinical trial. **BMC infectious diseases**, v. 19, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-31646969>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>>. Acesso em: 22 de agosto de 2021.

FELIZ, Marjorie Cristiane et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 727-739, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-843723>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

FERNANDES, Judriele Francisca Vieira et al. Sífilis em gestantes residentes em São Luís, Maranhão: perfil e evolução de 2006 a 2018. 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1254704>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

FERREIRA, Jully Anne Noronha; GOMES, Luciene de Moura Alves. Adesão eficiente no tratamento da sífilis em gestantes. 2020. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/18596>>. Acesso em: 21 de dezembro de 2021.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 de novembro de 2021.

FIGUEIREDO, Mayanne Santana Nóbrega de et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 345-354, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041234007.pdf>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2022.

GONG, Tian et al. Treatment evaluation to improve preventing mother to child transmission among women with syphilis. **Scientific reports**, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-31862938>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

GUIMARÃES, Denise Alves et al. Formação em saúde e extensão universitária: discutindo sexualidade e prevenção de IST/aids. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 19, n. 2, p. 124-132, 2017. Disponível em: <<https://www.periodicos.ufes.br/rbps/article/download/18870/12847>>. Acesso em: 10 de março de 2022.

LANDI, Gabriela Gaspar Filgueiras et al. Seguimento de uma coorte exposta à transmissão vertical da sífilis em Campos dos Goytacazes (RJ), 2016. **DST j. bras. doenças sex. transm**, p. 12-15, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1122862>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

LAZARINI, Flaviane Mello e BARBOSA, Dulce Aparecida. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017;25:e 2845. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/gjqXpt8vnSRY8cKFtgKMDbq/?lang=en>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2022.

LUO, Zhenzhou et al. Predictors of serological cure after penicillin therapy in HIV-negative patients with early syphilis in Shenzhen, China. **Plos one**, v. 16, n. 1, p. e0245812. 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0245812>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

MAHMUD, Ibrahim Clós et al. Sífilis adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 2, p. 177-184. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-1021941>>. Acesso em: 18 de junho de 2021.

MELLO, Valéria Silva de et al. A saúde da mulher e o tratamento da sífilis: narrativas de vida e contribuições para a prática profissional. 2016. Disponível em: <<https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/11416>>. Acesso em: 16 de março de 2022.

MENEZES, Iasmim Lima et al. Sífilis Adquirida no Brasil: Análise retrospectiva de uma década (2010 a 2020). **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e17610611180-e17610611180. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11180>>. Acesso em: 05 de julho de 2021.

MIRANDA, Angélica Espinosa et al. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020611, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/4PN8LTxznTgSGZwnvVrvYFH/?lang=pt>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

MOREIRA, Brenda Castro et al. Os principais desafios e potencialidades no enfrentamento da sífilis pela atenção primária em saúde. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 5, n. 9, p. 3-13, 2020. Disponível em: <<https://www.revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/665>>. Acesso em 27 de novembro de 2021.

MOREIRA RODRIGUES, Antonia Regynara et al. Atuação de Enfermeiros no Acompanhamento da Sífilis na Atenção Primária. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 4, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29689>>. Acesso em: 27 de novembro de 2021.

NEVES, Keila Carmo et al. O conhecimento do homem sobre a sífilis: Impacto nas ações preventivas e adesão ao tratamento. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 9, n. 50, p. 1789-1794, 2019. Disponível em: <<http://www.revistas.mppmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/159>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2022.

NETO, Benedito Geraldes et al. A sífilis no século XVI-o impacto de uma nova doença. **Arq Ciência Saúde [Internet]**, v. 16, n. 3, p. 127-129, 2009. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-564766>>. Acesso em: 25 de novembro de 2021.

POLLO, Daniela; RENOVATO, Rogério Dias. Enfermagem e o tratamento medicamentoso da sífilis sob a ótica da Teoria Sócio-Humanista. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 51482, 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51482>>. Acesso em: 16 de março de 2022.

RÉGO, Marco Antônio V. Estudos caso-controle: uma breve revisão. **Gazeta Médica da Bahia**, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1089/1046>>. Acesso em: 16 de agosto de 2021.

RIBEIRO, Anny Danyelly da Costa et al. Neurosyphilis in Brazilian newborns: a health problem that could be avoided. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 62. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/KjcShBY9QYVpsgbZNN9CdmK/?lang=en>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

ROEHRS, Mariana Parcianello et al. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. **Femina**, p. 102-108, 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224066>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

SANTOS, Marquiony Marques dos et al. Weaknesses in primary health care favor the growth of acquired syphilis. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 15, n. 2, p. e0009085, 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-33544722>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

SILVA, Paula Lima da et al. Fatores relacionados à perda do seguimento de gestantes com sífilis: revisão integrativa. 2021. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/56127>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

SOUZA, Bárbara Soares de Oliveira; RODRIGUES, Raquel Miguel; GOMES, Raquel Maciel de Lima. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 2, p. 94-98, 2018. Disponível em: <<https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/339>>. Acesso em: 30 de junho de 2021.

STAFFORD, Irene A. et al. Challenges in the contemporary management of syphilis among pregnant women in New Orleans, LA. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 220, n. 1, p. S202, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30894787>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

VASCONCELOS, Maristela et al. Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo da sífilis. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/918>>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

CAPÍTULO 7

PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CARRINHO ELÉTRICO PARA PACIENTES DÉ UMA UNIDADE DE RADIOTERAPIA COMO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Data de aceite: 01/09/2022

Adelita Noro

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNISINOS- Campus São Leopoldo RS
Lattes: 8969791609890061

Aline Tigre

Universidade Feevale - Novo Hamburgo - RS
Lattes: 4429355941117096

Vanessa Belo Reyes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
Porto Alegre/RS
Lattes: 2372355995813721

Bibiana Fernandes Trevisan

Universidade Federal do Rio Grande do Sul-
UFRGS Campus Porto Alegre
Lattes: 4260686075710655

Nanci Felix Mesquita

Centro Universitário Metodista IPA - Porto
Alegre/RS
Lattes: 0804941346786174

Patrícia Santos da Silva

Centro Universitário Metodista IPA - Porto
Alegre/RS
Lattes: 9900699047596559

Ana Paula Wunder Fernandes

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNISINOS - Campus São Leopoldo/ RS
Lattes: 8155341323375365

Cristiane Tavares Borges

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS Campus Porto Alegre
Lattes: 5721755388104598

Yanka Eslabão Garcia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS Campus Porto Alegre
Lattes: 6480211634865499

Paula de Cezaro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS Campus Porto Alegre
Lattes: 4018054670501319

Vitoria Rodrigues Ilha

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS Campus Porto Alegre
Lattes: 8826367983925017

Ana Maria Vieira Lorenzoni

Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ
Lattes: 1031198852118602

RESUMO: **Introdução:** O ambiente hospitalar pode provocar dor, medo e insegurança nas crianças, embora tenha a finalidade de promover o tratamento. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil está completando 21 anos, e deve se fazer presente em todas as políticas e programas do Sistema Único de Saúde¹, proporcionando um atendimento mais humanizado e acolhedor. Identificou-se a necessidade da Unidade de Radioterapia ter um brinquedo terapêutico que tornasse o tratamento oncológico para crianças mais afetivo, minimizando sentimentos como medo e ansiedade. **Objetivo:** Descrever a experiência da equipe de enfermagem na implementação de um carrinho elétrico, como estratégia lúdica para crianças em tratamento na

Unidade de Radioterapia. **Método:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido em março de 2022, a partir da experiência da equipe de enfermagem na implantação e utilização de um carrinho elétrico para crianças em tratamento na Unidade, desenvolvido em um hospital universitário. **Relato de Experiência:** A partir de iniciativa pioneira em outra unidade da instituição, o projeto de um carrinho para crianças trouxe grandes benefícios aos pacientes, familiares e colaboradores. Assim, a busca por parceiros que aceitassem realizar a doação de um carrinho de brinquedo elétrico, tornou-se um desafio para a equipe que necessitava seguir as exigências para manter a segurança e integridade dos pacientes, como: possuir cinto de segurança, suportar um peso de até 30 quilos, ser operado por controle remoto e manual, ser de material adequado para a higienização. A iniciativa teve apoio da Diretoria.

Considerações Finais: O uso do carrinho possibilitou realizar a assistência de uma forma mais lúdica, contribuindo para que os pacientes ficassem mais receptivos e próximos da equipe, fortalecendo laços de confiança, diminuindo os medos e o estresse em um local que necessitam permanecer sozinhos na sala de tratamento, sendo uma alternativa com baixo custo. Isso para a equipe multiprofissional é a arte do cuidado humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência, Radioterapia, Enfermagem.

1 | INTRODUÇÃO

O hospital é um ambiente que provoca dor, medo e insegurança nas crianças, embora tenha a finalidade de promover o tratamento. Isso torna necessária a utilização de técnicas lúdicas elaboradas para tornar a experiência menos dolorosa e traumática para a criança pois a sua visão sobre tal vivência pode configurar um cenário muito mais negativo do que de fato é, causando uma reação desproporcional, caso não haja a devida atenção para a humanização da experiência vivida no hospital. (PIMENTEL; MESQUITA; LIMA; et al, 2021)

A vivência hospitalar é configurada pelas emoções da criança, podendo contemplar experiências de medo ou acolhimento. Esses sentimentos são consequência da rotina hospitalar oferecida pela equipe. O ato de brincar tem uma função importante para o desenvolvimento psíquico da criança, uma vez que funciona como uma defesa contra a ansiedade, servindo de descarga emocional, favorecendo a expressão de seus desejos inconscientes e fantasiosos. (SANTOS; et al, 2021)

A hospitalização impacta na criança e sua família, exigindo do profissional uma compreensão não somente da doença, mas também dos demais aspectos. Com esta concepção, aliada ao entendimento de que o brincar é inerente à criança e favorece o modo como lida com as adversidades dentro da instituição hospitalar, há que se dar um tratamento com singularidade. (CLAUS; et al, 2021)

A equipe de enfermagem do ambulatório de radioterapia de um Hospital Universitário de Porto Alegre, entendeu que poderia beneficiar e humanizar o atendimento pediátrico durante o tratamento radioterápico. O mesmo é realizado diariamente e muitos com acompanhamento anestésico, aumentando a tensão dos pequenos pacientes e seus

familiares.

O serviço recebe crianças para tratamento com radioterapia, que inclui o planejamento com tomografia computadorizada e, em média, 20 a 25 frações realizadas diariamente em caráter curativo, paliativo, anti-álgico ou para condicionamento pré transplante de medula óssea, chamado de irradiação de corpo total (em inglês, total body irradiation, TBI).

A equipe se preocupa em oferecer o máximo de cuidado, conforto e medidas que humanizem esse momento, mas é inevitável o desconforto e sofrimento do paciente frente a necessidade de permanecer sozinho e imóvel para o tratamento dentro da sala de radioterapia.

A presença do carrinho como meio de deslocamento até a sala de tratamento minimizaria o sofrimento dos pacientes pediátricos, deixando o momento mais lúdico, descontraído e menos traumático.

2 | OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo descrever a experiência da equipe de enfermagem na implementação de um carrinho elétrico, como estratégia lúdica para crianças em tratamento na Unidade de Radioterapia.

3 | MÉTODO

O projeto idealizado, estudado e construído pela equipe de enfermagem, visou a aquisição de um carrinho motorizado a ser utilizado dentro da Unidade de Radioterapia Ambulatorial no transporte das crianças até a sala de tratamento radioterápico, (AL) acelerador linear, ideia copiada de outra unidade da instituição.

Quando o projeto ficou pronto a equipe buscou parceiros que aceitassem fazer a compra e doação do brinquedo. O apoio institucional foi de grande valia para fundamentar e garantir que o projeto ganhasse corpo e apoio. Setores envolvidos, como a elétrica, pintura, mecânica, arquitetura, patrimônio e imprensa contribuíram agilizando e priorizando os chamados para a adequada instalação do carrinho. A inauguração ocorreu com a presença de uma criança em tratamento de Radioterapia, que demonstrava muita alegria cada vez que o carro era disponibilizado para uso, antes, durante e após o ingresso do tratamento.

Os critérios para utilização do carrinho devem seguir o manual de instruções do fabricante, assim como, as particularidades e patologias de cada criança os critérios de escolha para o brinquedo foi atendida. o mesmo possui cinto de segurança, suportar um peso de até 30 quilos, ser operado por controle remoto e manual, sendo em material adequado para a higienização.

4 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

O câncer infantil é a segunda causa de óbito entre crianças de 0 e 14 anos em países desenvolvidos, e a primeira em países em desenvolvimento, chegando a 8% dos óbitos por doenças. Compreende de 0,5% a 3% de todas as neoplasias na maioria das populações, estimando-se uma incidência anual de cerca de 200 mil casos em todo o mundo. Ocorre um caso de câncer em cada 7 mil crianças de 0 a 14 anos nos Estados Unidos, apresentando uma discreta predominância do sexo masculino e na raça branca (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

O tratamento oncológico pode envolver cirurgia, quimioterapia, radioterapia e transplante de medula óssea, podendo ter intenção curativa ou paliativa, de acordo com o estadiamento tumoral de cada caso.

O transporte das crianças é acompanhado pelos pais e a equipe de enfermagem, garantindo a segurança do paciente pediátrico. Rotinas foram instituídas que visam a segurança do paciente, tais como identificação do paciente, explicar o uso do carrinho para a criança e os familiares, nunca deixar a criança sozinha, e limpeza adequada mantidas pela equipe assistencial. A manutenção do mesmo será executada pela oficina da própria instituição hospitalar.

A equipe de enfermagem da radioterapia entende que a proposta de aquisição do brinquedo, utilizada em outros países e serviços, é uma forma de humanização hospitalar inovadora no meio pediátrico garantindo muito sucesso e resultados positivos.

5 | CONCLUSÃO

O uso do carrinho possibilitou realizar a assistência de uma forma mais lúdica, contribuindo para que os pacientes ficassem mais receptivos e próximos da equipe, fortalecendo laços de confiança, diminuindo os medos e o estresse em um local que necessitam permanecer sozinhos na sala de tratamento, sendo uma alternativa com baixo custo. Isso para a equipe multiprofissional é a arte do cuidado humanizado.

O carrinho encontra-se em pleno uso há mais de 06 meses na unidade modificando a assistência multiprofissional, o presente estudo tem como intenção multiplicar esse feito, garantindo que as crianças mesmo em tratamentos complexos tenham o direito de brincar.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Programa Nacional De Humanização Da Assistência Hospitalar. Brasília - DF. 2001. [acesso em 8 mar 2022] Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>

PIMENTEL, M.; MESQUITA, C.; LIMA, G. Piskatoomba in the hospital: playful clothing and minimization of stress for children with cancer. **DAT Journal**, v. 6, n. 2, p. 160-177, 24 May 2021.

SANTOS, R.F.M.D; DA ROCHA, F.N. Psico-pediatria: a Importância do Brincar na Elaboração do Sofrimento da Criança Hospitalizada. Revista Mosaico, v.11, n.1, p. 93-98, 2021.

CLAUS, M.I.S, et al. A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial. Escola Anna Nery [online]. 2021, v. 25, n. 3 [Acessado 7 Junho 2021], e20200383. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383>>.

CAPÍTULO 8

PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Data de aceite: 01/09/2022

Data de submissão: 12/08/2022

Taciane de Fátima Wengkarecki Orloski

Carolynne Ribeiro Maia do Amaral

Rita de Cássia Mezêncio Dias

Ana Carla Freire Gonçalves Cassimiro Vieira

Jéssica Costa Maia

Lucas Lazarini Bim

Heloísa Helena Camponez Barbara Rédua

Talita de Figueiredo

acometidas não correspondem à realidade. Sua etiologia é multifatorial. O principal causador é o parto vaginal, seguido da idade avançada, fatores genéticos, disfunções que afetam o tecido conjuntivo, obesidade e outros de menor expressão. O tratamento depende do grau da anomalia, condição clínica da paciente, pela opção a cirurgia, e se a paciente pretende manter a vida sexual ativa. Apesar do prolápso não estar associado a mortalidade, tal condição acarreta danos na funcionalidade corporal das mulheres, levando a maiores prejuízos na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Prolapso de órgãos pélvicos. Disfunções Pélvicas. Treinamento do assoalho pélvico.

PELVIC ORGAN PROLAPSE

RESUMO: Prolapso de órgão pélvico é uma disfunção que afeta diretamente a qualidade de vida da mulher. Tal anomalia surge devido a descida de compartimentos da pelve até o introito vaginal. Isso decorre da ruptura de ligamentos, e enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, que são responsáveis pela sustentação dos órgãos da pelve a mantê-los em posição anatômica normal. De maneira inicial, apresenta-se de forma assintomática. Posteriormente surge sintomas, tais como: sensação de bola na vagina, problemas urinários e de evacuação, evidenciando que se encontra em estado avançado. Advindo os sintomas, dar-se a procura pelo atendimento médico. Devido aparecimento tardio dos sintomas que a disfunção gera, os dados referentes aos números de mulheres

ABSTRACT: Pelvic organ prolapse is a dysfunction that directly affects a woman's quality of life. Such anomaly arises due to the descent of compartments of the pelvis to the vaginal introitus. This results from the rupture of ligaments, and weakening of the pelvic floor muscles, which are responsible for supporting the organs of the pelvis and keeping them in a normal anatomical position. Initially, it is asymptomatic. Subsequently, symptoms appear, such as: sensation of a ball in the vagina, urinary and evacuation problems, indicating that it is in an advanced state. After the symptoms, the search for medical care occurs. Due to the late appearance of the symptoms that the dysfunction generates, the data referring to the numbers of affected women do not correspond to reality. Its etiology is multifactorial. The main

cause is vaginal delivery, followed by advanced age, genetic factors, dysfunctions that affect connective tissue, obesity and others of lesser expression. Treatment depends on the degree of anomaly, the patient's clinical condition, the option for surgery, and whether the patient intends to maintain an active sexual life. Although prolapse is not associated with mortality, this condition causes damage to women's bodily functionality, leading to greater losses in quality of life.

KEYWORDS: Pelvic organ prolapse. Pelvic Dysfunctions. Pelvic floor training.

1 | INTRODUÇÃO

O prolapo do órgão pélvico (POP) é comum entre mulheres e refere-se à perda do suporte dos músculos que atuam na sustentação dos órgãos da pelve e da ruptura de seus ligamentos. O prolapo atinge negativamente a qualidade de vida da mulher. Nesse público, a abordagem é cirúrgica ou conservadora. Geralmente as mulheres com esse distúrbio apresentam sintomas em decorrência da protuberância na parede vaginal ou devido à disfunção orgânica relacionada, a descida desses compartimentos de sua posição anatômica atinge o introito da vagina (GIARENIS; ROBINSON, 2014; XU; WU; HANG; XIA, 2021).

As alterações que levam ao enfraquecimento do músculo do assoalho pélvico são decorrentes da menopausa, diminuição nos níveis de estrogênios, degradação do tecido conjuntivo, diminuição da inervação e vascularização pélvica e modificações anatômicas causadas pelo envelhecimento (AZEVEDO; OLIVEIRA; BARRETO; FERNANDES, 2019).

Os sintomas mais comuns apresentados por mulheres afetadas por esse distúrbio são: sensação de abaulamento na vagina; problemas urinários como mudança no jato urinário e esvaziamento incompleto da bexiga; problemas intestinais como constipação, evacuação incompleta; necessidade de auxílio digital para evacuação. Dificuldades sexuais são apresentadas como um dos sintomas (HORST; SILVA, 2016).

O incômodo causado em decorrência do prolapo vaginal faz com que a mulher tenha limitações em seu cotidiano, como restrições em suas atividades diárias e em sua intimidade. Problemas urinários e do trato gastrointestinal levam ao constrangimento da mulher assim como o isolamento social (BUREAU; CARLSON, 2017).

Conforme a teoria integral é necessária uma avaliação simples do assoalho pélvico, por área, a fim de verificar o problema e direcionar o tratamento para a área afetada. A teoria integral auxilia no entendimento dos sintomas, como localizar o prolapo e leva ao conhecimento de que a lesão do assoalho pélvico está na fáscia endopélvica (WEINTRAUB; GLINTER; MARCUS-BRAUN, 2020).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que até o ano de 2050, no Brasil, devido ao aumento de expectativa de vida, o número de mulheres com 80 anos ou mais chegue a nove milhões, levando ao crescimento gradativo nos casos de prolapsos. O tratamento desse distúrbio leva a uma melhora significativa na qualidade de

vida das pacientes (BARROS; MACHADO; CAMARGO; GOLLOP, 2018).

A etiologia do prolapo é multifatorial. O parto vaginal é uma das principais causas de distúrbio do assoalho pélvico, assim como outras causas obstétricas, como: macrossomia, trabalho de parto prolongado, episiotomia, analgesia peridural e uso de fórceps. Pacientes com cirurgias pélvicas prévias e histerectomizadas são apontadas como fatores predisponentes. A genética também é tida como um fator de risco, bem como: obesidade, constipação, tensão crônica, tosse ou esforço repetitivo (SATO; LIMA; FILHO, 2012).

O diagnóstico de prolapo é confirmado através do exame vaginal. O profissional dispõe de aparelhos para desprender as paredes vaginais até que se alcance o colo. Durante o exame pélvico usa-se um espéculo de lâmina única de Sim, a fim de mensurar a dimensão do prolapo e os compartimentos afetados. Através do sistema de quantificação de prolapsos de órgãos pélvicos é que se classifica o grau do mesmo. Outros exames poderão ser incluídos como: urinálise, urodinâmica, exames de imagem (ultrassonografia ou ressonância magnética) (QURESHI; GUPTA, 2015).

Os POPs são classificados em 4 graus: I, II, III e IV. O ponto de referência para a classificação dos prolapsos é o hímen. Os prolapsos mais graves são os classificados nos níveis III e IV e se exteriorizam por vários centímetros além do hímen vaginal (BARROS; MACHADO; CAMARGO; GOLLOP, 2018).

Há dois sistemas de estadiamento: Sistema de Quantificação de Prolapo de Órgãos Pélvicos (POP-Q) e o Sistema de Graduação Baden Walker. O POP-Q foi desenvolvido em 1996 pela American Urological Association e pela Urological Surgeons Association, sendo considerado padrão ouro, pois consegue detectar problemas da disfunção até em estágios iniciais (GHANBARI; PEIVANDI; PASIKHANI; DARABI, 2020).

O sistema POP-Q abrange seis pontos vaginais somatórios, a saber: 2 pontos na parede vaginal anterior (Aa) e (Ba), 2 pontos na parede superior da vagina (C) e (D), e 2 pontos na parede posterior da vagina (Ap) e (Bp). Os dados são obtidos em centímetros, tendo como ponto fixo o hímen. Também é medido o hiato genital (gh), corpo perineal (pb), com a paciente realizando esforço, o comprimento total da vagina (tv), deve ser medido com a paciente em repouso (SATO; LIMA; FILHO, 2012).

Já o sistema de Baden Walker é mais simples e de fácil utilização. Nessa classificação, os compartimentos da pelve (parede anterior, posterior e superior da vagina) são isolados e a localização mais distal é registrada mediante o esforço da paciente (AMARO, 2012).

As pacientes buscam tratamento quando já apresentam sintomas da disfunção, o que as conduz para a escolha do tratamento a ser implementado. O tratamento conservador é indicado para pacientes com quadro clínico ou idade avançada que não permite a realização de um procedimento invasivo ou ainda para pacientes que recusam procedimento ou a espera de uma abordagem cirúrgica. A abordagem é conservadora na inserção de pessários, treinamento dos músculos do assoalho pélvico, terapia hormonal,

biofeedback e eletroestimulação (CHUNG; KIM, 2018). Mulheres que optam pelo tratamento cirúrgico apresentam incômodo significativo na pelve, diante desse motivo, manifestam o desejo de resolver o problema de forma definitiva (BUREAU; CARLSON, 2017).

Muitas civilizações como o Egito Antigo, a China e a Índia buscavam um tratamento para o POP. Resíduos de mofo, cerveja fermentada e estrume eram empregados. Hipócrates em 400 a.C. chegou a sugerir virar a paciente de cabeça para baixo, com o intuito de que a gravidade ajudasse o prolapo a voltar para a pelve. Segundo relatos antigos, o médico grego Polybus, foi um dos primeiros a utilizar a metade de uma romã inserida na vagina como “pessário” para tratamento do prolapo. Em 1860, ocorreu uma grande evolução, quando o professor Hugh Lenox Hodge não conformado com os tipos de pessários existentes, inventou um novo modelo, utilizando borracha, técnica recém-descoberta por Goodyear (vulcanização da borracha). Além disso, o professor Hodge desenvolveu um novo formato de pessário que consistia em anel oblongo e curvo que se adaptava melhor na vagina (NIIGAKI, 2018).

O enfermeiro executa um papel importante no cuidado e manejo com as pacientes acometidas pelo prolapo. Tem a função de planejar e desenvolver prática que as auxiliam nos cuidados, proporcionando uma melhor qualidade de vida. O profissional deve possuir habilidades para identificar, encaminhar e resolver problemas relacionados ao prolapo, desde que, seja capaz de reconhecer junto às pacientes as dificuldades apresentadas pelas mesmas, exercendo o seu papel de forma intervencionista e resolutiva. Para essa finalidade, o profissional necessita dispor de recursos que o auxiliem no tratamento (SILVA, 2019).

2 | OBJETIVO

Por meio de uma revisão bibliográfica, pretendeu-se vislumbrar como se dá a técnica e manejo utilizado no prolapo de órgãos pélvicos pelos profissionais enfermeiros especializados. Assim como, entender sua fisiopatologia e seus fatores desencadeantes.

3 | METODOLOGIA

Esta pesquisa aplicou a revisão de literatura, também chamada revisão bibliográfica para identificar artigos publicados em livros e artigos científicos em bases eletrônicas. Foram traduzidas algumas citações que contêm informações adequadas com conteúdo necessário para o trabalho. O estudo bibliográfico é constituído principalmente de livros e artigos científicos, com conteúdos relacionados aos assuntos em realce (GIL, 2017).

A pesquisa foi realizada nos meses de maio a julho do ano 2022, nas seguintes plataformas: Pubmed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Up To Date, Scielo e Revista de Medicina da USP. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados nos

idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra, sem custo para acesso, realizado com artigos abordando o tema PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP), publicados no período de janeiro de 2012 a maio de 2022, leitura de livros disponibilizados pela plataforma da biblioteca do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, seguindo o mesmo critério de período de publicação.

Artigos com custos para acesso, repetidos e os quais abordavam o tema, mas não eram relevantes para a pesquisa, eram excluídos.

Foram considerados os seguintes pontos: leituras dos títulos, resumos dos artigos nas bases de dados e definição dos artigos a serem excluídos. Após leitura dos títulos e resumos, permaneceram os quais seguiram os critérios de inclusão para o estudo.

4 | TIPOS DE PROLAPSOS

Prolapso da parede vaginal anterior: ocorre quando há deslizamento da bexiga até o introito vaginal. Em geral, o deslizamento da bexiga é ocasionado pelo enfraquecimento do tecido muscular e conjuntivo pubocervical, na linha média ou através do desprendimento dos pontos de fixação laterais ou superiores (ALVES; SILVA; FURLANETTO, 2021; GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

Prolapso da parede vaginal posterior: o reto é deslocado de sua posição anatômica normal para o introito vaginal. Essa condição ocorre devido ao enfraquecimento da parede muscular do reto, tecido muscular e tecido conjuntivo que mantém a sua sustentação (ALVES; SILVA; FURLANETTO, 2021; GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

Prolapso apical (prolapso da cavidade vaginal): ocorre quando há o deslizamento do útero, da cúpula vaginal e do intestino até o introito vaginal. Essa condição acontece pela má sustentação apical dos ligamentos transversos do colo uterino e ligamentos uterossacros, possibilitando a descida do útero até a vagina. A eversão da cúpula vaginal ocorre depois da histerectomia (ALVES; SILVA; FURLANETTO, 2021; GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

Prolapso total: define-se como prolapso total a descida de todos os compartimentos da pelve até o introito vaginal (ALVES; SILVA; FURLANETTO, 2021).

5 | INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

A prevalência do prolapso aumenta gradativamente conforme a idade. Mulheres entre 20 e 29 anos têm uma representatividade de 6% sendo acometidas pela disfunção. Mulheres de 50 a 59 anos representam 31%. Mulheres a partir dos 80 anos apresentam 50% do desenvolvimento do prolapso. Com o aumento da longevidade na população, estima-se que o prolapso se torne um problema de saúde pública. Nos Estados Unidos da América, até o ano de 2050, calcula-se que 46% das mulheres tenham prolapso sintomático, cerca de 5 milhões de mulheres (WEINTRAUB; GLINTER; MARCUS-BRAUN, 2020).

Anualmente nos EUA, mais de 226.000 mulheres se submetem a correção cirúrgica, o que representa mais de US\$ 1 bilhão em custos diretos. Essa condição não impacta só a saúde, o impacto se torna mais relevante pelos custos considerados indiretos, pois muitas mulheres se afastam do seu trabalho, trazendo prejuízo financeiro com a perda de salário. Com o aumento da longevidade na população nos próximos anos, as demandas por serviços dos profissionais em geriatria, inclusive especialistas em assoalho pélvico, tendem a aumentar (CHOW; RODRÍGUEZ, 2013).

Ao longo de um período de três anos, 11% das mulheres com mais de 65 anos tiveram progressão do prolapsos e 2,7% regressão. Estudos demonstram que o pico de sintomas é entre 70 a 79 anos. Em mulheres mais jovens, os sintomas do prolapsos não são relativamente comuns. A incidência de prolapsos com correção cirúrgica após uma histerectomia é de 3,6% em um grupo de 100 mulheres a cada ano (BARBEIRO; MAHER, 2013).

Em uma pesquisa realizada no Women's Health Initiative foram apresentadas as seguintes incidências: prolapsos da parede anterior 34,3%, prolapsos da parede posterior 18,6% e prolapsos uterino 14,3% das mulheres (GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

Observou-se que há inúmeras diferenças étnico-raciais na incidência de prolapsos. A pesquisa dos dados referente às etnias/raças afrodescendentes, asiáticas e caucasianas demonstram variações nos sintomas, perfis genéticos, metabólicos e de constituição das fibras musculares; da mesma forma, foi visto que as afrodescendentes apresentam maior índice de prolapsos de parede anterior, as caucasianas de parede posterior e asiáticas apresentam maior descida uterina e de cúpula vaginal (ALVES; SILVA; FURLANETTO, 2021).

Torna-se difícil mensurar ao exato o número de mulheres afetadas pela disfunção, pois o prolapsos se manifesta de maneira assintomática e sintomática. A prevalência de mulheres sintomáticas é dada pelo número de mulheres que são submetidas à reparação cirúrgica. As taxas numéricas de prevalência do prolapsos em mulheres assintomáticas podem ser ainda maiores, devido à falta de diagnóstico (ROGERS; FASHOKUN, 2022). Muitas mulheres não procuram atendimento médico, em razão de se sentirem constrangidas ou por associarem a disfunção como sendo um processo natural do envelhecimento e da multiparidade (HORST; SILVA, 2016).

Portanto, a incidência e prevalência do prolapsos ainda é um dado considerado subestimado, pois existem poucos estudos realizados sobre essa avaliação. No entanto, muitas pacientes não apresentam alterações aparentes e quando ocorre a procura pelo atendimento médico, o prolapsos já está em estágio avançado. No Brasil, a expectativa de vida é de até 75 anos. Estima-se que até o ano de 2050 essa expectativa seja de até 80 anos de idade. Considerando esse aumento, espera-se que o número de mulheres que apresentarão algum grau de prolapsos seja ainda maior (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

6 | FATORES DE RISCO

O prolapo pode ser desencadeado ao longo dos anos. Sua etiologia é multifatorial, os riscos de desenvolver a disfunção estão ligados a fatores genéticos, pessoas já com histórico familiar e alguma alteração no tecido urogenital (SATO; LIMA; FILHO, 2012).

Estudos relacionados à tensão crônica secundária apresentam evidências baseadas no aumento do prolapo. Nesse estudo, mulheres operárias possuem taxas significativas de desenvolver o prolapo de maior estágio em comparação com mulheres sedentárias. Observou-se na realização de exames ginecológicos, que o esforço intra-abdominal realizado durante as evacuações está diretamente ligado ao desencadeamento do prolapo da parede anterior da vagina (CHOW; RODRÍGUEZ, 2013).

Problemas neurológicos como: esclerose múltipla, doença de Parkinson, demência, acidentes cérebro vasculares secundários, trauma lombar, estenose medular, neuropatia periférica e lesão dos nervos pélvicos são fatores predisponentes para o POP (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

6.1 Gravidez e parto vaginal

O parto vaginal permanece sendo uma das principais causas no desenvolvimento do prolapo sintomático. Mulheres que optaram pelo parto vaginal, apresentam enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico e lesão no músculo pubococcígeo em decorrência do parto (CHOW; RODRÍGUEZ, 2013). Existem evidências que relatam que a gestação em si já é um fator causador da disfunção (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

Mulheres com um parto apresentam 4 vezes de chances em desenvolver o prolapo e mulheres com dois partos a probabilidade em desenvolver o prolapo é de 8,4 vezes em comparação com mulheres nulíparas. Os danos causados ao assoalho pélvico são decorrentes do primeiro e do segundo parto. Estudos apresentam imagens no pós-parto relacionados ao fenômeno balão que mostra o estiramento da pelve durante a manobra de valsava apresentando a extensão dos músculos elevadores do ânus (WEINTRAUB; GLINTER; MARCUS-BRAUN, 2020).

Segundo o autor, a realização de partos a fórceps e lacerações perineais, estão associados ao desencadeamento de danos ao assoalho pélvico, sendo de 5 a 10 anos após o parto. Mulheres com lacerações perineais em dois ou mais partos, têm um risco significativo maior para desenvolver o prolapo, por outro lado, mesmo em mulheres com gestações múltiplas, os riscos de incontinência e prolapsos não foram tão altos, assim, a relação analisada entre laceração espontânea e desenvolvimento de prolapo é admissível, dado o indício da função das lesões do elevador do ânus na gênese do prolapo (HANDA; BLOMQUIST; McDERMOTT; FRIEDMAN; MUÑOZ et al., 2012).

O parto vaginal apesar de ser um fator que predispõe o prolapo, a cesariana é citada em diversos estudos como sendo uma opção de proteção para os músculos e ligamentos

da pelve, mas ainda não é recomendada como a primeira escolha para prevenir a disfunção (CHOW; RODRÍGUEZ, 2013.; GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

O peso infantil ao nascer, trabalho de parto prolongado e idade materna inferior a 25 anos, são fatores de risco para prolapsos. Entre as mulheres que pariram 75% dos POPs são atribuídos às gestações. A lesão do músculo elevador do ânus e em nervos locais, principalmente no nervo pudendo, durante o parto é uma das causas de anormalidades anatômicas que provoca o prolapo (ROGERS; FASHOKUN, 2022).

6.2 Cirurgia Pélvica

Mulheres com cirurgia pélvica prévia, como a histerectomia, têm 3,2% a 11,6% de chances de regressão do prolapo (PRADO; ARAUJO; 2013).

6.3 Obesidade

O prolapo é uma condição existente em pessoas obesas com o IMC aumentado, sendo um risco elevado de 3% de desenvolver o prolapo, tendo como ganho secundário a pressão intra-abdominal e a tensão do assoalho pélvico. Não há estudos relatando se a atividade física na obesidade e no aumento do IMC atue como fator proteção para o desenvolvimento do prolapo (CHOW; RODRÍGUEZ, 2013.). Embora a obesidade seja um fator de risco para adquirir o prolapo, não existem estudos relatando sobre a regressão do prolapo com a diminuição do peso, no entanto, considera-se que haja uma melhora dos sintomas (LEE; HERKHOF; LEIJSEN; HEESAKKERS, 2017).

A pressão intra-abdominal em decorrência da obesidade leva a tensão contínua nas estruturas pélvicas. Doenças como diabetes, fornecem aspectos teciduais defeituosos por meio de neuropatia, genética e hipermobilidade articular (WEINTRAUB; GLINTER; MARCUS-BRAUN, 2020).

6.4 Idade avançada e Menopausa

A idade em estudos epidemiológicos, é citada como um fator que predispõe o prolapo. Em um estudo com 1.000 mulheres, foi constatado que a cada 10 anos adicionais na idade, era evidenciado o aumento do prolapo em 40% das que se apresentavam para a realização do exame ginecológico (VERGELDT; WEEMHOFF; INTHOUT; KLUIVERS, 2015.). A incidência de novos casos de prolapo é decorrente de processos fisiológicos e degenerativos comuns do envelhecimento (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

Na menopausa ocorrem mudanças hormonais que induzem a baixa de estrogênio nos tecidos dos órgãos pélvicos, ocasionando alterações na força do colágeno (ROGERS; FASHOKUN, 2022). Os receptores de estrogênio são encontrados nas estruturas pélvicas (músculos elevadores do ânus e ligamentos uterossacro-cardinais). Foi descrito em um estudo que mulheres em pós-menopausa apresentavam concentrações baixas de

receptores de estrogênio nos ligamentos do assoalho pélvico (WEINTRAUB; GLINTER; MARCUS-BRAUN, 2020).

6.5 Etnia

Fatores étnicos apontam que mulheres brancas e asiáticas são propensas a desenvolver o prolapso (HORST; SILVA, 2016). Em estudos populacionais, as mulheres caucasianas apresentam uma anatomia pélvica diferente, sendo um fator secundário considerável a morfologia do assoalho pélvico, no qual, predispõem ao risco de prolapo (CHOW; RODRÍGUEZ, 2013).

Em outro estudo realizado com mulheres caucasianas e asiáticas em clínicas de Sidney e Hong Kong com sintomas de prolapsos, foram identificadas diferenças entre os tipos de prolapsos nas avaliações clínicas e de ultrassonografias. Em relação às mulheres caucasianas o prolapso que mais se apresentava era o de compartimento anterior (cistocele) seguido pelo posterior e apical, mulheres asiáticas apresentavam deslizamentos dos órgãos no compartimento posterior. Não existem estudos para confirmar se os achados estão relacionados com fatores congênitos ou ambientais (CHEUNG; CHAN; SHEK; CHUNG et al., 2019).

6.6 Genética

A genética é considerada como um fator que predispõe as pacientes a um risco de 3 a 5 vezes de chances em evoluir para o prolapso. Em um estudo realizado com irmãs nulíparas e paridas pós-menopausa, analisadas para o risco de desenvolver o prolapo, observou-se que o fator familiar em partos vaginais possui uma alta relevância para a doença (CHOW; RODRÍGUEZ, 2013).

Estudos realizados entre gêmeas monozigóticas indicam que a herança genética é um fator primordial para o desenvolvimento do prolapso (PRADO; ARAUJO; 2013).

É considerado como um fator genético a força do colágeno que age no tecido conjuntivo. Com avanços nos estudos na área de biologia molecular é esperado que ocorra uma viabilidade de compreender quais são os genes que atuam na força do colágeno e que desencadeiam o prolapso. O tipo de colágeno e a habilidade que o corpo tem de substituir o colágeno afetado por colágeno resistente também são definidos por fatores genéticos (WEINTRAUB; GLINTER; MARCUS-BRAUN, 2020).

6.7 Distúrbios do Tecido Conjuntivo e Hormonal

O principal componente do tecido conjuntivo é o colágeno, que é o responsável pela produção de força tênsil na pele, tendões e ossos. Mudanças em seu metabolismo podem levar ao prolapso. Deficiências no estrogênio levam a alterações bioquímicas do colágeno (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

O colágeno do tipo I e II, são os principais componentes encontrados na matriz celular do tecido conjuntivo, são eles os responsáveis por manter a função de suporte

dos músculos do assoalho pélvico. Quando as fibras de colágeno estão danificadas nos tecidos musculares do assoalho pélvico elas se tornam desordenadas, soltas, perdem a sua continuidade ficando mais rígidas (GONG; XIA, 2019).

7 | ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E ETIOPATOLÓGICOS

A etiopatogenia do prolapsos se inicia com mudanças nas estruturas de sustentação dos órgãos pélvicos, tendo como consequência o afrouxamento e rompimento da fáscia endopélvica que abrange a vagina e ligamentos. Essas desordens nas estruturas causam a desidratação dos órgãos da pelve. O tipo de prolapsos é definido conforme a sua localização (SILVA, 2019).

O suporte normal dos músculos acontece pela comunicação entre o músculo elevador do ânus e os tecidos conjuntivos responsáveis pela ligação do útero e vagina nas paredes da pelve (DELANCEY, 2016).

Os órgãos da pelve são envolvidos pela rede de tecido conjuntivo (fáscia endopélvica) e ligamentos que os conectam ao músculo levantador do ânus e aos ossos da pelve, mantendo-os em sua posição normal. O tecido conjuntivo é formado por colágeno, elastina, musculatura lisa e microfibras fixadas à matriz extracelular e aos polissacarídeos (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014; HORST; SILVA, 2016).

A fáscia endopélvica evidencia liquefações ao longo dos órgãos da pelve, sendo denominadas de:

- Ligamento uterossacro: se prende à parte posterior da cérvix ao sacro;
- Ligamento cardinal: a porção lateral da cérvix se prende à parede pélvica;
- Paracolpo: a parte superolateral da vagina é fixada à parede pélvica;
- Septo retovaginal: situado entre a parede posterior da vagina e o reto da ligação uterossacral ao corpo perineal;
- Fáscia pericervical: apresenta-se da face anterior do colo do útero, no qual é fixada entre os pilares vesicais, até o ponto médio da uretra no meio da parede vaginal anterior e a bexiga. Liga-se à parte lateral do arco tendíneo;
- Anel pericervical: ocorre a liquefação do tecido conjuntivo em volta do colo ute-rino produzido através da conformidade dos ligamentos acima citados (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019).

O tecido conjuntivo endopélvico e suas condensações localizam-se no ápice da vagina e são responsáveis pelo suporte do canal vaginal, no qual, constituem o complexo de ligamentos transversos do colo e uterossacros. O tecido conjuntivo é considerado o primeiro suporte para a sustentação dos órgãos, sendo reforçado pelo diafragma da pelve, formado pelos músculos levantadores do ânus e coccígeo, formando o diafragma de sustentação. Através dessa formação, procedem a uretra, vagina e reto, no qual, em

decorrência da sustentação dos músculos, propicia tônus muscular e restauração nas estruturas da pelve. Devido à sua contração ocorre a pressão intra-abdominal que leva a tração do reto, vagina e uretra no sentido do púbis (GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

Segundo Delancey, as falhas em determinadas estruturas causam defeitos na anatomia da pelve. Em razão disso, foram descritos três níveis de alterações integrados ao suporte da vagina (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

Nível 1: Constituído pelas fibras do complexo uterossacrocardinal, onde é responsável pela sustentação do útero e do terço superior da vagina. A perda desse suporte de sustentação leva ao prolapsos do útero ou da cúpula vaginal (PRADO; ARAUJO, 2013).

Nível 2: Constituído pela fáscia pubocervical e retovaginal. Suas inserções são responsáveis pela sustentação do terço médio da vagina. A perda desse suporte de sustentação leva à manifestação do prolapsos da parede anterior da vagina (AMARO, 2012).

Nível 3: Constituído pelo corpo perineal (cp), membrana perineal, músculos perineais superficiais e profundos. Sustentam o terço distal da vagina. A perda desse suporte de sustentação desencadeia a hipermobilidade uretral e defeito do compartimento posterior (PEACE; NETTO; FERREIRA, 2017).

O envelhecimento e a falta de comunicação neuroendócrina nos tecidos da pelve levam ao enfraquecimento da fáscia endopélvica. A qualidade e a quantidade de colágeno nos tecidos podem ser afetadas pela deficiência na composição do estrogênio e são fatores desencadeantes do POP (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

Os músculos elevadores do ânus agem no fechamento do assoalho pélvico por meio de sua contração tônica, fornecendo força de elevação para impedir a sua descida. Possui a função de proteção das fáscias endopélvicas quando expostas ao estresse excessivo, causado pela pressão intra-abdominal (DELANCEY, 2016; SATO; LIMA; FILHO, 2012).

Com o aumento da pressão intra-abdominal, ocorre a contração do músculo elevador do ânus, induzindo a diminuição do hiato genital (hg), no qual, contribui na prevenção do desenvolvimento de prolapsos. À medida que o músculo elevador do ânus sofre alguma lesão, sua função de suporte dos órgãos da pelve se perde, e essa função passa a ser apenas do tecido ligamentar, que por sua vez, diante da tensão constante exercida sobre ele, poderá levar à sua distensão, causando o prolapsos genital (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019).

Os músculos elevadores do ânus são:

- Ramo ileococcígeo: que se desloca do arco tendíneo de forma bilateral até o meio da pelve, se junta com o ramo contralateral, criando a placa dos elevadores que se inclui no cóccix;
- Ramo Puboretal: provém no púbis e cria uma alça na parte inferior do reto;
- Ramo Pubovisceral ou pubococcígeo: fragmentado em três ramos, que se iniciam no púbis e se inserem no arcabouço que origina o nome ramos abaixo:

- Ramo pubovaginal: é introduzido na parede acima e na parte transversa da vagina, ao ponto mediano da uretra;
- Ramo puboperineal: é introduzido no CP, atua em sua formação com as fibras musculares;
- Ramo puboanal: sua introdução ocorre bilateralmente e lateralmente na parede do ânus, junto ao esfíncter anal interno e esfíncter anal externo (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019).

Por exemplo uma ponte suspensa, sua força depende da força de seus ligamentos para se manter suspensa, danos em seus ligamentos ou lesões, levam ao enfraquecimento de suas estruturas e a ponte poderá ser colapsada. Da mesma forma ocorre com as estruturas da pelve, quando desencadeia o enfraquecimento dos músculos que sustentam os órgãos ou rupturas desses ligamentos de suporte, ocorre a herniação desses órgãos de acordo com a localização onde o ligamento foi abalado. A pelve possui três áreas divididas: anterior, média e posterior. Quando uma dessas áreas é afetada pelo enfraquecimento do tecido conjuntivo sua função é alterada (WEINTRAUB; GLINTER; MARCUS-BRAUN, 2020).

8 | CLASSIFICAÇÃO

Foram desenvolvidas formas para classificar as evoluções do POP. Uma delas é Sistema de Quantificação do Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP-Q), validado e aprovado internacionalmente é uma ferramenta pouco aplicada devido à sua complexidade, no entanto, é muito utilizada em pesquisas. Outro sistema é a escala de Baden e Walker, bastante empregada em ambientes clínicos. Os fundamentos evidenciados na Baden Walker são muito utilizados pelos profissionais (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014; RAMOS; SCHMIDT; PICOLOTO, 2017).

A International Continence Society (ICS), a American Urogynecologic Society e a Society of Gynecologic Surgeons apresentaram um sistema de classificação de prolapo, com o objetivo de detalhar os prolapsos femininos, denominado Sistema de Quantificação de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP-Q). Esse sistema é utilizado para especificar e quantificar o grau de prolapso apresentado, conforme proposto em conjunto com a ICS e International Urogynecology Association (IUGA) (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

O POP-Q pode ser quantificado utilizando quatro etapas a seguir:

Etapa 1: Considerações pré-procedimento (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

A paciente deverá realizar o exame com a bexiga e reto vazios. A bexiga cheia poderá levar a um aumento da gravidade e os dados obtidos dos estágios do prolapo poderão ser subestimados. Para uma melhor visualização, a paciente deverá permanecer em uma posição que melhor demonstre a extensão do prolapso, podendo ser lateral

esquerdo, litotomia ou ortostatismo. A utilização de um espelho e a palpação digital pela paciente são necessários para que possa ser confirmado o diagnóstico. Todas as técnicas utilizadas deverão ser registradas em prontuários, pois podem alterar o resultado do exame (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

Etapa 2: Medição (“pontos a serem lembrados”) (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

No decorrer do registro do POP-Q, deverão ser analisados seis pontos estabelecidos (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp). Esses pontos são utilizados para descrever a dimensão do prolapso, sendo dois pontos localizados na parede vaginal anterior, dois pontos na parede posterior e dois pontos na parede superior (prolapso apical). Através da manobra de valsalva, as posições desses seis pontos serão determinadas. Se a descida do ponto for até o hímen, o resultado é considerado como zero cm, mantendo acima do hímen a medição é dada em centímetros e são referidos como valores negativos, se a descida do ponto for além do hímen, serão descritos como valores positivos (NIIGAKI, 2018).

Ponto Aa: localizado na linha média da parede anterior da vagina, sendo três centímetros próximo ao meato uretral externo. A posição será em relação ao hímen – 3 cm (não apresenta POP vaginal na parede anterior) a + 3 cm apresenta prolapso total (MARTINS; JUNIOR; SARTORI; CASTRO et al., 2019.). Através da manobra de valsalva, deve-se observar qual será a localização mediante o esforço da paciente (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019).

Ponto Ba: na parede vaginal anterior, será o ponto de maior prolapso junto ao ponto Aa e o ponto C. Não sendo visualizado prolapso, o Ba relaciona-se com o ponto Aa (JUNIOR; CASTRO; SARTORI; GIRÃO, 2012). Através da manobra de valsalva, deve-se observar qual será a localização mediante o esforço da paciente (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019).

Ponto C: será o ponto mais distal do colo uterino e mais próximo ao hímen. Na mulher histerectomizada fica localizado na porção mais protuberante da cúpula vaginal (MARTINS; JUNIOR; SARTORI; CASTRO et al., 2019). Através da manobra de valsalva, deve-se observar qual será a localização mediante o esforço da paciente (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019.).

Ponto D: não havendo útero, esse ponto é excluído. Caracteriza a posição do fundo do saco posterior em mulheres que possuem colo uterino. Situa-se no ponto de inserção da ligação uterossacro e cérvix. Quando ocorre do ponto C estar mais positivo que o ponto D, o colo está hipertrófico. Através da manobra de valsalva, deve-se observar qual será a localização mediante o esforço da paciente (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019.).

Ponto Ap: situado na linha média da parede vaginal posterior três centímetros próximo ao hímen a localização do ponto Ap em junção ao hímen é -3 cm a + 3 cm (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018). Através da manobra de valsalva, deve-se observar qual será a localização mediante o esforço da paciente (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019)

Ponto Bp: caracterizado pela localização mais distal da parede vaginal posterior e superior. Não observado prolapo esse ponto irá medir – 3 cm. Havendo eversão vaginal na mulher após a realização de histerectomia o Bp deverá ser positivo correspondendo à posição e à localização do manguito a partir do hímen (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014). Através da manobra de valsalva, deve-se observar qual será a localização mediante o esforço da paciente (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019).

Incluem-se outras medidas ao hiato genital, ponto médio do meato uretral ao ponto posterior da fúrcula vaginal. O CP que se encontra até a margem posterior do HG até a metade do orifício anal. O comprimento total da vagina, no fundo do saco posterior (quando há colo de útero) e na cicatriz da cúpula vaginal (quando o útero está ausente). Ao examinar a paciente, deve-se solicitar esforço da mesma seguindo a manobra de valsava (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

Comprimento vaginal total (cvt): quando a profundidade vaginal é maior, não é necessário esforço da paciente para realização do cálculo (PEACE; NETTO; FERREIRA, 2017).

Hiato genital (hg): o cálculo é realizado do meato uretral externo até a linha posterior do hímen ou fúrcula permanecendo em repouso (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019.).

Corpo perineal: o cálculo é realizado a partir da margem posterior do hímen em direção ao início do médio-anal (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

Etapa 3: Gravando as medições (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

As medições acima são registradas em uma grade 3x3. A parede vaginal anterior e o colo do útero ou abóbada são documentados na linha superior, a parede vaginal posterior e o fórnice posterior na linha inferior. As medidas descritivas do hiato genital, perineal corpo e comprimento vaginal total em repouso são registrados na linha do meio (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

Etapa 4: Estadiamento do prolapo (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

Dependendo das medidas o prolapo de cada compartimento é estadiado conforme a sua relação com o hímen.

Classificação dos estadiamentos do prolapo pelo sistema POP-Q:

- Estágio 0: ausência de prolapo.
- Estágio I: está a um centímetro acima do hímen.
- Estágio II: o maior prolapo está um centímetro acima e um centímetro abaixo do hímen.
- Estágio III: o prolapo está um centímetro abaixo do hímen, mas não ultrapassa dois centímetros a menos do comprimento total da vagina.
- Estágio IV: o prolapo está com dois centímetros a menos do comprimento total da vagina (NIIGAKI, 2018).

O Sistema Baden e Walker avalia de forma separada os seis tipos de disfunções.

É um sistema simples de execução, principalmente em situações clínicas. As disfunções apresentadas pelo Sistema Baden e Walker são descritas: ureterocele, cistocele, prolapo uterino, enterocele e laceração perineal, relacionando com os graus de prolapo (0, 1º grau, 2º grau, 3º grau e 4º grau). As alterações são avaliadas mediante o esforço exercido pela paciente durante a manobra de valsalva, sendo o hímen vaginal ponto de referência (AMARO, 2012).

O sistema de Baden-Walker é uma forma mais simples e apresenta mais praticidade para ser utilizado na classificação de prolapsos (RAMOS; SCHMIDT; PICOLOTO, 2017):

- Grau 0: posição normal (ausência de prolapo);
- Grau 1: deslizamento da metade em direção ao hímen;
- Grau 3: deslizamento no qual metade ultrapassa o hímen;
- Grau 4: deslizamento máximo (SILVA, 2019).

9 | TRATAMENTO

O prolapo é sintomático quando já se apresenta ao nível do hímen ou além do hímen (>estágio 2 na escala de POP-Q). Outros estudos referem que o prolapo se torna sintomático quando desce ao nível zero centímetro do hímen (>estágio 2 na POP-Q). Os fatores relacionados devem ser considerados no diagnóstico, pois interferem diretamente nas opções de tratamento do prolapo (MADHU; SWIFT; GEANY; DRAKE, 2018).

Existem várias opções de tratamento: cirúrgico, treinamento do músculo do assoalho pélvico (PFMT) e inserção de pessários vaginais (BUGGE; ADAMS; GOPINATH; REID, 2013).

O tratamento conservador é a primeira escolha para tratar o prolapo, uma vez que o tratamento cirúrgico é invasivo e pode trazer complicações e regressão da disfunção (ROGERS; FASHOKUN, 2022.).

No caso em que o prolapo é assintomático, não exige tratamento. Quando a disfunção é sintomática, a qualidade de vida (QV) da mulher é afetada diretamente, podendo apresentar alterações em seu cotidiano, como: abaulamento vaginal, sistema urinário e intestinal, locomoção, atividades laborais e sexuais ou até mesmo impedimento da paciente sentar-se. Por mais que o prolapo seja mais suscetível em pacientes idosas, o tratamento quando indicado de forma cirúrgica é mais limitado devido à idade, na grande maioria contraindicado e a opção é o tratamento conservador (BARROS; MACHADO; CAMARGO; GOLLOP, 2018).

9.1 Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico na maioria dos casos restaura a anatomia da vagina, melhorando os sintomas do prolapo assim como apresenta melhora na atividade sexual e

em outras complicações que alteram a qualidade de vida da paciente (JUNIOR; CASTRO; SARTORI; GIRÃO, 2012).

As correções cirúrgicas do prolapo são divididas em três grupos:

- I) restauradoras: usam estruturas de sustentação endógenas;
- II) compensatórias: substituem a sustentação deficiente por materiais permanentes;
- III) obliterativos: fechamento total ou parcial da vagina (MARTINS; JUNIOR; SARTORI; CASTRO et al., 2019).

O reparo cirúrgico para o compartimento apical inclui fixação do ligamento uterossacro, sacroespinal e sacrocolpexia abdominal (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019.).

Para o compartimento anterior, o reparo cirúrgico inclui colporrafia vaginal anterior e reparo paravaginal (GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

Para o compartimento posterior os reparos cirúrgicos são: colporrafia posterior, reparo específico de defeito posterior, reparo posterior transanal e reparos vaginal com tela (BRITO; JULIATO; CASTRO, 2019.).

Para reparo cirúrgico abdominal é utilizada a suspensão uterosacral abdominal, via abdominal de reparo posterior, via laparoscópica de reparo posterior, sacrolpopexia abdominal, técnicas laparoscópicas e robóticas e procedimentos de obliteração vaginal (GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

A escolha pelo tratamento ideal depende do tipo de prolapo apresentado, do estágio da protrusão, da vontade da paciente além da condição clínica (GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

9.2 Atuação do Enfermeiro no Tratamento Conservador

Foi aprovada pelo Plenário do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) autonomia ao enfermeiro para a realização da prescrição, inserção e retirada do dispositivo pessário durante o tratamento do POP, desde que o profissional seja especializado ou qualificado para a realização da prática (COFEN, 2022).

A Resolução Cofen nº 544/2017 estabelece que a consulta de enfermagem é privativa do enfermeiro, desde que seu conhecimento seja embasado em métodos científicos que permite “Identificar situações de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo”.

Considerando o papel do enfermeiro especialista em reabilitação de disfunções do assoalho pélvico, cabe ao profissional realizar treinamentos para a musculatura do assoalho pélvico, com exercícios programados. Planejar o tratamento de biofeedback, proporcionando à paciente o auto reconhecimento de suas estruturas anatômicas que serão fortalecidas a partir dos exercícios da pelve. Estimular a paciente através da orientação sobre o uso de cones vaginais e os seus benefícios para o fortalecimento do assoalho pélvico. Promover a terapia de eletroestimulação tendo como objetivo a recuperação da

musculatura do assoalho pélvico. No uso do pessário, o profissional deverá orientar avaliar e implementar o dispositivo quando houver indicação (COFEN, 2022).

O enfermeiro especialista possui competência e capacidade para desenvolver ações de cuidado à pessoa portadora dessa condição e aos seus familiares. Tem um papel fundamental perante a sociedade, atua na prevenção, colaborando com a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos (BARROSO, 2021).

Deve dispor de conhecimento técnico científico e capacidade no atendimento humanizado a mulheres com disfunção da musculatura do assoalho pélvico, visto que as implicações negativas afetam a qualidade de vida (SANTOS; LOPES; VIDAL; GAUTÉRIO, 2013).

No contexto do tratamento de assoalho pélvico, os programas de reabilitação poderão ser desenvolvidos pelos profissionais especialistas em enfermagem de reabilitação. A atuação especializada tem como um dos principais objetivos, reestabelecer o bem-estar e a qualidade de vida da mulher (BARROSO, 2021).

É fundamental que o profissional preste uma assistência que inclua todos os perfis de mulheres e suas diferentes necessidades e que a mulher tenha junto ao SUS, atendimento integral voltado à sua saúde (SILVA, 2019).

Diante de poucas publicações concretas referentes à atuação do enfermeiro no manejo de pacientes com distúrbios do assoalho pélvico, mais estudos deverão ser empregados nessa temática (PINTO; ESQUÍVEL, 2022).

9.3 Pessários

São dispositivos mecânicos constituídos de látex ou silicone, utilizados para reparar os órgãos prolapsados à sua posição habitual e por consequência atuam aliviando os sintomas. Esse dispositivo é tido como um tratamento conservador, quando a reabilitação pélvica e a cirurgia não obtêm o resultado esperado ou quando não são pertinentes (BUGGE; ADAMS; GOPINATH; REID, 2013).

Entende-se que seu uso é uma opção viável e efetiva, visto que, usuárias em longo prazo (superior a 12 meses) referem altos índices de satisfação e controle da condição com o dispositivo. Os pessários são recomendados como uma opção de tratamento de primeira linha, de baixo custo e risco, indicado para uma variedade de sinais e sintomas relacionados ao prolapso (CATUNDA; BEZERRA; FREITAS; SILVA et al., 2018).

Membros da American Urogynecologic Society descreveram através de um levantamento de dados que os ginecologistas mais jovens, juntamente com os urologistas, têm como tratamento de primeira escolha o uso de pessário antes da cirurgia (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

Uso prolongado do pessário é pouco discutido e menos presente na literatura atual que os sucessos das cirurgias para prolapso. Existem complicações do pessário descritos em estudos com uma taxa discrepante de 12% 83%. Dentre as complicações ao uso do

pessário as mais comuns são: erosões e infecções vaginais, muitas situações de expulsão, tamanho inadequado e retenção urinária. Outras complicações raras e graves também podem surgir como: fistula, obstrução do intestino delgado e sepse. Condições da paciente também podem influenciar, como: cirurgias prévias e comorbidades (WOLFF; WILLIAMS; WINKLER; LIND et al., 2017).

Quando indicado o uso de pessários vaginais, compete ao profissional de enfermagem avaliação, implementação e a correta orientação na utilização do dispositivo para o tratamento de prolapsos (COFEN, 2016).

O pessário é indicado para mulheres que não desejam realizar o tratamento cirúrgico ou para aquelas que devido à comorbidades, o tratamento invasivo não é recomendado. Também há mulheres que aderem ao uso do pessário por necessidade de adiar a cirurgia ou por apresentar regressão do prolapo, não desejando uma nova cirurgia e pelo desejo de gestação. No entanto, mesmo o dispositivo não sendo um tratamento invasivo, também há contraindicações em seu uso, como: infecção local, dificuldade de seguir o no tratamento ou dificuldade de manipular o dispositivo e alergias provenientes do material (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

Mulheres que obtiveram sucesso na introdução do dispositivo no primeiro ano de uso, deram continuidade na utilização. Quando ajustados com sucesso, possuem poucas complicações no tratamento de incontinência e prolapsos, justificando a boa aceitação pelo paciente (ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013).

Atualmente, há vários tipos de pessários como: cubo, gehrung, hodge com puxador, regula, gellhorn, shaatz, forma de prato para incontinência, anel, donut (ou tipo rosca). Contudo, são classificados em apenas duas categorias: pessário de suporte e de preenchimento (PEACE; NETTO; FERREIRA, 2017).

O pessário de suporte é um dispositivo em formato de anel. Seu sistema elástico repousa no fórnice posterior da síntese pública. Há um elástico que é apoiado na síntese pública que age na elevação e na sustentação da vagina superior. Esse tipo de dispositivo é recomendado para mulheres que apresentam prolapo de primeiro e segundo grau (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

O pessário de preenchimento apresenta um sistema de sucção entre as paredes vaginais e seu diâmetro é maior que o hiato vaginal. O pessário de Gelhorn é o modelo mais comum e o mais utilizado. Esse tipo de dispositivo possui um disco côncavo que fica aplicado contra o colo uterino ou cúpula vaginal e forma uma sucção para manter a sustentação da parede superior da vagina. O modelo Gelhorn, contém uma haste que fica voltada para o introito vaginal e possibilita sua retirada (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

Observam-se mudanças regionais nas escolhas por modelos de pessários. O motivo pode estar relacionado com o conhecimento do profissional, os modelos disponíveis e o custo do material. Existem muitas variedades e tamanhos de pessários, no entanto,

os profissionais não utilizam todos os tipos na sua prática. Contudo, o conhecimento de todos os modelos disponíveis e suas indicações é fundamental para administrar casos em que os modelos tradicionais utilizados no cotidiano não obtém sucesso (BUGGE; ADAMS; GOPINATH; REID, 2013; POGP.; UKCS., 2021).

9.4 Vantagens e desvantagens de alguns modelos de pessários:

Pessário anel: muito utilizado devido a sua praticidade de manuseio. Apresenta boa aceitação perante as mulheres e é de fácil adaptação vaginal. Indicado para mulheres com a vida sexual ativa, pois o espaço vaginal não é ocupado. Permite ser removido antes da relação, e a atividade sexual pode ser realizada com o uso de preservativo. Recomendado para prolapsos uterovaginais em estágios I e II. Contudo, a paciente precisa estar em conformidade com o uso (COELHO; CASTRO; JULIATO, 2016; RANTELL, 2019; SILVA, 2019).

Anel com botão: indicado para mulheres com prolapsos e incontinência urinária. O botão fornece sustentação para a bexiga com o objetivo de reduzir a incontinência urinária por esforço (IUE) (POGP.; UKCS., 2021). Não necessita ser retirado diariamente. Recomendado para prolapsos uterovaginais em estágios I e II (SILVA, 2019).

Anel de silicone: serve como sustentação para mulheres que apresentam estágios avançados de prolapsos (POGP.; UKCS., 2021).

Gellhorn: são os pessários de ocupação de espaço mais comuns. Recomendado para mulheres que apresentam estágios mais avançados do prolapsos. Contraindicado para mulheres com vida sexual ativa. Para mulheres com prolapsos de estágio III é a primeira opção de tratamento. GELLHORN é um modelo de dispositivo oclusivo, com maior aplicabilidade, entretanto, apresenta como consequência corrimiento vaginal (COELHO; CASTRO; JULIATO, 2016; POGP.; UKCS., 2021; RANTELL, 2019).

Prateleira: para casos avançados de prolapsos. Mulheres que usam esse dispositivo apresentam dificuldades nas atividades sexuais e no autogerenciamento (POGP.; UKCS., 2021).

Shastz: semelhante ao pessário Gellhorn. É prescrito para mulher com um entalhe público baixo e que tem dificuldade para sustentar o pessário de anel. É de fácil gerenciamento e é utilizado por mulheres com vida sexual ativa (POGP.; UKCS., 2021).

Cubo: esse modelo de dispositivo é utilizado nos casos mais graves de prolapsos e é recomendado para mulheres que possuem autogerenciamento, pois necessita ser retirado todos os dias para higienização e para a prática sexual, uma vez que impede a penetração (POGP.; UKCS., 2021). Possui um cordão adicionado para auxiliar no autogerenciamento (BUGGE; ADAMS; GOPINATH; REID, 2013). Indicado para mulheres que estão aguardando cirurgia ou que apresentam falta de tonicidade vaginal. Devido a sua capacidade aderente, pode causar inflamações e ulcerações na parede vaginal (SILVA, 2019).

Donut: preenche todo o espaço vaginal. É muito utilizado em prolapsos avançados,

principalmente em mulheres que não passaram pelo procedimento de histerectomia. Tem uma boa aceitação para prolapo de parede posterior. Por ser um dispositivo com um tamanho maior, sua remoção se torna mais difícil através da autogestão. Apresenta dificuldade na atividade sexual (POGP.; UKCS., 2021). Não é necessário remover diariamente (SILVA, 2019).

9.5 Avaliação da paciente e inserção do pessário

Para definir o tipo de pessário a ser introduzido na paciente, deve-se realizar o exame ginecológico preciso, assim a escolha será baseada de acordo com o comprimento vaginal e o estadiamento do prolapo. Durante a realização da avaliação, deve-se observar se há atrofia vaginal e presença de úlceras (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

Deve levar em consideração o estado hormonal, a atividade sexual, a histerectomia prévia, o estágio e o local do prolapo. O pessário terá que ser ajustado da forma adequada para que a paciente não perceba a sua presença. O ganho ou a perda de peso interferem no tamanho do pessário, e é necessária a troca do dispositivo (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

Na maioria das vezes as mulheres que necessitam do dispositivo, terão que testar vários tamanhos ou tipos de pessários para a escolha de um adequado à sua realidade. A escolha é firmada pela gravidade da disfunção e pelo tamanho do introito vaginal. Essa seleção pode influenciar diretamente no cotidiano da paciente. Na escolha do pessário, a paciente deve ser questionada sobre a sua vida sexual, se é ativa ou se ainda pretende ser, pois muitos dos dispositivos, não são adequados ao coito vaginal. Para mulheres com prolapsos de terceiro grau (III), que possuem uma vida sexualmente ativa, o pessário Donut ou Gellhorn não é uma escolha apropriada, pois dificulta a continuidade da vida sexual (RANELL, 2019).

Através do exame do toque, será avaliado o comprimento e largura da vagina. A inserção é realizada pela mão dominante do profissional e o dispositivo terá que estar dobrado. Após, será utilizado lubrificante no introito vaginal ou na borda do pessário. Os lábios genitais serão afastados e a introdução será realizada no sentido cranial e inferior contra a parede posterior da vagina. O dedo indicador será introduzido no fórnice vaginal posterior a fim de certificar que o colo uterino está apoiado sobre o pessário. O dedo do profissional terá que deslizar sobre as bordas do pessário a da parede vaginal. O dispositivo não poderá apresentar nenhum desconforto à paciente (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

Após a introdução do dispositivo, à paciente deverá ser orientada a realizar a manobra de valsalva, pois, devido ao esforço realizado, o pessário poderá se deslocar dentro da vagina. Para confirmar o bom resultado da introdução, a paciente terá que ficar em pé, tossir e urinar sem desconforto ou dificuldade (SILVA, 2019).

Para que a mulher tenha melhor conhecimento e autogestão do dispositivo, terão que ser repassadas informações e orientações confiáveis e adequadas para o gerenciamento. Orientações quanto às complicações sobre o uso e em qual momento a paciente deverá procurar um profissional. A autogestão do dispositivo cria condição para se adaptar ao estilo de vida de cada mulher. A fim de garantir o sucesso para o seu próprio gerenciamento, a mulher precisa ter conhecimento e confiança para inserção, retirada e limpeza do pessário. As consultas com os profissionais deverão ser mantidas conforme a necessidade (BROWN; PRADHAN; PANDEVA, 2021).

9.6 Acompanhamento

Após a introdução bem-sucedida do dispositivo, o retorno da paciente para o ajuste inicial será dentro de duas a quatro semanas, para avaliação da sua adaptação. Se não houver complicações em relação ao pessário, os retornos para acompanhamentos poderão ser prolongados de dois, quatro, seis e doze meses, caso o seu autogerenciamento esteja bem-sucedido (BROWN; PRADHAN; PANDEVA, 2021; ROBERT; SCHULZ; HARVEY, 2013).

O retorno para avaliação é de extrema importância para evitar complicações. É necessário realizar a avaliação em todas as pacientes que estão em uso do dispositivo, tanto em mulheres que não apresentam nenhum tipo de desconforto quanto em mulheres que se sentem desconfortáveis. Não há estudos ou pesquisas que demonstrem a incidência dos problemas decorrentes do uso do pessário (ABDULAZIZ; STOTHERS; LAZARE; MACNAB, 2015).

Em cada avaliação o profissional deve observar os sinais de desgaste do dispositivo e o controle dos sintomas do prolapsos e caso apresente alterações, o pessário deverá ser removido e se houver necessidade de introduzir um novo pessário, pode ainda optar pelo mesmo modelo e tamanho. No entanto, se for apenas desconforto apresentado pela paciente sem sinais de desgastes, o dispositivo poderá ser retirado, lavado e substituído por um novo (BROWN; PRADHAN; PANDEVA, 2021).

É recomendado que a cada consulta seja avaliado se o dispositivo se encontra na posição correta, além do mais, um dos fatores importantes é a avaliação dos tecidos, sempre observando se há alterações como: irritações, úlceras e lubrificação. A adequação do pessário no início é sujeito a erros, porém, é muito comum haver trocas por outros modelos ou até mudança de tamanho do dispositivo (GLEASON; RICHTER; VARNER, 2014).

O retorno da paciente deve ser antecipado caso haja sinais de alterações como: irritação, secreção e odor vaginal (COLLINS; BEIGI; MELLEN; O'SULLIVAN et al., 2015). Mudanças no sistema urinário como a presença de incontinência e outras modificações, deverão ser analisados através de solicitação de exames para avaliar possíveis complicações decorrentes do uso do pessário (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et

al., 2015).

O tratamento realizado através de exercícios do assoalho pélvico tem como objetivo delimitar o avanço e diminuir os sintomas do prolapso. Através da técnica de Kegel, as mulheres treinam os músculos do assoalho pélvico com contração, prevenindo assim a descida dos órgãos. A realização regular dos exercícios, além de fornecer força muscular, proporciona o aumento dos músculos responsáveis pela sustentação dos órgãos (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

O exercício do assoalho pélvico não reverte ou trata o prolapso, mas é eficaz na melhora dos sintomas considerados leves, associados aos sintomas de estresse, urgência e incontinência urinária mista (HUEMER, 2019).

Portanto, a paciente deve ser orientada a contrair a musculatura antes e durante o aumento da pressão intra-abdominal. Esses exercícios contribuem para a prevenção ou a retenção da evolução do prolapso. O profissional deve ter conhecimento de que a paciente está realizando o treinamento da forma correta, podendo se certificar através do toque vaginal bidigital. Para a realização do treinamento é necessário que a paciente esteja com a bexiga vazia, cones poderão ser usados para aumento da resistência da musculatura do assoalho pélvico (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

9.7 Eletroestimulação

A eletroestimulação promove estímulos baixos no músculo levantador do ânus. Um probe vaginal é inserido para promover esses estímulos e aumentar a resistência dos músculos do assoalho pélvico (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015). A estimulação elétrica pode ser utilizada para melhorar a incontinência urinária de urgência, na qual se utiliza uma frequência baixa. Na incontinência de esforço são utilizadas frequências mais altas. A eletroestimulação pode ser usada de forma isolada ou de forma combinada com o treinamento muscular do assoalho pélvico (PFMT) (HOFFMAN; SCHORGE; SCHAFFER; HALVORSON et al., 2014).

9.8 Biofeedback

Biofeedback é uma técnica utilizada para treinamento do assoalho pélvico e mede a tensão da musculatura e é acompanhado diretamente pela paciente. Esse treinamento é realizado através de sessões individuais e conforme as respostas obtidas da paciente, o tratamento é modificado. Para realização do BIOFEEDBACK, uma sonda vaginal estéril é utilizada para medir a pressão no interior da vagina, enquanto o músculo levantador do ânus é contraído. Essa prática é indicada para pacientes que apresentam estágios I e II da doença. A aderência ao tratamento é o que garante resultados positivos para a técnica (GIRÃO; SARTORI; RIBEIRO; CASTRO et al., 2015).

Um estudo realizado na Universidade de Ciências Médicas do Irã demonstrou que o tratamento com o biofeedback levou a uma melhora significativa na qualidade de vida em

mulheres com prolapsos de órgãos pélvicos de leve a moderado. O uso do biofeedback leva a uma melhora da constipação, incontinência urinária de esforço e disfunção leve a moderada do assoalho pélvico. Uma revisão com mulheres portadoras de incontinência urinária que receberam esse tipo de tratamento relataram uma melhora progressiva em relação às mulheres que fizeram uso apenas dos exercícios do assoalho pélvico (AHADI; TAGHVADOOST; AMINIMOGHADDAM; FOROGH et al., 2017).

9.9 Mudança no estilo de vida

Também estão sendo associadas ao tratamento, mudanças dietéticas, aumento do consumo de fibras, ingestão hídrica, treinamento intestinal, uso de laxativos e enemas que podem beneficiar mulheres que apresentam constipação. O controle da ingestão hídrica e o controle da micção por horário podem ser inseridos nos casos que apresentam incontinência urinária (SATO; LIMA; FILHO, 2012).

9.10 Uso do estrogênio para prolapo

A menopausa causa atrofia vaginal nas mulheres e a diminuição do estrogênio pode levar a mudanças nas estruturas do assoalho pélvico, podendo ocasionar complicações associadas ao uso do pessário. Tem sido demonstrado em muitos estudos que o uso de estrogênio vaginal, tem apresentado uma melhora significativa para mulheres com condição de secura e atrofia vaginal. A utilização do pessário concomitantemente com estrogênio para evitar complicações, ainda não tem dados significativos sobre os benefícios, visto que, existem poucos estudos acerca desse assunto. Porém, foi verificado em prontuários médicos que a reposição hormonal sistêmica e local tem efeito benéfico no sucesso do uso do pessário, e há relatos de especialistas que usam o estrogênio vaginal habitualmente para tratar erosões vaginais (DESSIE; ARMSTRONG; MODEST; HACKER et al., 2016).

Um estudo controlado, randomizado, verificou mulheres que faziam uso diário de estrogênio tópico vaginal em estágio dois (II) do prolapo, tiveram algum benefício em relação às mulheres que não usaram nada, como elevado índice de maturação vaginal, porém sem diferenciação na espessura do epitélio vaginal. Já em outro estudo randomizado o uso tópico de estrogênio antecedente ao procedimento cirúrgico para prolapo em mulheres em menopausa, observou-se a melhora no substrato para a colocação de sutura no decorrer da cirurgia e do tecido conjuntivo do assoalho pélvico quanto à constância em sua integridade (ABDULLAH; KHONG; TAN, 2016).

10 | CONCLUSÃO

Apesar de haver diversos tratamentos para as mulheres que são portadoras de prolapo de órgãos pélvicos (POP), resolver qual direção seguir, torna-se uma tarefa que demanda decisão com vários fatores: como será a vida sexual das pacientes? Qual a idade em que tiveram o diagnóstico de prolapo? Há perspectiva de uma nova gravidez? Como

essas pacientes conseguem ter a percepção do próprio corpo? Infelizmente no Brasil, as mulheres pouco sabem o real significado de um prolapo, pois consideram que a perda de urina ou mesmo a sensação de abaulamento na vagina são processos fisiológicos decorrentes do envelhecimento. Por isso, torna-se imperativo que o tratamento do prolapo, seja conservador ou cirúrgico, possibilite às pacientes um alívio adequado, com melhoria da qualidade de vida. Os programas de reabilitação poderão ser desenvolvidos pelos enfermeiros especialistas no assunto. A atuação especializada tem como um dos principais objetivos restabelecer o bem-estar e a qualidade de vida da mulher. Foi observado pouca literatura referente a atuação do enfermeiro enquanto especialista em distúrbios relativos ao assoalho pélvico. É um assunto que ainda propicia muito estudo e divulgação, para benefício de um incalculável número de mulheres.

REFERÊNCIAS

- ABDULAZIZ, M.; STOTHERS, L.; LAZARE, D.; MACNAB, A. **An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse.** Canadian Urological Association Journal, 9, n. 5-6, p. p 400-406, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4479661/>. Acesso em: 24 mai. 2022.
- ABDULLAH, B.; KHONG, S. Y.; TAN, P. C. **Oestroge-soaked vaginal packing for decubitus ulcer in advanced pelvic organ prolapse: a case series.** International Urogynecology Journal, 27, n. 7, p. p1057-1062, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-015-2930-3>. Acesso em: 14 jun. 2022.
- AHADI, T.; TAGHVADOOST, N.; AMINIMOGHADDAM, S.; FOROGH, B. *et al.* **Efficacy of biofeedback on quality of life in stages I and II pelvic organ prolapse: A Pilot study.** European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 215, n. 1872-7654, p. p.242-246, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211517303007>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- ALVES, G.; SILVA, Y., P.; FURLANETTO, M., P. **Existe relação entre etnia e a incidência de prolapsos genitais?** Fisioterapia Brasil. Porto Alegre (RS). 22: p.697-711 p. 2021. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/4482/7507>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- AMARO, J., L. RIBEIRO, M, R. Prolapo de órgão pélvico. In: **Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorrectais.** 3 ed. São Paulo: Segmento farma, 2012. cap. 8, p. p.90-100.
- AZEVEDO, A., C.; OLIVEIRA, B., B.; BARRETO, W., J.; FERNANDES, C. **Prolapo de Órgãos pélvicos: as repercussões terapêuticas na qualidade de vida das idosas.** In: Anais VI CIEH, 2019, Campina Grande (PB). Realize. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD1_SA3_ID1556_26052019171918.pdf. Acesso em: 02 mai. 2022.
- BARBEIRO, M.; MAHER, C. **Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse.** International Urogynecology Journal, 24, n. 11, p. 1783-1790, 2013/11/01 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-013-2169-9>. Acesso em: 04 mai. 2022.

BARROS, C., R.; MACHADO, R., B.; CAMARGO, A., C.; GOLLOP, T., R. **Tratamento conservador de prolapo de órgão pélvico com pessário: revisão de literatura.** Revista de Medicina, 97, n. 2, p. 154-159, 06/15 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/142231>. Acesso em: 07 mai. 2022.

BARROSO, A. **A mulher com hipotonia do assoalho pélvico: necessidades em cuidados de enfermagem.** 2021. - Instituto politécnico de viana do castelo, Escola superior em saúde, Portugal. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2513/1/Aurea_Barroso.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRITO, L.; JULIATO, C.; CASTRO, E. **Prolapso dos Órgãos Genitais.** In: FERNANDES, C., E. e SÁ, M. (Ed.). Tratado de Ginecologia Febrasgo. 1 ed. Rio de Janeiro.: Guanabara Koogan, 2019. cap. 65.

BROWN, C., A.; PRADHAN, A.; PANDEVA, I. **Current trends in pessary management of vaginal prolapse: a multidisciplinary survey of UK practice.** International urogynecology journal, 32, n. 4, p. P.1015-1022., 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04537-5>. Acesso em: 14 jul. 2022.

BUGGE, C.; ADAMS, J., A.; GOPINATH, D.; REID, F. **Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women.** The cochrane database of systematic reviews, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094172/>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BUREAU, M.; CARLSON, K. V. **Pelvic organ prolapse: A primer for urologists.** Canadian urological association journal, 11, n. 6, p. p.125-130, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5461143/>. Acesso em: 02 jun. 2022.

CATUNDA, H.; BEZERRA, K., C.; FREITAS, V.; SILVA, T., M. et al. **Protocolo para tratamento de prolapo de órgãos pélvicos com pessário vaginal.** Acta Paulista de Enfermagem, 31, n. 6, p. 585-592, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ape/v31n6/1982-0194-ape-31-06-0585.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CHEUNG, R.; CHAN, S.; SHEK, K. L.; CHUNG, T. K. H. et al. **Pelvic organ prolapse in Caucasian and East Asian women: a comparative study.** Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 53, n. 4, p. 541-545, 2019/04/01 2019. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.20124>. Acesso em: 19 jun. 2022.

CHOW, D.; RODRÍGUEZ, L. V. **Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse.** Current Opinion in Urology., 23., n. 4., p. p.293-280., 2013. Disponível em: https://journals.lww.com/co-urology/Abstract/2013/07000/Epidemiology_and_prevalence_of_pelvic_organ.2.aspx. Acesso em: 22 mai. 2022.

CHUNG, S. H.; KIM, W. B. **Various Approaches and Treatments for Pelvic Organ Prolapse in Women.** Menopausal Medicine, 24, n. 3, p. pag.155-162, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6336571/>. Acesso em: 15 mar. 2022.

COELHO, S.; CASTRO, E., B.; JULIATO, C. **Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review.** International urogynecology journal, 27, n. 12, p. P.1797-1803, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-016-2991-y>. Acesso em: 05 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer de câmara técnica nº 04/2016/CTAS/COFEN, 21 de outubro de 2016. Manifestação sobre procedimentos da área de enfermagem., 2016.
Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-042016ctascofen_45837.html. Acesso em: 04 mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 159/1993- Revogada pela resolução Cofen nº 544/2017- Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-1591993_4241.html. Acesso em: 16 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer da câmara técnica nº41/2022/CTAS/COFEN-Solicitação de parecer técnico referente ao enfermeiro realizar a prescrição e inserção de pessários uroginecológicos utilizados para o tratamento conservador do prolapsos de órgãos pélvicos e incontinência urinária. 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/2-Parecer-de-Camara-Tecnica-no-41-2022-CTAS-COFEN.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2022.

COLLINS, S.; BEIGI, R.; MELLEN, C.; O'SULLIVAN, D. et al. The effect of pessaries on the vaginal microenvironment. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 212, n. 1, p. p 1-6, 2015.
Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9378\(14\)00724-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9378(14)00724-8). Acesso em: 27 abr. 2022.

DELANCEY, J. O. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? Current Opinion in Obstetrics & Gynecology., 28., n. 5, p. p.420-429., 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347042/>. Acesso em: 14 mai. 2022.

DESSIE, S. G.; ARMSTRONG, K.; MODEST, A. M.; HACKER, M. R. et al. Effect of vaginal estrogen on pessary use. International Urogynecology Journal, 27, n. 9, p. p 1423-1429, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026319/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

GHANBARI, Z.; PEIVANDI, S.; PASIKHANI, M. D.; DARABI, F. Comparison of Pelvic Organ Prolapse Quantification and Simplified Pelvic Organ Prolapse Quantification Systems in Clinical Staging of Iranian Women with Pelvic Organ Prolapse. Ethiopian journal of health sciences, 30, n. 6, p. p 921-928, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8047234/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

GIARENIS, I.; ROBINSON, D. Prevention and management of pelvic organ prolapse. F1000 prime reports, 6, n. 77, p. p 6-77, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166938/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

GIL, A., C. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. In: **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017. cap. 5, p. p 43-53. Disponível em: <file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/Como%20Elaborar%20Projetos%20De%20Pesquisa%206%C2%AA%20Ed..pdf>. Acesso em: 29 abr. 2022.

GIRÃO, M.; SARTORI, M.; RIBEIRO, R., M.; CASTRO, R., A. et al. Prolapso genital. In: Tratado de uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico. 1 ed. São Paulo: Manole, 2015. cap. 12, p. p.497-535.

GLEASON, J., L.; RICHTER, H., E.; VARNER, R. Prolapso dos Órgãos Pélvicos. In: BEREK, J., S. e FERRARI, R. (Ed.). Tratado de Ginecologia. 15 eds. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2014. cap. 27, p. p 693-718.

GONG, R.; XIA, Z. **Collagen changes in pelvic support tissues in women with pelvic organ prolapse.** European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, n. 234, p. p.185-189, 2019. Disponível em: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(19\)30039-9/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(19)30039-9/fulltext). Acesso em: 24 jun. 2022.

HANDA, V. L.; BLOMQUIST, J., L.; MCDERMOTT, K., C.; FRIEDMAN, S.; et al. **Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth.** Author Manuscript, 119, n. 2, p. P233-239, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266992/>. Acesso em: 15 jun. 2022.

HOFFMAN, B., L.; SCHORGE, J., O.; SCHAFFER, J., I.; HALVORSON, L., M. et al. **Prolapso de órgão pélvico.** In: Ginecologia de Williams. 2 eds. Porto Alegre (RS). AMGH, 2014. cap. 24, p. p. 650-675.

HORST, W.; SILVA, J. **Prolapso de Órgãos Pélvicos: Revisando a Literatura.** Arquivos Catarinenses de Medicina, 45, n. 2, p. P. 91-101, 09/21 2016. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/79/75>. Acesso em: 28 abr. 2022.

HUEMER, H. **Pelvic Organ Prolapse.** Ther Umsch, 73, n. 9, p. p.553-558, 2019. Disponível em: <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/0040-5930/a001037>. Acesso em: 22 abr. 2022.

JUNIOR, P.; CASTRO, R., A.; SARTORI, M.; GIRÃO, M. Prolapso genital. In: GIRÃO, M.; SARTORI, M., et al (Ed.). **Terapêutica em ginecologia- Protocolos de assistência do departamento de ginecologia da EPM-UNIFESP.** 1 ed. São Paulo: Manole, 2012. cap. 4, p. p 27-35.

LEE, U. J.; HERKHOF, M., H.; LEIJSEN, S., AV.; HEESAKKERS, J., P. **Obesity and pelvic organ prolapse.** Current Opinion Urology, 27, n. 5, p. p.428-434, 2017. Disponível em: https://journals.lww.com/co-urology/Abstract/2017/09000/Obesity_and_pelvic_organ_prolapse.6.aspx. Acesso em: 14 jun. 2022.

MADHU, C.; SWIFT, S.; GEANY, M., S.; DRAKE, M., J. **How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system?** Neurology and Urodynamics, 37, n. 6, p. p.39-43., 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.23740>. Acesso em: 14 jun. 2022.

MARTINS, S., B.; JUNIOR, P.; SARTORI, M.; CASTRO, R., A. et al. **Prolapso genital.** In: GIRÃO, M.; LIMA, G., R., et al (Ed.). Ginecologia. 2 ed. São Paulo: Manole, 2019. cap. 26, p. 290-304.

NIIGAKI, D., E. **Preditores de sucesso na utilização de pessário vaginal para tratamento de prolapso de órgãos pélvicos após seguimento de um ano.** 2018. Tese (Mestrado em Ciências) -Universidade Federal de São Paulo, Repositório institucional. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/60025/DANIELLE%20IKEDA%20NIIGAKI.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 abr. 2022.

PEACE, W.; NETTO, O., F.; FERREIRA, T., T. **Distopias genitais.** In: LASMAR, R., B. (Ed.). Tratado de Ginecologia. 1 ed. Rio de Janeiro.: Guanabara Koogan, 2017. cap. 19, p. p 233-243.

PINTO, V.; ESQUÍVEL, V. **Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na Mulher com Disfunção do Pavimento Pélvico.** Revista Portuguesa de Enfermagem em Reabilitação, 5, n.1, p. 90 - 96, 05/15 2022. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/205/491>. Acesso em: 23 jun. 2022.

POGP; UKCS. **UK Clinical Guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse.** 2021. Disponível em: <https://www.ukcs.uk.net/resources/Documents/Pessary%202021/UK%20Clinical%20Guideline%20for%20pessary%20use%20.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2022.

PRADO, M., J.; ARAUJO, R., M.; **Incontinência urinária feminina e prolapo pélvico – epidemiologia, fisiopatologia e diagnóstico.** In: NARDI, A., C.; JUNIOR, A., N., et al (Ed.). Urologia Brasil. 1 ed. São Paulo: Planmark, 2013. cap. 49, p. P 510-513.

QURESHI, S., S.; GUPTA, J., K. **Pelvic Organ Prolapse: Prevalence and Risk Factors.** Dtsch Arztbl Int, 5, n. 6, p. 564-574, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/PelvicOrganProlapsePrevalenceandRiskFactors.pdf. Acesso em: 15 mai. 2022.

RAMOS, J.; SCHMIDT, A., P.; PICOLOTO, A. **Prolapsos Genitais.** In: PASSOS, E., P.; RAMOS, J., et al (Ed.). Rotinas em Ginecologia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. cap. 30, p. P 519-542.

RANTELL, A. **Vaginal Pessaries for Pelvic Organ Prolapse and Their Impact on Sexual Function.** Sexual medicine reviews, 7, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052119300654?via%3Dihub>. Acesso em: 14 mai. 2022.

ROBERT, M.; SCHULZ, J. A.; HARVEY, M. A. **Technical update on pessary use.** Obstet Gynaecol Can, 7, n. 35, p. p.664-674, 2013. Disponível em: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30888-4.pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30888-4.pdf). Acesso em: 14 jun. 2022.

ROGERS, R., G.; FASHOKUN, T., B. **Pelvic organ prolapse in females: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management.** Wolters Kluwer., 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management>. Acesso em: 14 mai. 2022.

SANTOS, S.; LOPES, M., J.; VIDAL, D.; GAUTÉRIO, D., P. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas.** Revista Brasileira de Enfermagem, 66 2013. Disponível em: <https://old.scielo.br/pdf/reben/v66n5/21.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2022.

SATO, C.; LIMA, R., A.; FILHO, A. **Prolapso Genital e Distopia.** In: VIANA, L. C. e GEBER, S. (Ed.). Ginecologia. 3ed. Rio de Janeiro.: Medbook, 2012. cap. 75, p. p 519-524.

SILVA, L., R. **Manual Clínico de Cuidados de Enfermagem a Mulheres com Prolapso de Órgãos Pélvicos.** 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Setor de ciências da saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66400>. Acesso em: 19 mai. 2022.

VERGELDT, T. F.; WEEMHOFF, M.; INTHOUT, J.; KLUIVERS, K. B. **Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review.** International Urogynecology Journal, 26., n. 11., p. p.1559-1573., 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-015-2695-8>. Acesso em: 02 jun. 2022.

WEINTRAUB, A., Y.; GLINTER, H.; MARCUS-BRAUN, N. **Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse.** Official journal of the Brazilian Society of Urology, 46 n. 1, p. p.5-14, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6968909/> Acesso em: 03 mai. 2022.

WOLFF, B.; WILLIAMS, K.; WINKLER, A.; LIND, L. *et al.* **Pessary types and discontinuation rates in patients with advanced pelvic organ prolapse.** International Urogynecology Journal. 28., n. 7., p. p.993-997., 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-016-3228-9>. Acesso em: 14 jun. 2022.

XU, H.; WU, W.; WANG, X.; XIA, Z. **A predictive model of choosing pessary type for women with symptomatic pelvic organ prolapse.** Lippincott Williams & Wilkins, 28, n. 11, p. p. 1279-1286, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8547748/>. Acesso em:03 mai. 2022.

CAPÍTULO 9

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM TRABALHADORES DA SAÚDE DE UM HOSPITAL

Data de aceite: 01/09/2022

Data de submissão: 27/07/2022

Maria de Fatima Moreira Rodrigues

Professora de enfermagem de saúde comunitária na ESEL, Lisboa, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-1686-7293>

Ana Sofia de Jesus Varandas Furtado

Enfermeira, mestre em saúde comunitária no Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-7790-3812>

Maria da Graça Carita Gaspar Temudo

Enfermeira em funções de chefia no Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-8975-8816>

RESUMO: A qualidade do sono é um determinante de saúde para a população laboral, porque a sua falta reduz a concentração, a produtividade e aumenta os acidentes de trabalho. **Objetivos:** Caracterizar estilos de vida e qualidade de sono dos trabalhadores de dois serviços de um centro hospitalar e contribuir para a promover a adoção de medidas de higiene do sono pelos profissionais de saúde. **Metodologia:** É um estudo descritivo observacional e para fundamentar os estilos de vida e qualidade do sono fez-se uma revisão scoping. Foram selecionados 12 artigos, que apontam para pior estilo de vida e qualidade de sono nos trabalhadores por turnos. A amostra não probabilística foi de 42 trabalhadores da saúde, sendo que 50% laboram por turnos. Para avaliar o estilo de vida e qualidade do sono,

realizaram-se entrevistas a informadores-chave e aplicaram-se questionários aos trabalhadores. Foram considerados os procedimentos éticos na pesquisa. Para intervir no principal problema elaborou-se um projeto com a metodologia do planeamento em saúde, denominado “Dormir melhor ... para melhor viver”. **Resultados e discussão:** No questionário Estilo de Vida Fantástico os domínios alterados em mais de 50% dos trabalhadores, foram: sono e stress; atividade física, associativismo e nutrição. No Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh a média foi 6,9, indicando uma má qualidade de sono. Os diagnósticos de enfermagem foram priorizados pelo método de Hanlon, sendo prioritário intervir no “sono comprometido”. Como estratégias para melhorar os hábitos e qualidade do sono realizaram-se atividades de educação para a saúde e o serviço de saúde passou a integrar na consulta a avaliação da qualidade do sono. **Considerações Finais:** A equipa de saúde do trabalho desempenha um papel fundamental na identificação dos fatores que influenciam a saúde e em liderar projetos de promoção de saúde que levam a mudanças positivas nos locais de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Estilo de vida saudável; Qualidade do sono; Educação em saúde; Enfermagem do trabalho; Serviços de saúde do trabalhador.

PROMOTION OF QUALITY OF SLEEP IN
HEALTH WORKERS OF A HOSPITAL

ABSTRACT: The quality of sleep is a health determinant for the working population because

the lack off it, reduces concentration, productivity and increases work accidents. **Objectives:** To characterize lifestyles and sleep quality of workers in two services of a hospital and promote the adoption of sleep hygiene measures by health professionals. **Methodology:** Methodology: This is a descriptive observational study and a scoping review was carried out to support lifestyle and sleep quality. Twelve articles were selected, which point to worse lifestyle and sleep quality in shift workers. The non-probabilistic sample consisted of 42 health workers, 50% of whom work in shifts. To assess lifestyle and sleep quality, interviews were conducted with key informants and questionnaires were applied to workers. Ethical procedures were considered in the research. To intervene in the main problem, a project was elaborated with the methodology of health planning, called "Sleep better ... to live better". **Results and discussion:** In the Fantastic Lifestyle questionnaire, the altered domains in more than 50% of the workers were: sleep and stress; physical activity, associative and nutrition. On the Pittsburgh Sleep Quality Index, the average was 6,9, indicating poor sleep quality. Nursing diagnoses were prioritized using the Hanlon method, considering a priority to intervene in "impaired sleep". Strategies to improve sleep quality and health education activities were carried out. The occupational health service began to integrate sleep quality assessment in the health exam. **Final Considerations:** The occupational health team, has a key role in identifying the factors that influence health and in leading health promotion projects that lead to positive change in the workplace.

KEYWORDS: Healthy lifestyle; Sleep quality; Health education; Occupational health nursing; Occupational health services.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde da população laboral representa também a saúde do país, pois se tivermos profissionais saudáveis e motivados a produção interna será influenciada, havendo repercussões diretas, não só no bem-estar dos trabalhadores, mas também na economia. Em Portugal o Plano Nacional de Saúde Ocupacional recomenda a identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho através de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde nos locais de trabalho (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2018).

O processo de saúde-doença dos trabalhadores, como referem (SANCHES, SANCHES, BARBOSA GUIMARÃES, PORTO, 2019) é construído no trabalho com uma tríplice natureza: biológica, psicológica e social. Se vivido de forma não saudável contribui para várias possibilidades, como consumo de aditivos, insatisfação, adoecimento e morte. Quando o ambiente de trabalho é nefasto pode produzir enfermidades ocupacionais, comprometendo a saúde física e mental dos trabalhadores. No entanto, o local de trabalho também pode ser uma área de reafirmação da autoestima, de desenvolvimento de habilidades, de expressão das emoções, o que o torna um espaço de construção da história individual e de identidade social.

A percepção de bem-estar no ambiente de trabalho pode contribuir para o desenvolvimento e realização pessoal. Como referem MOREIRA, NUNES, NOGUEIRA

(2021) o trabalho pode ser positivo e benéfico para a saúde, ao proporcionar sentimentos de inclusão, estatuto social, identidade, e estruturar a ocupação do tempo, sendo um elemento de socialização. É através do trabalho que a pessoa assegura as necessidades básicas, a segurança financeira e sustentabilidade pessoal e familiar.

Num ambiente de trabalho saudável, tanto trabalhadores como empregadores, colaboram no processo de melhoria contínua da proteção, promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e garantem a sua segurança, em prol da sustentabilidade do trabalho (MOREIRA, NUNES, NOGUEIRA, 2021).

A promoção de saúde nos locais de trabalho pode ser fundamental para o bom funcionamento de qualquer empresa, porque uma organização bem-sucedida tem por base trabalhadores saudáveis e um contexto laboral salutogénico. Não basta desenvolver projetos de saúde dirigidos aos trabalhadores, sem oferecer um ambiente de trabalho seguro e saudável. Só é possível obter resultados satisfatórios se a perspetiva da saúde estiver integrada de forma consistente em todos os processos organizacionais (AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, 2010).

Uma mudança marcante na organização do trabalho contemporâneo é o funcionamento das empresas durante 24 horas diárias, gerando a necessidade de organizar atividades laborais por turnos, que pode ser realizado em turnos fixos (manhã, tarde ou noite), rodízios ou escalas e em ciclos comprimidos. Estima-se que na Europa e nos Estados Unidos 13% a 14% dos trabalhadores laboram por turnos. No Brasil não há registos recentes, porém as estimativas referem que é próxima deste valor. Um dos principais problemas do trabalho por turnos é o conflito entre a natureza diurna habitual e o desempenho profissional num ritmo artificial de atividade e iluminação, com mudança de hábitos de sono e repouso, o que pode não ser suportado por muitos trabalhadores, que ficam sujeitos ao risco aumentado para certas patologias, dada a dificuldade em adaptar-se a diferentes horários (ANDRADE, JUNIOR, CAPISTRANO, TEIXEIRA, BELTRAME, FELDEN, 2017).

Desempenhar atividades laborais em diferentes horários pode levar a perturbações dos ritmos circadianos normais das funções psicofisiológicas, nomeadamente alterações do ciclo do sono vigília, com interferências no desempenho e eficiência do trabalho ao longo do período de 24 horas, com possibilidade de ocorrência de erros e acidentes. Por outro lado, pode aumentar as dificuldades em manter as relações habituais, tanto a nível familiar como social, influenciando negativamente as relações conjugais e a parentalidade. A nível fisiológico potencia as alterações do sono e dos hábitos alimentares, com perturbações a longo prazo no aparelho gastrointestinal (colite, gastroduodenite e úlcera péptica), nas funções neuro-psíquicas (fadiga crónica, ansiedade, depressão), no aparelho cardiovascular (hipertensão, doença isquémica cardíaca) e no sistema metabólico (diabetes tipo 2, síndrome metabólica). Como salientam MOREIRA, NUNES, NOGUEIRA, (2021) a International Agency for Research on Cancer, em 2019 considerou que o trabalho

por turnos com horário noturno como um possível carcinogéneo.

Um grupo profissional exposto a múltiplos fatores de risco, entre os quais o trabalho por turnos, são os trabalhadores da saúde, particularmente os do setor hospitalar, com atendimentos durante 24 horas. Em contexto hospitalar os serviços de saúde do trabalhador, assumem um papel fulcral na promoção da saúde e prevenção de doenças. Os hospitais são estruturas complexas com características peculiares que as diferenciam de outras unidades empresariais, designadamente pela tipologia e funcionamento que apresentam (DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2014).

Os serviços de saúde do trabalhador precisam de disponibilizar aos seus clientes cuidados que deverão ter por base três princípios estratégicos: a prevenção dos riscos profissionais, a proteção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e a promoção de ambientes de trabalho saudáveis (DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2018a). Uma das formas de melhorar a saúde é pela adoção de um estilo de vida mais saudável, que contribui para a prevenção ou retardamento das doenças crónicas não transmissíveis (DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2019).

Este capítulo descreve um projeto desenvolvido no serviço de saúde do trabalhador de um centro hospitalar de Lisboa. Os modelos de referência para o projeto foram o de Hanasaari para a enfermagem do trabalho (ALSTON, 1990) e de Promoção de Saúde de PENDER, MURDAUGH, PARSONS, 2021, que salienta três componentes: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar e os resultados do comportamento para atingir o estado de saúde desejável, como sintetiza a figura 1.

O estudo teve por objetivos caracterizar estilos de vida e qualidade de sono dos trabalhadores de dois serviços hospitalares e contribuir para a promover a adoção de medidas de higiene do sono pelos profissionais de saúde.

2 | METODOLOGIA

Essa pesquisa foi realizada em várias etapas. Iniciou-se por uma revisão da literatura, primeira não sistematizada e posteriormente uma *revisão scoping* para mapeamento da literatura relacionada com os estilos de vida e higiene do sono, dos profissionais de saúde que exercem funções em contexto hospitalar. A questão de partida foi: quais os estilos de vida e a qualidade de sono dos profissionais de saúde, em contexto hospitalar? Sendo a população (P) os profissionais de saúde, os conceitos (C) os estilos de vida e qualidade / higiene do sono e o contexto, (C) o hospital. A pesquisa decorreu em duas bases de dados: MEDLINE e CINAHL e selecionaram-se 12 artigos que respondiam à questão.

Posteriormente realizou-se um estudo observacional, descritivo, que decorreu em 2019-2020 em dois serviços de um centro hospitalar da região de Lisboa. Foram realizados os procedimentos éticos antecipatórios, que incluíram o pedido de autorização aos autores

das escalas. Solicitou-se permissão para inquirir os diferentes grupos, aos responsáveis pela tutela dos trabalhadores: assistentes técnicos, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica, sendo o parecer favorável para todos, exceto do diretor da classe médica, pelo que este grupo profissional se auto excluiu. O estudo teve o parecer favorável da comissão de ética do centro hospitalar com o despacho nº 26/20, «sancionando o respeito pelos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos».

O método de amostragem foi não probabilístico por conveniência, não houve critérios de exclusão e foram incluídos os profissionais de saúde que aceitaram cooperar no estudo e assinaram o consentimento informado prévio ao preenchimento dos instrumentos de recolha de informação, que exerciam a atividade laboral nos dois serviços selecionados e estavam a desempenhar funções durante o período de maio a julho de 2019. A amostra foi de 42 participantes, sendo 21 do serviço A que operava de dia e 21 do serviço B que laborava 24 horas por três turnos.

Para planear e concretizar o projeto recorreu-se a dois tipos de instrumentos de recolha de informação: entrevistas e questionários. Realizamos cinco entrevistas semi dirigidas a informadores-chave e um questionário composto por três partes aos trabalhadores dos dois serviços selecionados de acordo com o parecer dos informantes, que foram as chefias do serviço de saúde dos trabalhadores e dos serviços onde o projeto foi implementado, para validar a sua adequação e pertinência. A quinta entrevista foi a uma perita na área do sono para avaliar a qualidade científica dos conteúdos e a metodologia das atividades de promoção da higiene do sono.

O questionário inicia pela caracterização sociodemográfica, baseado nas variáveis do Modelo de Promoção de Saúde de PENDER, MURDAUGH, PARSONS, 2021. Segue-se o Estilo de Vida Fantástico (EVF) que avalia os hábitos e comportamentos em relação aos estilos de vida adequados para a saúde em 10 domínios, como sugere o acrônimo FANTÁSTICO, sendo F- Família e Amigos; A- Atividade física/ Associativismo; N- Nutrição; T- Tabaco; A- Álcool e outras drogas; S- Sono/ Stress; T-Trabalho/Tipo de personalidade; I- Introspecção; C- Comportamentos de saúde e sexual; O- Outros comportamentos (SILVA, BRITO, AMADO, 2014). O score varia de [0-102], sendo estratificado em cinco níveis, que vai do “necessita melhorar” [0-46]; “regular” [47-72]; “bom” [73-84]; “muito bom” [85-102] e “excelente” [103-120]. Quanto menor a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança de comportamento.

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) avalia a qualidade e as perturbações do sono durante o período de um mês. É constituído por 19 questões categorizadas em sete componentes, graduados em pontuações de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave). Os componentes são: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono. O score pode variar de [0-21]

e quanto maior o somatório pior a qualidade do sono. Valores superiores a 5 indica que a pessoa tem disfunções em pelo menos dois componentes, ou disfunção moderada em pelo menos três (JOÃO, BECKER, JESUS, MARTINS, 2017).

A informação recolhida pelos instrumentos selecionados foi submetida a análise estatística descritiva pelo programa informático SPSS versão 22. Posteriormente devolveram-se os resultados aos participantes e foram delineadas estratégias colaborativas de intervenção para melhorar a qualidade do sono. Elaborou-se o projeto “Dormir melhor... para melhor viver” seguindo a metodologia do processo de planeamento em saúde (RODRIGUES, 2021).

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo a amostra era constituída por 42 trabalhadores do setor da saúde, a moda relativamente ao grupo profissional foram os enfermeiros (45,2%), no sexo, o feminino (85,7%). Quanto à idade, o intervalo etário foi de 24-67 anos, a média 38,57 anos, desvio padrão de 9,28. A experiência profissional varia de 1-30 anos, a média 13,88 anos, desvio padrão de 8.

Relativamente ao horário, 21 dos profissionais, isto é (50%), realizam turnos rotativos, em média há 10,45 anos, com desvio padrão de 6,47, variando entre 1-30 anos. Seguindo as premissas do modelo de promoção de saúde (PENDER, MURDAUGH, PARSONS, 2021) verificou-se que nos comportamentos de saúde, (92,9%) dos profissionais realizam vigilância periódica da mesma.

Após a análise do questionário Estilo Vida Fantástico o valor médio global do estilo de vida foi de 89,59 ou seja, um estilo de vida “Muito Bom” e a amplitude situou-se entre os [56-112] pontos. Nenhum participante apresentou pontuação inferior a 46 pontos na classificação “Necessita melhorar,” sendo que (7,14%) situam-se no “Excelente” e (11,90%) “Regular”, (16,66%) no “Bom” (64,28%) “Muito Bom”.

Relativamente à avaliação da qualidade do sono o serviço A apresentou um valor médio de 6,1 com um desvio padrão de 3,14; o serviço B apresentou a média de 7,6 com um desvio padrão de 4,3. A média global dos dois serviços foi de 6,9 com um desvio padrão de 0,9, valores considerados na “má qualidade de sono” sendo mais evidente no serviço B, que funciona por turnos.

Os resultados obtidos foram idênticos a outros estudos, como RAPOSO (2016) que refere que pessoas com horários por turnos têm maior risco de desenvolver perturbações do sono. Outros artigos (NENA, KATSAOUNI, STEIROPOULOS, THEODOROU, CONSTANTINIDIS, TRIPSIANIS, 2018; ALSAHRANI, BAQAYS, ALENAZI, ALANGARI, ALHADI, 2017; BUSCEMI, ANVARI, RAJ, NUGENT, 2014; PALHARES, CORRENTE, MATSUBARA, 2014), apresentam resultados similares, referindo que o trabalho por turnos altera a qualidade do sono e consequentemente a qualidade de vida.

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) estabelece que as perturbações do sono-vigília englobam 10 perturbações ou grupos de perturbações, que no contexto de trabalho são particularmente importantes, as perturbações do ritmo circadiano do sono-vigília. De acordo com a classificação internacional de doenças (CID-11), as perturbações do ciclo sono-vigília (manifestas por insónia e ou hipersónia) geralmente surgem por alterações no sistema circadiano de controlo do tempo e nos mecanismos de sincronismo, ou por desalinhamento entre o ritmo circadiano endógeno e o ambiente externo. Falhas na adaptação ao horário de trabalho noturno ou por turnos e outras circunstâncias relativas às condições de trabalho são as principais causas desta perturbação no contexto laboral, que se manifesta por dificuldade em adormecer, interrupções no sono, sonolência durante a vigília e sono de má qualidade. Estas queixas devem ser valorizadas tendo em conta a organização e o contexto de trabalho (MOREIRA, NUNES, NOGUEIRA, 2021).

Dos resultados obtidos na etapa de diagnóstico de situação de saúde elaboraram-se cinco diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que foram priorizados pelo método de Hanlon adaptado (RODRIGUES, 2021):

- Sono comprometido em 76 %.
- Status nutricional comprometido em 83 %.
- Atividade Psicomotora comprometida em 66 %.
- Coping comprometido em 57 %.
- Status Emocional comprometido em 93%.

Foram divulgados os resultados do estudo aos profissionais dos dois serviços, considerando assim, prioritário planear intervenções de modo a capacitar os trabalhadores para adotar medidas de higiene do sono, por forma a melhorar a sua qualidade.

De acordo com o modelo de promoção de saúde de PENDER, MURDAUGH, PARSONS (2021), figura 1, elaboraram-se intervenções facilitadoras da reflexão para compreender as barreiras, os benefícios da autoeficácia na mudança de hábitos, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Como referem as autoras, foram consideradas as características da população (trabalhadores da saúde), os sentimentos face ao comportamento e o compromisso que os participantes estabeleceram com o plano de ação de modo a impulsioná-los a agir e a iniciar um evento comportamental que lhe seja adequado e favorável.

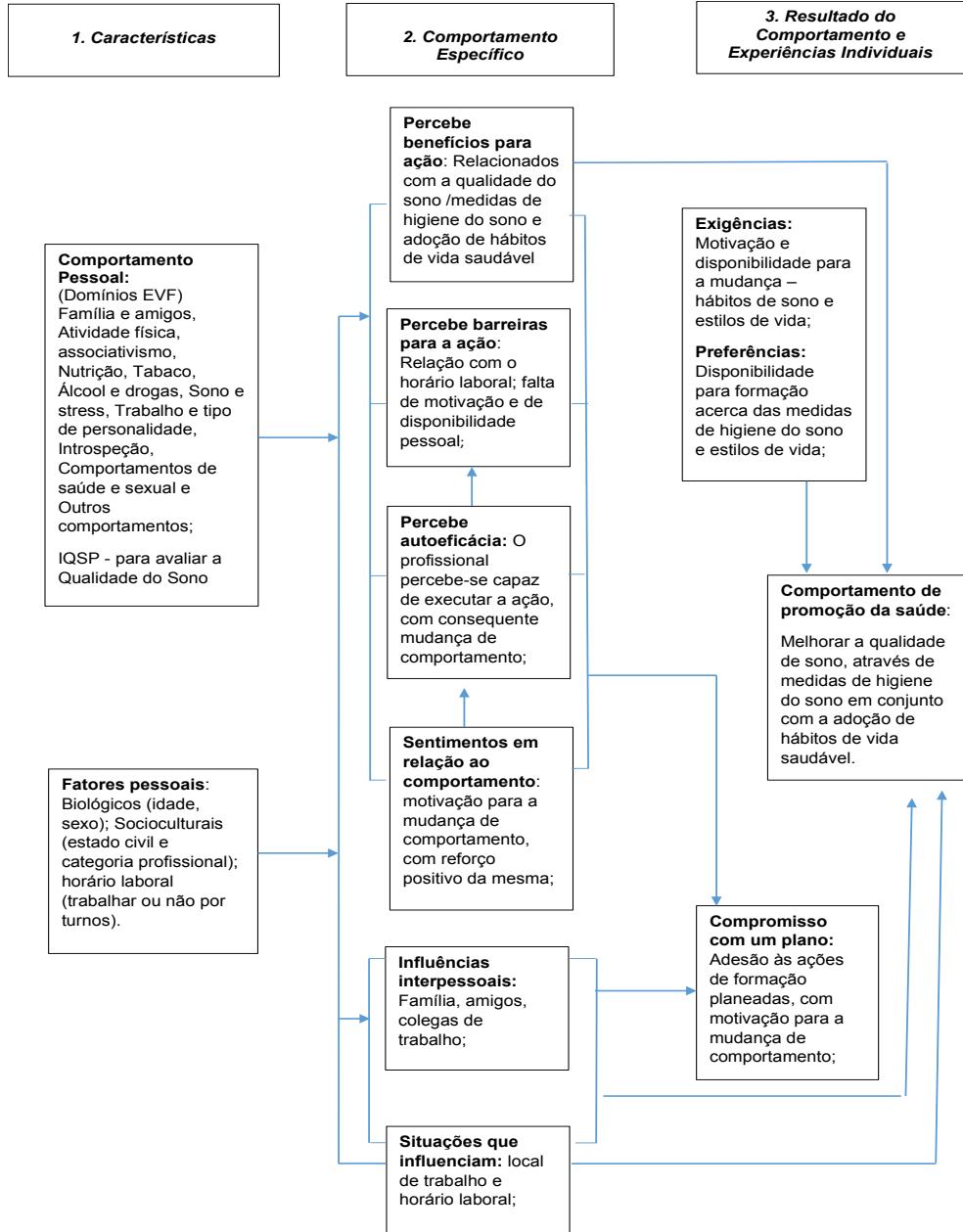


Figura 1. Diagrama de promoção de higiene do sono em trabalhadores da saúde

Fonte: Adaptado de PENDER, MURDAUGH, PARSONS (2021), pelas autoras do projeto

Para este projeto definiram-se os seguintes objetivos operacionais, mensuráveis e avaliados por indicadores, baseados no modelo de promoção de saúde.

- Compreender a importância da adoção de medidas de higiene do sono, em pelo

- menos 60% dos trabalhadores;
- Identificar os obstáculos à adoção de medidas de higiene do sono, em pelo menos 60% dos trabalhadores;
- Caraterizar medidas de higiene do sono consideradas adequadas, em pelo menos 60% dos trabalhadores;
- Melhorar os hábitos de sono, em pelo menos 60% dos trabalhadores.

De modo a melhorar a qualidade do sono dos profissionais de saúde, dando ênfase às medidas de higiene de sono em conjunto com a adoção de um estilo de vida saudável elaborou-se o projeto “*Dormir melhor...para melhor viver*” em que se mobilizaram estratégias de comunicação e marketing em saúde e de educação para a saúde. Para o efeito elaboram-se diversos materiais pedagógicos como folhetos, cartazes, pósteres e realizaram-se sessões de educação para a saúde. Solicitou-se apoio e supervisão do conteúdo formativo a uma perita na área do sono. A comunicação em saúde, ao nível interpessoal, grupal, social facilita a divulgação de mensagens verbais e não-verbais com vista à sua compreensão pelos envolvidos e a consequente ação promotora de saúde, como referem LOPES, ALMEIDA, (2019). De forma a potenciar a aprendizagem e envolvimento dos trabalhadores, o enfermeiro de saúde no trabalho na sua interação com os clientes precisa de desenvolver uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva; fomentar o envolvimento; ter controlo sobre a mensagem; ser uma fonte de informação confiável e fidedigna e afirmar-se como polo comunicativo dinâmico e pró-ativo. Os profissionais de saúde no trabalho desempenham um papel central como promotores e ativadores da literacia em saúde, nos seus diferentes contextos de cuidados. Simplificar a comunicação e confirmar a compreensão, por forma a mitigar o risco de falhas de comunicação e reforçando com suporte escrito, são formas de apoiar os esforços dos clientes na adoção de um estilo de vida mais saudável (LOPES, ALMEIDA, 2019).

A adequação do planeamento estratégico permite apostar na promoção da literacia, e pessoas motivadas e confiantes na capacidade de usar os seus conhecimentos e habilidades são mais orientadas, sendo participantes ativas na manutenção e na melhoria da sua saúde (LOPES, ALMEIDA, 2019).

A última etapa do projeto é a avaliação, porém como refere RODRIGUES, 2021 esta está presente ao longo de todo o processo. Os investigadores vão colocando questões para validar se a tomada de decisão baseada na evidência científica é a mais adequada ao contexto, à população ou a outras variáveis emergentes. Um dos fatores condicionantes foi a adesão ao projeto. Os objetivos apontavam para valores superiores a 60%. Na prática as estratégias escolhidas permitiram que 88,8% dos profissionais do serviço participassem nas atividades de divulgação do projeto e 76% nas atividades de educação para a saúde. Deste modo os indicadores de avaliação corresponderam ao planeado, como sintetiza o quadro 1.

Indicadores de avaliação	Meta do projeto	Avaliação
Trabalhadores que consideraram o tema útil	100%	100%
Trabalhadores que consideraram as sessões de educação para a saúde adequadas às suas necessidades	100%	100%
Trabalhadores que identificam os obstáculos à adoção de medidas de higiene do sono	60%	100%
Trabalhadores que referiram adotar medidas de higiene do sono como estratégias para melhorar o IQSP	60%	94,7%
Trabalhadores que após um mês apresentam valores <7 no IQSP	60%	68,4%

Quadro1. Indicadores de avaliação do projeto

4 | CONCLUSÃO

A literatura consultada salienta que os trabalhadores do setor da saúde sofrem de uma exposição simultânea a vários fatores de risco psicossocial e ambiental que podem potenciar consequências adversas na sua saúde, como o trabalhar por turnos, bem como a existência simultânea de elevadas exigências: a intensidade do ritmo de trabalho, falta de autonomia ou de controlo sobre as situações, baixo suporte social e falta de apoio emocional, exigências dos doentes e das famílias a viverem transições de saúde doença e lidar com a morte e o morrer. Para além destas acrescem, aspetos organizacionais como falta ou falhas de recursos humanos e de materiais, pressão das chefias, imposições ligadas a produtividade, baixos salários, precariedade contratual. Estes são alguns dos fatores genéricos, mas muitos outros foram encontrados em estudos circunscritos. Os serviços de saúde das instituições que cuidam trabalhadores da saúde estão numa posição de charneira para cuidar dos que cuidam.

O projeto “Dormir melhor ... para melhor viver” desenvolvido no serviço de saúde dos trabalhadores de um centro hospitalar de Lisboa, organizado de acordo com a metodologia do processo de planeamento em saúde permitiu, a partir de uma amostra, identificar no diagnóstico de situação, quais as áreas dos estilos de vida dos trabalhadores que evidenciam mais necessidades de atenção. A prioridade centrou-se na promoção de medidas de higiene do sono aos trabalhadores da saúde. Porém o projeto não terminou com as intervenções nos serviços selecionados. As consultas de vigilância de saúde aos trabalhadores passaram a avaliar a qualidade do sono e de acordo com o modelo de promoção de saúde, a capacitar o trabalhador para identificar as barreiras e obstáculos e gerir melhor os hábitos de sono e repouso. A equipa do serviço de saúde do centro hospitalar ao promover a literacia em saúde dos trabalhadores em matéria de estilos de vida, significa pensar o percurso de vida da pessoa, numa abordagem multisectorial integrada, capaz de responder às necessidades das pessoas de forma estratégica e oportunista, adequadas ao setting e estádio de desenvolvimento. Um planeamento centrado em objetivos e medidas estratégicas, para promover a adoção de comportamentos promotores de saúde

nos trabalhadores poderá ser mais abrangente e envolver não só a dimensão individual, como comunitária e de política organizacional de modo a construir projetos que envolvam a multiliteracia comunitária, sendo nesta perspetiva, os trabalhadores da área da saúde um grupo de referência.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **Fact sheet - Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores.** 2010 Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/93>

ALSTON, R. **Application for the Hanasaari concepts of occupational health nursing and the implications for professional and educational development.** Hanasaari: Helsingfors. 1990.

ALSHAHRANI, Sultan M.; BAQAYS, Abdulsalam; ALENAZI, Abdelelah A.; ALANGARI, Abdulaizi M; ALHADI, Ahmad N. Impact of shift work on sleep and daytime performance among health care professionals. **Saudi Medical Journal**, v. 38, n. 8, p. 846-851. 2017. DOI: 10.15537/smj.2017.8.19025.

ANDRADE, Rubian Diego; JUNIOR, Geraldo José Ferrari; CAPISTRANO, Renata; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; BELTRAME, Thais Silva; FELDEN Érico Pereira Gomes. Absenteísmo na indústria está associado com o trabalho em turnos e com problemas no sono. **Ciencia & Trabajo**, v.19, n. 58, p. 35-41. 2017. www.cienciaytrabajo.cl

BUSCEMI, Dolores; REZZA, Anvari; RAJ, Rishi; NUGENT, Kenneth. Characterization of Sleep Patterns and Problems in Healthcare Workers in a Tertiary Care Hospital. **Journal CME Activity**, v. 107, n. 2, p. 11-16. 2014. DOI 10.1097/SMJ.0000000000000041

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma 008/2014. **Organização e funcionamento do serviço de saúde ocupacional/ saúde e segurança do trabalho dos centros hospitalares/ hospitais.** Lisboa: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082014-de-21052014-pdf.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Saúde Ocupacional.** Extensão 2018/2020. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/38525/Downloads/i025100%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/38525/Downloads/i025100%20(2).pdf).

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Saúde Ocupacional – Apresentação.** (2018a). Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/apresentacao6.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Estilos de vida saudável.** 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>.

JOÃO, Karine Alexandra Del Rio; BECKER, Nathália Brandolim; JESUS, Saul Neves Jesus; MARTINS, Rute Isabel Santos (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Psychiatry Research**, n. 247, p. 225-229. 2017. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.11.042

LOPES, Carlos; ALMEIDA, Cristina Vaz. **Literacia em saúde na prática.** Lisboa. Edições ISPA. 2019. ISBN: 978-989-8384-57-725-229. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.11.042

MOREIRA, Sandra; NUNES, Carolina; NOGUEIRA, José Rocha. **Guia técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicosocial no local de trabalho**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2021. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso_guia3-pdf.aspx

NENA, Evangelia; KATSAOUNI, Maria; STEIROPOULOS, Paschalis; THEODOROU, Evangelos; CONSTANTINIDIS, Theodoros C; TRIPSIANIS, Grigorios. Effect of Shift Work on Sleep, Health, and Quality of Life of Healthcare Workers. **Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 22, n.1, p. 29-34. 2018. doi: 10.4103/ijom.IJOM_4_18.

PAIVA, Teresa. **Bom Sono, Boa Vida**, 7^a edição. Alfragide: Oficina do Livro. 2015. ISBN 9789895553501

PALHARES, Valéria C; CORRENTE, José Eduardo; MATSUBARA, Beatriz Bojikian. Associação entre qualidade do sono e qualidade de vida de profissionais de enfermagem que trabalham em turnos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 594-601. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004939>.

PENDER, Nola J; MURDAUGH, Carolyn L.; PARSONS, Mary Ann. **Health Promotion in Nursing Practice**. 8th edition. New Jersey: Pearson. 2021. ISBN-13: 9780137408603

RODRIGUES, Fatima Moreira. **A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade**. Lisboa: Lisbon Editorial Press. 2021.

RAPOSO, Cristina Nunes. **A qualidade do sono e a sua relação com a atividade laboral**. Tese de Mestrado. Universidade de Coimbra. 2016. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/33570/1/A%20qualidade%20do%20sono%20e%20a%20sua%20rela%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20atividade%20laboral%2C%20FMUC%2C%202016%2C%20Cristina%20Raposo.pdf>.

SANCHES, Hugo Machado; SANCHES, Eliane Gouveia de Moraes; BARBOSA Maria Alves; GUIMARÃES Ednaldo Carvalho; PORTO Celmo Celeno. Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, n.11, p. 4111-4122. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28712017>

SILVA, Armando Manuel Marques; BRITO, Irma da Silva; AMADO, João Manuel da Costa. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1901-1909. 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014196.04822013

CAPÍTULO 10

QUALIDADE DE VIDA: DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO

Data de aceite: 01/09/2022

Data de submissão: 06/07/2022

Danielle Bianca Rodrigues

Centro Universitário Sul-Americanoo

(UNIFASAM)

Goiânia – Goiás

<https://orcid.org/0000-0002-3927-7061>

Flaviane Cristina Rocha Cesar

Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Goiânia - Goiás

<http://orcid.org/0000-0002-2659-2871>

Millena Santana da Silva Marcos

Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Goiânia - Goiás

<https://orcid.org/0000-0001-9863-7525>

Bruna Silva de Deus

Centro Universitário Sul-Americanoo

(UNIFASAM)

Goiânia – Goiás

<https://orcid.org/0000-0002-4731-5646>

Isabella Rodrigues Siriano

Centro Universitário Sul-Americanoo

(UNIFASAM)

Goiânia – Goiás

<https://orcid.org/0000-0002-8044-5573>

Giovanna Cintra da Costa Pessoa

Centro Universitário Sul-Americanoo

(UNIFASAM)

Goiânia – Goiás

<https://orcid.org/0000-0003-1369-3291>

Matheus Pessoa Costa Cintra

Centro Universitário Sul-Americanoo

(UNIFASAM)

Goiânia – Goiás

<https://orcid.org/0000-0003-4258-5927>

Pâmella Vitória Martins Machado

Centro Universitário Sul-Americanoo

(UNIFASAM)

Goiânia – Goiás

<https://orcid.org/0000-0003-4501-4943>

Angela Gilda Alves

Centro Universitário Sul-Americanoo

(UNIFASAM)

Goiânia – Goiás

<https://orcid.org/0000-0003-2246-719X>

Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira

Universidade Federal de Goiás (UFG)

Goiânia - Goiás

<https://orcid.org/0000-0002-1055-1354>

RESUMO: O interesse na Qualidade de Vida acompanha a humanidade desde Aristóteles, em que registros relacionados à “boa vida” e “ser feliz” foram encontrados. A expressão “Qualidade de Vida” foi utilizada pela primeira vez em 1964, pelo presidente estadunidense Lyndon Johnson, chefe de estado da época, como aspecto fundamental a ser considerado no contexto do desenvolvimento socioeconômico. Ainda nesse sentido, com avanços tecnocientífico nos serviços de saúde, a expectativa de vida foi ampliada, levando os indivíduos à ânsia por mecanismos que mensurassem sua vida após o processo de

cura ou erradicação de doenças. Desta forma, na década de setenta, a Qualidade de Vida se tornou um veículo para avaliação dos resultados de ações em saúde que foram aplicadas como medidas de intervenções, tornando-se uma alternativa aos insuficientes veículos de mensuração preexistentes. As mudanças observadas nos cenários socioeconômicos e políticos ao longo do tempo resultaram em diferentes aplicabilidades do termo Qualidade de Vida, que foram agrupadas por Farquhar, em 1995, em “por foco”; “combinação globais específicas”; “tipos de componentes” e “globais”. Enquanto isso, a definição de Qualidade de Vida apresentada pela Organização Mundial da Saúde inclui a perspectiva transcultural, com a participação de múltiplos profissionais da saúde especialistas em Qualidade de Vida e pacientes, além do processo de tradução e retro tradução, para assegurar a equivalência e semântica. Após a modulação de um conceito universal, a criação de diferentes instrumentos de mensuração da Qualidade de Vida foi necessária, a fim de abranger os diferentes aspectos humanos avaliados. Em conclusão, com a aplicação dos mecanismos de verificação da Qualidade de Vida, observou-se necessidade de desenvolvimento de instrumentos que demandassem menor tempo de aplicação, mas que mantivessem as características psicométricas e a definição conceitual antes estabelecida, sendo necessária a revisão dos parâmetros utilizados nos instrumentos, em virtude das modificações socioeconômicas apresentadas na atualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde; Instrumento de verificação de saúde.

QUALITY OF LIFE: DEFINITION AND MEASUREMENT

ABSTRACT: The interest in Quality of Life accompanies humanity since Aristotle, where records related to the “good life” and “being happy” were found. The expression “Quality of Life” was used for the first time in 1964, by the American president Lyndon Johnson, head of state at the time, as a fundamental aspect to be considered in the context of socioeconomic development. Still in this sense, with techno-scientific advances in health services, life expectancy was extended, leading individuals to yearn for mechanisms to measure their life after the process of cure or eradication of diseases. Thus, in the 1970s, Quality of Life became a vehicle for evaluating the results of health actions that were applied as intervention measures, becoming an alternative to the insufficient pre-existing measurement vehicles. The changes observed in the socioeconomic and political scenarios over time resulted in different applicability of the term Quality of Life, which were grouped by Farquhar, in 1995, into “by focus”, “specific global combination”; “component types” and “global”. Meanwhile, the definition of Quality of Life presented by the World Health Organization includes the cross-cultural perspective, with the participation of multiple health professionals who are Quality of Life experts and patients, in addition to the process of translation and back-translation, to ensure equivalence and semantics. After the modulation of a universal concept, the creation of different instruments for measuring Quality of Life was necessary, in order to cover the different human aspects assessed. In conclusion, with the application of the mechanisms for verification of Quality of Life, it was observed the need for development of instruments that demanded less time for application, but that maintained the psychometric characteristics and the conceptual definition previously established, being necessary the revision of the parameters used in the instruments, due to the socioeconomic modifications presented nowadays.

KEYWORDS: Health; Health Verification Instrument.

1 | DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO

A preocupação com a Qualidade de Vida (QV) das pessoas vem de longa data, registros de Aristóteles (384-322 a.C.) mostraram seu interesse com a percepção dos indivíduos sobre a “boa vida” ou “ser feliz” (ARISTÓTELES, 1999), termos que são próximos dos conceitos de QV atuais (FLECK *et al.*, 2008). O uso da expressão QV surge em 1964, usada por Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, que a apresentou como aspecto fundamental a ser considerado no contexto do desenvolvimento social e econômico (FLECK *et al.*, 1999).

Os intensos avanços científicos e tecnológicos dos serviços de saúde resultaram em um aumento da expectativa de vida da população, esse público passou a ansiar por avaliações que considerassem sua vida após a cura ou cronificação da doença. Em meados da década de 1970, a QV se tornou uma medida de desfecho em saúde em resposta a essa necessidade, sendo uma alternativa às avaliações tradicionais, clínicas e laboratoriais, que se revelaram insuficientes para mensurar o impacto de enfermidades em diferentes contextos da vida dos pacientes (FLECK *et al.*, 2008).

As constantes mudanças nos setores sociais, econômicos e político ao longo do tempo resultaram em inúmeras aplicabilidades da QV, entre elas, econômica (voltada para o uso de indicadores sociais), psicológica (contemplando reações subjetivas relacionadas às vivências pessoais), biomédica (com foco na cura, sobrevivência e efeitos colaterais de tratamento) e geral, que aborda os indivíduos em vários aspectos (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Por consequência de seu amplo uso, surgiram várias definições relacionadas à QV (FARQUHAR, 1995). Nesse ambiente, cabe destacar as categorias propostas por Farquhar (1995) que as dividem em: por foco, combinação globais e específicas, tipo de componente, e globais (Figura 1).

As definições por foco descrevem a QV por meio da análise de características particulares de uma população ou fenômeno (FARQUHAR, 1995). A abordagem da QV relacionada a uma doença específica constitui um exemplo desse grupo, pois ela focaliza em questões singulares de uma doença, condição, população ou problema no sentido de compor suas dimensões de avaliação (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

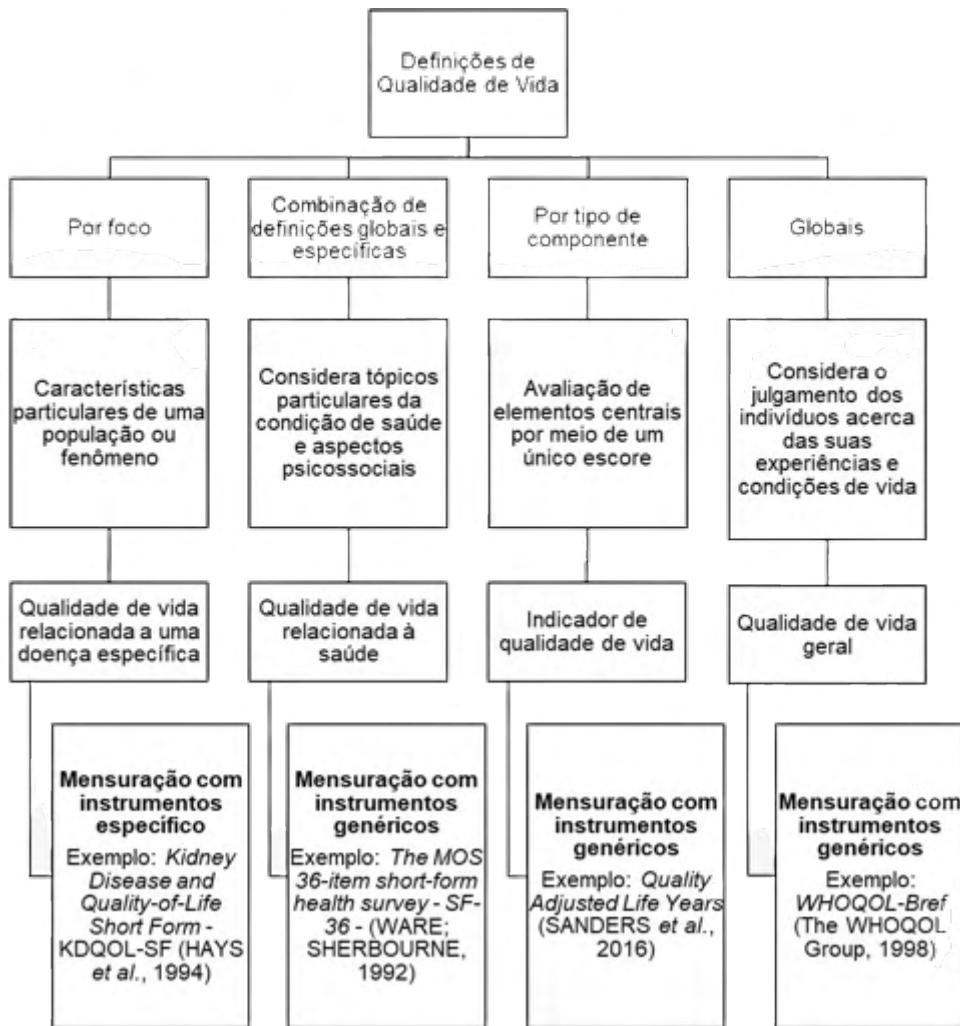


Figura1: Esquema sobre definições e formas de mensuração da qualidade de vida.

Fonte: Elaborado pela autora com base na literatura (PATRICK; DEYO, 1989; GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993; FARQUHAR, 1995; THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al., 1999; FLECK, 2001; FLECK et al., 2008).

A combinação de definições une características globais com específicas, considerando tópicos particulares da condição de saúde e dimensões psicosociais que podem assumir igual ou maior relevância para o paciente (FARQUHAR, 1995). A qualidade de vida relacionada à saúde ilustra a perspectiva desse grupo, ela propõe avaliar elementos gerais, porém diretamente relacionados ao processo de saúde-doença enfatizando o estado funcional e senso de bem-estar (WARE; SHERBOURNE, 1992; FLECK, 2001).

As definições por tipo de componente não objetivam avaliar todos os elementos da QV, elas partem de um número infinito de dimensões relevantes para o indivíduo selecionando

elementos centrais a fim de avaliá-la por meio de um único indicador (FARQUHAR, 1995).

A ideia de satisfação e felicidade, considerando o julgamento dos indivíduos acerca das suas experiências e, como essas os afetam, sendo um reflexo das suas condições de vida, são geralmente incorporadas pelas definições globais (FARQUHAR, 1995). Nessa perspectiva, o termo também pode ser denominado de QV geral e permite relacionar expectativas, motivações e recursos disponíveis com satisfação e bem-estar (FLECK, 2001). Esse tipo de definição tem maior potencial de comparação e aplicabilidade dos resultados observados e, tem como exemplo, a definição de QV da OMS (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A construção da definição de QV da OMS foi realizada em uma perspectiva transcultural e envolveu uma abordagem colaborativa entre diferentes países com a participação de profissionais de saúde, especialistas em QV e pacientes, além do processo de tradução e retro tradução para assegurar a equivalência conceitual e semântica entre os diferentes idiomas dos países envolvidos, e constituiu o primeiro passo para o desenvolvimento de um instrumento que permitisse a sua avaliação (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Em relação a esse definição destaca-se três características: a subjetividade, a sua natureza multidimensional e a presença de dimensões positivas e negativas (FLECK et al., 1999). A subjetividade compreende que a realidade objetiva só é considerada quando percebida pelo indivíduo, ou seja, apenas o próprio indivíduo é capaz de avaliar a sua realidade (FLECK et al., 2008).

A multidimensionalidade se refere as várias dimensões que o compõe (FLECK et al., 2008) como o domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relacionamento social, ambiente e espiritualidade/religião/crença pessoal (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A ambivalência positiva e negativa das dimensões refere-se a elementos que, quando presentes, geram avaliação positiva da QV, por exemplo, a mobilidade e, em contrapartida, os elementos como a dor, que quando presentes resultam em avaliação negativa da QV (FLECK et al., 1999).

Diante desse cenário, houve a necessidade de desenvolver mecanismos distintos que correspondessem às diferentes definições, resultando em diversos instrumentos, classificados em genéricos e específicos (PATRICK; DEYO, 1989).

Os instrumentos específicos focam em pontos próprios de uma área de interesse, sendo úteis aos estudos ligados a prática clínica e/ou que pretendem avaliar o impacto de intervenções e desfechos em saúde relacionados à QV. As principais desvantagens do seu uso são a impossibilidade de comparação entre grupos com diferentes condições de saúde e sua limitação a uma população e/ou intervenção (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Exemplos desses tipos de ferramentas são o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form - KDQOL-SF* (HAYS et al., 1994) e o *Diabetes Quality-of-Life - DQOL* (DCCT GROUP, 1988).

Os instrumentos genéricos subdividem-se em medidas de utilidade e medidas de perfil

de saúde, podem ser aplicados em pessoas com condições clínicas e sociodemográficas diversas, sendo apropriados para o desenvolvimento de políticas públicas e investigações epidemiológicas (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

As medidas de utilidade buscam refletir as preferências dos pacientes por meio de um único escore, sendo úteis na determinação da continuidade de tratamentos considerando seu custo-utilidade (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993), a exemplo do *Quality Adjusted Life Years* (SANDERS *et al.*, 2016). Constituem limitações desses tipos de medidas a impossibilidade de examinar o efeito de múltiplos itens na QV e a dificuldade de estabelecer valores de utilidade (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

As medidas de perfil de saúde avaliam em um único instrumento múltiplos componentes da QV incluindo dimensões físicas, psicológicas, interação social e categorias independentes como alimentação e sono. Em contrapartida, eles podem ser incapazes de detalhar sozinhos particularidades de uma área de interesse ou de um grupo específico na sua avaliação (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Exemplos desses tipos de medidas são o *The World Health Organization Quality of Life instrument - WHOQOL-100* (THE WHOQOL GROUP, 1998b) e o *The World Health Organization Quality of Life instrument - WHOQOL-BREF* (THE WHOQOL GROUP, 1998a).

O Grupo WHOQOL desenvolveu o instrumento genérico *The World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL-100) para avaliar a QV, com 100 questões distribuídas nos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, cuja resposta é disposta em escala tipo *Likert* (FLECK *et al.*, 2008).

Entretanto, a necessidade de um instrumento com menor tempo de aplicação mantendo as mesmas características psicométricas e atendendo ao mesmo conceito de QV, resultou no desenvolvimento do WHOQOL-BREF (THE WHOQOL GROUP, 1998a). Instrumento conta com 26 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e duas questões gerais sobre a QV e saúde (FLECK *et al.*, 2000).

A aplicação do WHOQOL-BREF tem recebido destaque nos últimos anos. O instrumento tem sido base para a avaliação da QV na população geral (CRUZ *et al.*, 2011; NEDJAT *et al.*, 2011; XIA *et al.*, 2012; PATRÍCIO *et al.*, 2014) e entre populações específicas, como portadores do vírus da imunodeficiência humana (O'CONNELL; SKEVINGTON, 2012), idosos (CHACHAMOVICH *et al.*, 2008) e portadores de deficiência auditiva (CHAVEIRO *et al.*, 2013).

No Brasil, a validação e adaptação transcultural do WHOQOL-BREF foi realizada por Fleck et al. (2000) apresentando boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste. O estudo que originou esses resultados foi realizado em uma amostra de 300 participantes, 50 controles e 250 pacientes das áreas de clínica médica, cirúrgica, psiquiatria e ginecologia de um

hospital no sul do país (FLECK *et al.*, 2000).

Estudos recentes sustentam o uso da aplicação da versão brasileira do WHOQOL-BREF entre estudantes da área da saúde mantendo boas propriedades psicométricas (TEMPSKI *et al.*, 2015; SERINOLLI; NOVARETTI, 2017).

2 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As constantes modificações no perfil socioeconômico dos países interferem diretamente na QV dos indivíduos. Neste sentido, os instrumentos utilizados para mensurar o bem-estar social atrelado à saúde devem abranger os amplos aspectos relacionados ao indivíduo, de modo holístico.

Assim, em virtude das modificações observadas com o decorrer do tempo e rearranjo social, é necessário que os instrumentos de mensuração da QV abordem todos os aspectos ligados à vida humana, de forma eficaz e atualizada.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **Nicomachean ethics. Book I. Section 4.** Kitchener: Batoche Books, 1999. Disponível em: <<https://socserv2.socsci.mcmaster.ca/econ/ugcm/3ll3/aristotle/Ethics.pdf>> Acesso em: 25/07/2022

CHACHAMOVICH, E. *et al.* Brazilian WHOQOL-OLD module version: a Rasch analysis of a new instrument. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.2, p. 308-3162008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6679.pdf>>. Acesso em: 25/07/2022

CHAVEIRO, N. *et al.* Instruments in brazilian sign language for assessing the quality of life of the deaf population. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.3, p. 616-6232013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/en_0034-8910-rsp-47-03-0616.pdf>. Acesso em: 25/07/2022

CRUZ, L. N. *et al.* Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. **Qual. Life. Res.**, v.20, n.7, p. 1123-11292011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21279448>>. Acesso em: 01/09/2022

DCCT GROUP. Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). The DCCT Research Group. **Diabetes Care**, New York, v.11, n.9, p. 725-7321988. Disponível em: <<https://doi.org/10.2337/diacare.11.9.725>>. Acesso em: 25/07/2022

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, v.22, n.3, p. 502-5081995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7499618>>. Acesso em: 01/09/2017

FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida. In: FRAGUAS, R.; FIGUEIRO, J. A. B. (Org.). **Depressões: em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.33-43. ISBN 9788573793048.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.1, p. 19-281999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&nrm=iso>. Acesso em: 01/03/2017

FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.

FLECK, M. P. A. *et al.* Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p. 178-1832000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10881154>>. Acesso em: 01/04/2017.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann. Intern. Med.**, v.118, n.8, p. 622-629, Abril. 1993. Disponível em: <<http://annals.org/aim/article-abstract/706284/measuring-health-related-quality-life?volume=118&issue=8&page=622>>. Acesso em: 25/07/2022

HAYS, R. D. *et al.* Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. **Qual. Life Res.**, v.3, n.5, p. 329-3381994. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/BF00451725>>. Acesso em: 01/10/2013

NEDJAT, S. *et al.* Quality of life among an Iranian general population sample using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF). **Int. J. Public Health**, v.56, n.1, p. 55-612011. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-010-0174-z>>. Acesso em: 01/02/2017

O'CONNELL, K. A.; SKEVINGTON, S. M. An International quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). **AIDS and Behavior**, v.16, n.2, p. 452-4602012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10461-010-9863-0>>. Acesso em: 01/09/2012

PATRÍCIO, B. *et al.* Quality of life predictors and normative data. **Soc. Indic. Res.**, v.119, n.3, p. 1557-1570, 2014 Dec 23. 2014. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-013-0559-5>>. Acesso em: 25/07/2022

PATRICK, D. L.; DEYO, R. A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **Med. Care**, v.27, n.3, p. S217-S2321989. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/3765666>>. Acesso em: 25/07/2022

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. D. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, v.26, n.2, p. 241-2502012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/45895/0>>. Acesso em: 01/07/2017.

SANDERS, G. D. *et al.* Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses: Second panel on cost-effectiveness in health and medicine. **Jama**, v.316, n.10, p. 1093-11032016. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2552214>>. Acesso em: 13/07/2017.

SERINOLLI, M. I.; NOVARETTI, M. C. Z. A cross-sectional study of sociodemographic factors and their influence on quality of life in medical students at São Paulo, Brazil. **PLoS ONE**, v.12, n.7, p. 1-13, July. 2017. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0180009&type=printable>>. Acesso em: 24/09/2017.

TEMPSKI, P. *et al.* Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. **PLoS One**, v.10, n.6, p. e01315352015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131535>>. Acesso em:

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol. Med.**, v.28, n.3, p. 551-5581998a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>>. Acesso em: 01/05/2022

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med.**, v.46, n.12, p. 1569-1585, Jun. 1998b. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)>. Acesso em: 25/07/2022

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p. 1403-14091995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>>. Acesso em: 25/07/2022

WARE, J. E., JR.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med. Care**, v.30, n.6, p. 473-483, Jun. 1992. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/3765916>>. Acesso em: 25/07/2022

XIA, P. *et al.* Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF. **BMC Med. Res. Methodol.**, v.12, p. 372012. Disponível em: <<https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-12-37>>. Acesso em: 25/07/2022

CAPÍTULO 11

QUEIXAS URINÁRIAS E FATORES DE RISCO EM COSTUREIRAS NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

Data de aceite: 01/09/2022

Rebeca Rayane Alexandre Rocha

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/2115720808219941>

Ana Beatriz Marques Barbosa

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/4639243456176064>

Mayara Miranda de Oliveira

Médica pelo Centro Universitário UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/8718860345273969>

Natasha Gabriela Oliveira da Silva

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/3940868330568436>

Rafaela Mayara Barbosa da Silva

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/7442428092034931>

Rebeca Barbosa Dourado Ramalho

Acadêmica de Medicina da Universidade
Salvador – UNIFACS
Salvador – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3988100529213087>

Fernanda Nayra Macedo

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/4187880077460947>

Daniella Bruna Ramos Rodrigues

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/6703970560683673>

Caroline Pereira Souto

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário
UNIPÊ
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/3432993174210459>

Amanda Costa Souza Villarim

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário
UNIPÊ
João Pessoa – Paraíba
<https://orcid.org/0000-0003-4608-3449>

Juliana Sousa Medeiros

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário
UNIFACISA
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/9334113666868079>

Jânio do Nascimento Alves

Docente do Centro Universitário UNIFACISA
Fisioterapeuta Instituto de Saúde Elpídio de
Almeida
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/8015678364581688>

RESUMO: **Introdução:** a profissão de costureiro é realizada predominantemente por mulheres, sendo a população feminina mais acometida por disfunções do assoalho pélvico, como incontinência urinária (IU). **Objetivo:** Analisar as queixas urinárias e os fatores de riscos associados em costureiras. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa descritiva; transversal, de caráter exploratório, e abordagem quantitativa, a população foi composta por participantes do sexo feminino que trabalhassem há pelo menos 05 anos como costureiras na cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE e sem comorbidades. Para coleta de dados foi utilizado um questionário online elaborado pelos pesquisadores. **Resultados:** as mulheres em sua maioria eram pardas, possuíam ensino médio e tinham companheiro. As queixas urinárias mais frequentes foram: gotejamento pós miccional, relatado por 51% da amostra, 40% referiram urgência e 24% das mulheres referiram IU ao manipular água ou líquido. Em relação aos fatores de risco mais comuns, foram encontrados: adiar a micção para atender a demanda do trabalho (73%), e constipação (60%). **Conclusão:** as queixas urinárias mais frequentes na amostra foram o gotejamento pós miccional e a urgência. Entre os fatores de risco, mais observou-se o retardamento em urinar e constipação.

PALAVRAS-CHAVE: Sintomas do Trato Urinário Inferior. Incontinência Urinária. Categorias de Trabalhadores.

ABSTRACT: **Introduction:** the seamstress profession is predominantly performed by women, with the female population being most affected by pelvic floor dysfunctions, such as urinary incontinence (UI). **Objective:** To analyze urinary complaints and associated risk factors in dressmakers. **Methodology:** this is a descriptive research; transversal, exploratory, and quantitative approach, the population was composed of female participants who had worked for at least 05 years as seamstresses in the city of Santa Cruz do Capibaribe-PE and without comorbidities. For data collection, an online questionnaire prepared by the researchers was used. The research project was approved by the CAAE: 33606520.7.0000.5175. **Results:** the majority of women were brown, had high school and had a partner. The most frequent urinary complaints were: post voiding drip, reported by 51% of the sample, 40% reported urgency and 24% of women reported UI when handling water or liquid. In relation to the most common risk factors, the following were found: postponing urination to meet the demand for work (73%), and constipation (60%). **Conclusion:** the most frequent urinary complaints in the sample were post-voiding drip and urgency. Among the most risk factors, delayed urination and constipation were observed.

KEYWORDS: Lower Urinary Tract Symptoms. Urinary Incontinence. Occupational Groups.

INTRODUÇÃO

O crescimento de comércio e vendas no setor têxtil leva à demanda de maior número de costureiras trabalhando. Entretanto, quando isso não é possível, acaba sendo refletido em acréscimo de carga horária aos trabalhadores do setor de costura. Esse aspecto pode influenciar direta e indiretamente no aparecimento de comorbidades a esses trabalhadores (ARAUJO; OLIVEIRA; SALDANHA, 2017).

Por estarem submetidas a esse tipo de rotina, as costureiras podem apresentar disfunções do assoalho pélvico, como a incontinência urinária (IU), pois além da rotina de

trabalho, as alterações na continência urinária podem acometer cerca de 50% da população feminina. As IU's são de ordem multifatorial, e estão ligadas a fatores de riscos como: idade avançada, partos vaginais, deficiência estrogênica, obesidade, entre outros (MOURÃO et al., 2008).

Os seres humanos possuem o diafragma pélvico musculofascial, que está localizado na pelve e é delimitado desde sua porção superior e inferior em forma de funil. Juntamente com outros músculos, fáscias e ligamentos, o diafragma compõem o assoalho pélvico (AP) que dispõe do único grupo de músculo do corpo humano capaz de controlar as ações esfincterianas da uretra, vagina e ânus e sustentar os órgãos pélvicos do sistema reprodutor simultaneamente. A existência de distúrbios nas funções das estruturas que formam o AP, provoca disfunções que causam danos importantes em suas vidas (BARACHO, 2018).

A International Continence Society (ICS), define a IU como qualquer tipo de perda urinária de forma involuntária, que pode acometer qualquer pessoa, seja qual for a idade ou sexo (PEDRO et al., 2011). A Incontinência Urinária (IU) é um sintoma que está ligado ao processo de armazenamento de líquido na bexiga, e é descrita por se caracterizar como qualquer queixa que se refira a perda de urina de maneira involuntária. É classificada entre três principais divisões: Incontinência Urinária de Esforço (*IUE*) processo em que há a perda involuntária de urina em realização de atividades de impacto ou que demandem esforços, Incontinência Urinária de Urgência (*IUU*), caracterizada pela perda involuntária de urina associada à precisão/vontade imediata de urinar e, por fim, a Incontinência Urinária Mista (*IUM*) definida como aquela em que há queixa de união de sintomas da IUE e IUU, ou seja, perda de urina associada aos esforços e urgência (ABRAMS et al.; 2013).

Conforme DIAS et al. (2010), a IU afeta além dos aspectos higiênicos das mulheres assim como: aspecto social, emocional e físicos, que influenciam diretamente na qualidade de vida e colaboram no agravamento da morbidade e na vida das mulheres. As morbidades associadas à IU podem incluir infecções do trato urinário, prolongamento de internamentos, complicações devido ao uso prolongado de cateteres uretrais e as dermatites de contacto ou até progredir para um prolaps.

Com o índice alto de incontinência urinária em mulheres, o intuito desse trabalho será conhecer o acometimento de uma parcela específica de mulheres que são as mulheres que desenvolvem a atividade de costureira. Diante disso, será possível perceber se há necessidade de desenvolver estratégias para essa população, relacionadas as afecções do trato urinário inferior e AP.

Nesse contexto, essa pesquisa teve os seguintes objetivos: analisar as queixas urinárias e a prevalência de fatores de riscos ligados a costureiras sendo o objetivo geral, e traçar perfil sociodemográfico das costureiras, identificar a frequência de cada queixa urinária encontrada, observar os fatores de risco para queixas urinárias em costureiras.

METODOLOGIA

Essa pesquisa é caracterizada como descritiva; transversal, de caráter exploratório, e de abordagem quantitativa. Conforme Nascimento (2016), a pesquisa descritiva, precisa da obtenção de informações para descrever determinados fenômenos, perfis sociais, ou até mesmo correlacionar variáveis. O estudo transversal segundo Hochman (2005), é aquele em que há investigação do efeito, e de fatores ou causas em questão no mesmo intervalo de tempo.

Prodanov e Freitas (2013), descrevem a pesquisa exploratória como aquela que é caracterizada por propiciar maior conhecimento ao pesquisador quanto ao tema em questão, ou seja, busca oferece-lo maior familiaridade referente ao assunto pesquisado. Enquanto o estudo de abordagem quantitativa, se diferencia das demais por ser o tipo de pesquisa que analisa e avalia todo o conhecimento obtido sobre determinado assunto, através da quantificação feita por meio da tradução dessas informações em números, e além disso, utiliza recursos e técnicas estatísticas.

A pesquisa foi realizada na cidade de Santa Cruz do Capibaribe, localizada no Agreste de Pernambuco, a qual, tem como protagonista de sua economia, o comércio de confecção e apresenta o maior centro atacadista de confecção do Brasil, o Moda Center Santa Cruz.

A população escolhida para a realização da pesquisa foi composta por indivíduos que trabalham com costura em casa, por conta própria ou em facção de peças na cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE, sendo todos os participantes do sexo feminino. A amostra foi composta pelas costureiras que responderam ao questionário durante o período da coleta.

Foram incluídas na pesquisa costureiras com faixa etária entre 18 e 60 anos, que tinham pelo menos 5 anos de exercício de profissão de costureira, e que estavam atuando como costureira no momento da pesquisa. Foram excluídas da pesquisa as mulheres que estavam gestantes no momento da análise, que apresentaram comorbidades como hipertensão arterial crônica e diabetes.

Essa pesquisa ofereceu riscos como, a perda ou furto do dispositivo que guardava as informações dos participantes, podendo levar a quebra do sigilo e constrangimento. Todavia, pensando nisso, objetivando minimizar esse risco, o instrumento utilizado para coleta de dados não continha identificação dos participantes. Além deste, outro risco foi o de constrangimento ao responder perguntas sobre as condições das queixas urinárias. Portanto, quando o participante achou desconfortável ou constrangedor, aconselhou-se, para amenizar o risco, que a participante respondesse os questionários sem companhia por perto e em local reservado. Frisou-se ainda que a mesma pode negar a responder questões que a faça se sentir constrangida.

Mesmo que não traga benefícios diretos, esta pesquisa teve como benefício servir como fonte de conhecimento e informação para pessoas com interesse sobre o assunto,

além de promover reflexão e conhecimento sobre os principais fatores de riscos para desordens urinárias e atenção à saúde, procurando minimizar os quadros de queixas urinárias no público de costureiras.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi por meio de questionário online, criado na plataforma Google Forms, com finalidade de traçar perfil sociodemográfico e identificar as queixas urinárias e os fatores de risco referidos durante a pesquisa, o instrumento foi compartilhado através de link enviado a grupos em WhatsApp, Instagram durante os meses de junho a agosto de 2020. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A) foi o primeiro contato do participante com o questionário ao acessar o link a ele destinado, que pôde apenas ser respondido até que a opção que deseja participar da pesquisa voluntariamente seja selecionada.

O questionário (apêndice B) abrangeu dados sociodemográficos (idade, cor, estado civil, grau de escolaridade, trabalho por produção), questionário de queixas urinárias (frequência de eliminação de urina, perdas involuntárias de urina, urgências, hesitação antes de urinar, perda de urina inconsciente, dor ao urinar) e questionário sobre fatores de risco (quantidade de parto natural, número de cesárias, hábitos tabagistas, constipação, prática de atividades físicas de impacto, tosse crônica, limitação de ingestão de líquido, postergação de idas ao banheiro, quantidade de horas sentada).

Foram analisados os dados adquiridos e registrados na forma de banco de dados do software Microsoft Office Excel 2019, e ponderados por meio de estatística descritiva, através da apresentação de frequências e porcentagens, medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão) sobre o tema para discussões dos resultados obtidos.

Foi realizada a elaboração de tabelas o software Microsoft Office Word 2019, e o software Microsoft Office Excel 2019 para as tabelas. Os resultados foram apresentados mediante a análise descritiva e quantitativa, ou seja, através de números absolutos e percentuais, através de tabelas.

Esta pesquisa acatou aos requisitos da Declaração de Helsinque e esteve de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que confirma as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos tendo como base os princípios básicos bioéticos (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça).

Antes de coletar os dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética do CESED, sendo aprovado sob CAAE: 33606520.7.0000.5175 (ANEXO A), só então foi iniciado a coleta de dados da pesquisa, tendo como base a emissão do parecer favorável. As informações referentes a pesquisa estavam expressas no TCLE, o qual foi assinado (assinatura eletrônica) por cada participante, ficando totalmente assegurado a voluntariedade em participar deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obtidos por meio de questionário online, os resultados computados desta pesquisa foram de 57 participantes, entretanto, apenas 45 mulheres atenderam aos critérios de inclusão. Sendo todos do sexo feminino, e que trabalhassem a pelo menos 5 anos como costureira, e que se apresentassem entre as idades de 18 a 59 anos, afim de descrever queixas urinárias em mulheres costureiras da cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE.

Os dados sociodemográficos são apresentados abaixo na Tabela 1.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	PORCENTAGEM
IDADE (MÉDIA)	36,4	
ESCOLARIDADE		
FUNDAMENTAL COMPLETO	5	11%
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	11	24%
MÉDIO COMPLETO	22	49%
MÉDIO INCOMPLETO	4	9%
SUPERIOR COMPLETO	3	7%
SUPERIOR INCOMPLETO	0	0%
COR		
PARDA	28	62%
BRANCA	14	31%
NEGRA	1	2%
OUTRO	2	5%
ESTADO CIVIL		
CASADA/UNIÃO ESTÁVEL	25	56%
SOLTEIRA	18	40%
OUTRO	2	4%

Tabela 1- Dados Sociodemográficos

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A média de idade apresentada foi de $36,4 \pm 10,8$. Higa et al (2008), consideram a idade como o principal fator de risco para a IU feminina, na população geral, a prevalência de IU aumenta de acordo com o aumento da idade. Afetando a população feminina em geral a partir do climatério/menopausa, com índices de cerca de 40% na faixa etária de 35 a 80 anos. Determinados distúrbios urinários em mulheres mais velhas estão relacionados a diminuição dos níveis de estrógeno no organismo, a redução da capacidade de complacência da bexiga, que passa a apresentar-se entre 250 a 300ml, o que pode ser justificada pelo aumento da frequência urinária e da noctúria, doenças crônicas e até o aumento do índice de massa corpórea (IMC) comum na idade avançada. Sendo, portanto, o avançar da idade considerado fator de risco para IU.

Escolaridade foi representada, em sua maioria, por costureiras que possuíam apenas ensino médio completo (49%), 24% o fundamental incompleto e 11% apresentaram

fundamental completo. Spindola, Penna, Progianti (2006), raciocinam sobre a baixa escolaridade poder ser um dos agravantes para a saúde das mulheres, sendo considerado como um fator de risco obstétrico para queixas urináras. A baixa escolaridade é um dos principais responsáveis pelo entendimento da população reduzido quanto aos seus cuidados em saúde, tendo-se como base a definição mais ampla de saúde físico psíquico e social, reafirmando neste estudo.

Ainda na tabela 1, observa-se que a cor parda prevaleceu em 62% das participantes, seguida pela cor branca (31%). De acordo com Guarisi et al (2001), provavelmente existem algumas diferenças na anatomia pélvica, na resistência uretral e nas estruturas que compõem o assoalho pélvico, o que protegem a maioria das mulheres negras da IU, portanto, podemos correlacionar essa afirmação os dados obtidos na tabela acima (tabela 1).

De acordo com pesquisa nos Estados Unidos da América, analisou-se que, entre cerca de 13 milhões de pessoas que apresentam incontinência urinária, 11 milhões delas (85%) eram do sexo feminino (SKARPA; HERRMANN, 2005), esse fato é justificado pela disposição anatômica da mulher, bem como por ações hormonais, puerperal e o enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) que acontecem no decorrer do avançar da idade, resultando em disfunções pélvicas (HIGA et al, 2008). Esses fatos podem ser agentes determinantes de possíveis queixas urinárias.

A população feminina é considerada o público mais vulnerável em relação ao sexo masculino no que diz respeito a episódios de infecção do trato urinário (ITU). Segundo Masson et al (2009), as mulheres adultas têm 50 vezes mais predisposição de serem acometidas por infecção do trato urinário do que o público masculino. Esse fato se justifica pela disposição do sistema urinário da mulher, ou seja, difusão anatômica da uretra feminina e a curta distância entre a vagina e o ânus.

A tabela 2 apresenta dados referentes as queixas urinárias referidas pela amostra.

QUEIXAS URINÁRIAS	RESPOSTAS	N	PORCENTAGEM
QUANTIDADE DD VEZES QUE URINAM	ATÉ 8X POR DIA. > DE 8X POR DIA.	37 8	82% 18%
ACORDAM DURANTE A NOITE PARA URINAR	1X DURANTE A NOITE. >1X DURANTE A NOITE NÃO ACORDAM	23 4 18	51% 9% 40%
PERDEM URINA DORMINDO	SIM. NÃO.	4 41	9% 91%
APRESENTAM URGÊNCIA AO SENTIR VONTADE DE URINAR	SIM. NÃO.	18 27	40% 60%
PERDEM URINA AO SENTIR VONTADE DE URINAR	SIM. NÃO.	9 36	20% 80%
PERDEM URINA AOS EFORÇOS	SIM. NÃO.	8 37	18% 82%
PERDEM URINA DURANTE RELAÇÃO SEXUAL	SIM. NÃO.	3 42	7% 93%
PERDEM URINA QUANDO ESTÃO ANSIOSAS	SIM. NÃO.	11 34	24% 76%
PERDEM URINA QUANDO MANIPULA ÁGUA	SIM. NÃO.	2 43	4% 96%
SENTEM DOR QUANDO URINAM	SIM. NÃO.	6 39	13% 87%
PERCEBERAM QUE AO SENTAR-SE PARA URINAR, DEMOROU SEGUNDOS PARA MICÇÃO	SIM. NÃO.	5 40	11% 89%
PERCEBERAM QUE AO SE VESTIR APÓS URINAR, CAIRAM GOTÍCULAS DE URINA.	CAEM GOTÍCULAS. NÃO CAEM GOTÍCULAS.	23 22	51% 49%

Tabela 2- Queixas urinárias

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Estudos demonstram que além de interferir na vida higiênica, social, emocional, os sintomas das IU (queixas urinárias), afetam a vida conjugal das mulheres. Apesar de tudo, um estudo relatou que tendo todos esses aspectos afetados pela patologia, a maioria das mulheres afetadas não procuram ajuda profissional ou tratamento algum. Algumas mulheres acham normal perder urina, portanto, sempre haverá um número crescente de casos e, muito deles não serão diagnosticados justamente pela subnotificação, pela falta de busca de tratamento e por acreditarem que sintomas de IU seja uma condição normal, resultado do processo próprio e comum do envelhecimento na vida da mulher, e não uma doença. (SILVA; LOPES, 2009).

Conforme os resultados obtidos, cerca de 18% das mulheres urinam mais de 8 vezes ao dia; 9% das participantes acordam mais de 1 vez durante a noite para urinar; cerca de 9% relatou que perde urina durante o sono; em média 40% apresentam urgência urinária; 20% das mulheres entrevistadas IU de Urgência; 18% referem perder urina involuntariamente aos esforços. 7% das costureiras relatam perder urina durante relação

sexual e 13% sentem disúria. Em questões emocionais, 24% perdem urina ao estarem ansiosas, 4% ao manipular água ou líquido, 11% percebem que há hesitação para iniciar o jato de urina, e 51% relatou que observam gotejamento pós miccional.

A perda de urina de maneira involuntária geralmente ocorre associada a quadros de infecções urinárias, ingestão de determinados fármacos, casos de diabetes descompensada, consumo de bebidas alcóolicas ou cafeína, ou até episódios de distúrbios emocionais. Pacientes com esse tipo de IU apresentam melhorias ao realizarem tratamento da causa subjacente. Em outros casos, a incontinência se apresenta de maneira crônica de início gradual, porém com agravamento progressivo os quais, geralmente competem aos subsequentes a alterações anatômicas e sistêmicas da mulher (BOTELHO, 2007).

Segundo Almeida et al (2011), o AP feminino recobre inferiormente a cavidade pélvica e atua em diversas funções como: suportar as vísceras abdominopélvicas, resistindo a aumentos da pressão intra-abdominal; ação esfíncteriana uretral e anal; auxiliar na estabilização lombopélvica; função sexual; e permite a passagem do feto pela vagina no decorrer do parto. Os músculos do assoalho pélvico, através de atividade constante, devem promover sustentação dinâmica ao AP, favorecendo um mecanismo como de um trampolim autorregulado que regula continuamente sua tensão em resposta a variações de pressão e eventos, devendo contrair-se e relaxar reflexamente em situações de aumento ou declínio súbito das estruturas adjacentes ao MAP.

Pesquisas atuais têm enfatizado a interferência preocupante que a IU tem causado na qualidade de vida das mulheres acometidas pela mesma. Os eventos de IU que acontecem no decorrer das atividades realizadas diariamente tem sido responsáveis por constrangimentos social, influenciam na função sexual e contribuem para um baixo desempenho profissional dessas pacientes. Considerando o seu impacto na vida de mulheres, as alterações da IU são causas determinantes de estresses recorrentes, depressão, sentimento de vergonha, isolamento social, condições de incapacidade e principalmente baixa autoestima que resulta uma morbidade bastante significativa na saúde pública (HIGA et al, 2008).

Contudo, a maioria das pessoas que são acometidas por IU não procuram ajuda profissional e sentem-se constrangidas em falar sobre o assunto com pessoas próximas ou com um profissional de saúde, contribuindo para que esses indivíduos convivam com essa com essa queixa por muitos anos, sem procurar tratamento, e passam a considerá-la “normal”. É certo que tais distúrbios acabam atingindo negativamente diversos aspectos da vida, e não apenas o físico, como também o social e psicológico. As pessoas passam a evitar reuniões, convívios e relações com amigos e familiares, com receio de que as pessoas percebam o odor de urina (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

O assoalho pélvico é composto por várias camadas de músculos e fáscias que atuam proporcionando suporte e funcionalidade às vísceras pélvicas. Dentre os diversos fatores envolvidos na origem de disfunções pélvicas, o funcionamento e estrutura da musculatura

do assoalho pélvico (MAP) são sem dúvida um dos importantes pontos a ser levado em consideração, acredita-se que alterações dos MAP's podem ser encontrada em cerca de 90% das mulheres com disfunções sexuais (BREDA, 2011).

Os sintomas mais comuns de queixa urinária entre as mulheres são os da incontinência urinária de esforço, o qual, é responsável por quase metade dos casos de queixas. A IUE tem atingido com mais frequência mulheres jovens com idade aproximadamente entre 25 e 49 anos. Por outro lado, mulheres na meia-idade são comumente acometidas pela IUM, enquanto as idosas, pela urge-incontinência (HIGA, et al, 2008).

Em relação ao perfil obstétrico, apresentado na Tabela 3, 13% das mulheres referem apenas 01 parto vaginal, e outros 13% relatam ter passado por 02 partos via vaginal. Em relação a cesariana, houve prevalência de apenas 01 parto (31%), 13% com experiência de até 02 partos e 11% de 03 partos cesárias ou mais.

PERFIL OBSTÉTRICO	RESPOSTAS	VALORES	PORCENTAGEM
PARTO NORMAL (VAGINAL)	02 PARTOS NORMAIS.	7	16%
	01 PARTO NORMAL.	6	13%
	NENHUM.	32	71%
CESÁRIA	03 OU MAIS CESÁRIAS.	5	12%
	02 CESÁRIAS.	6	13%
	01 CESÁRIA.	14	31%
	NENHUMA.	20	44%

Tabela 3- Perfil obstétrico

Fonte: Dados da pesquisa 2020

Um dos fatores de risco mais importantes são os partos por via vaginal, cirurgias pélvicas e outros traumas na região pélvica (BOTELHO, 2007). Alguns estudos relatam a relação existente entre a IU e o tipo de anestesia realizada durante o parto, este fator tem sido pouco estudado e existem controvérsias. Porém, vale salientar que a analgesia epidural foi considerada como um fator de risco por provocar um prorrogação do segundo estágio do trabalho de parto, contribuindo assim, para o aumento de riscos de lesões do AP, outro estudo, considerou a anestesia epidural como um fator protetor para as mulheres devido ao efeito de relaxamento gerado na musculatura do assoalho pélvico instigado pela anestesia, prevenindo assim de maneira direta ou indiretamente o assoalho pélvico de possíveis traumas no segundo momento do parto vaginal (HIGA et al, 2008).

A paridade, independentemente do tipo de parto, é considerada um dos fatores de riscos que mais se associa com o aparecimento de incontinência urinária, frequentemente a IU aparece durante a gravidez, podendo a predisposição aumentar de acordo com o número de paridade (PERSSON et al, 2000).

FATORES DE RISCOS	RESPOSTAS	VALORES	PORCENTAGEMM
CONSTIPAÇÃO	SIM. NÃO.	27 18	60% 40%
TABAGISMO	SIM. NÃO.	0 45	0% 100%
TOSSE CRÔNICA	SIM. NÃO.	2 43	4% 96%
ATIVIDADE DE IMPACTO	SIM. NÃO.	7 38	16% 84%
EVITAM BEBER ÁGUA PELA DEMANDA DO TRABALHO	SIM. NÃO.	13 32	29% 71%
ADIAM A IDA AO BANHEIRO PELA DEMANDA DO TRABALHO	SIM. NÃO.	33 12	73% 27%
HORA DE TRABALHO POR DIA	MENOS DE 6HRS/D ENTRE 6 E 9HRS/D MAIS DE 9HRS/D	4 16 25	9% 36% 57%

Tabela 4- Fatores de risco

Fonte: Dados da pesquisa 2020

Analisando a Tabela 4, sobre fatores de risco, 60% da amostra relatam constipação e 4%, tosse crônica. Estudos abordam que os eventos que requerem o aumento da pressão intra-abdominal, como tosse crônica, atividades de alto impacto, constipação intestinal com esforço crônico para defecar e atividade física extenuante, também são fatores capazes de gerar condições de disfunções pélvicas como a IU, incontinência anal (IA), constipação terminal, distopia genital, disfunção sexual e dores (ALMEIDA, 2011).

Souza et al (2017), relatam que a constipação intestinal em mulheres que são acometidas com IU é o responsável por causar estiramento do reto promovendo uma compressão na bexiga, podendo afirmar então que durante o processo de evacuação intestinal pode haver lesões na musculatura pélvica e através delas, traumatizar e causar isquemia nesses músculos. Esse aumento excessivo da PIA, comprime os órgãos pélvicos contra o suporte muscular, demandando uma maior atividade tônica e fásica dos músculos pélvicos para manter o equilíbrio e suporte, essa alteração na elevação prolongada da PIA pode causar estiramento das estruturas que compõe o AP e evoluir no decorrer do tempo, para o prolapsos dos órgãos pélvicos (MESSELINK et al, 2005).

Sobre a prática de atividades de alto impacto, a mesma foi referida por 16% da amostra, fato este, que influencia diretamente no funcionamento do AP da mulher devido ao frequente aumento da pressão intra-abdominal, podendo causar fadiga e/ ou danos estruturais aos músculos e elementos conectivos do AP. Podendo levar a disfunções no sistema uretrovesical, uterovaginal no anorrectal ou até em mais de um ao mesmo tempo (MARINHO et al, 2006). Mendes (2015), afirma que durante atividades de esforços, saltos

ou corridas, tosse, esses músculos precisam ser recrutados para juntos trabalharem servindo de suporte para os músculos do AP.

Os exercícios são considerados bons para saúde, entretanto, estudos demonstram que os exercícios que estabelecem altos esforços físicos e demandam impactos geram aumento excessivo na pressão intra-abdominal, e esse aumento na região abdominal sobrecarrega os órgãos pélvicos, empurrando-os contra o assoalho pélvico, para baixo, ocasionando danos aos músculos responsáveis pelo suporte desses órgãos. Tendo isto em vista, o exercício torna-se um fator de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária na mulher, mesmo naquelas que não apresentam históricos de partos e gestações. As atividades esportivas que geram aumento repetitivo da pressão intra-abdominal (PIA) podem gerar danos nos MAP, nos ligamentos cardinal e uterossacro, e no tecido conjuntivo do AP (CAETANO et al, 2007).

Nota-se ainda, que a totalidade da amostra não era tabagista. A flacidez dos músculos do AP é considerada como etiologia para diversas disfunções, como as disfunções miccionais, disfunções sexuais e disfunções anorrectais, dentre outras patologias que podem ocorrer isoladamente ou associados a essas, e, que têm origens multifatoriais, como: atividades de esforço físico intenso, tabagismo, envelhecimento, tosse crônica, traumatismo, multiparidade, climatério, cirurgias ginecológicas, disfunções do colágeno e história familiar (CAMARGO et al, 2016).

Ainda de acordo com a Tabela 4, o número de mulheres que relatam a ida ao banheiro e têm a hidratação corporal reduzida pela demanda de trabalho foi bastante significativo, sendo 73% e 33% respectivamente, e 57% das mulheres entrevistadas trabalham mais de 9 horas por dia costurando na posição sentada aumentando chances de desordens musculoesqueléticas.

Outra questão que merece a atenção, porém passa despercebida é o consumo hídrico diário. Sobre isso, o que geralmente se percebe é que a maioria das pessoas que sofrem de IU, acabam evitando ou reduzindo o volume de consumo de água diárias, pelo medo de interferir no acréscimo das idas ao banheiro ou perdas de urina. Atualmente, o que muito se observa são esses casos de pacientes que passam a minimizar a hidratação por apresentarem uma baixa ingestão de água, seja pelo medo de perder mais urina, ou de não ter sede que é o caso das costureiras, ou até por muitas vezes optarem pelo café no lugar da água (LOPES; HIGA, 2006).

Estudos mostram que os sintomas de queixas urinárias muitas vezes estão ligados ao modo de vida das pessoas, como por exemplo o fato da ingestão de alimentos ou líquidos que irritam a bexiga e contribuem para o aumento da frequência ou perda urinária, ou outro acometimento que acaba de maneira indireta contribuindo para a IU como a constipação, que de acordo com Honório e Santos (2009), quando tratada a constipação, os sintomas de incontinência urinária também diminuíram.

A redução de ingestão hídrica reage no organismo fazendo com que a urina do

corpo humano se torne mais concentrada, convertendo-a em um meio de cultura com grande quantidade de metabólitos que contribuem para o crescimento de microorganismos no sistema urinário (MIMS, 2014). Mura e Silva (2010) afirmam, que o caso de um indivíduo urinar menos vezes ao dia em razão da redução de ingesta hídrica, permite que a urina permaneça por um tempo mais prolongado na bexiga, contribuindo também para a multiplicação de agentes patológicos. Sendo assim, o retardo do esvaziamento voluntário órgão urinário colaboram como risco para a infecção urinária. Portanto, é de extrema importância o consumo hídrico diário ideal para cada indivíduo.

As infecções urinárias de repetição podem provocar a IU de urgência. Várias mulheres relatam sofrer com restrição do tempo de permanência fora de casa, ficar molhada pela perda de urina, incômodo pelo odor da urina entre outros. Esses aspectos agem contribuindo para mal estar feminino (PEDRO et al, 2011). A ITU que afeta o trato urinário baixo (cistite), geralmente pode acontecer com a clínica dos seguintes episódios urgência miccional, polaciúria, disúria, noctúria ou até dor suprapúbica.

O conflito causado pelos sintomas da IU na vida de uma mulher afeta além de aspectos físicos. Mulheres com incontinência urinária se sentem envergonhadas, constrangidas para a realização de quaisquer atividades sociais e esportivas, e principalmente menos atraídas no que diz respeito a relação sexual. A IU também está ligada a sentimentos de incapacidade, solidão e tristeza o que abre grande parente para ansiedade e depressão. Não é em vão que pesquisas apontam um número significativo de mulheres com sintomas graves de incontinência associados a sintomas psicológicos, diminuição da autoestima, depressão e ansiedade (FULTZ; HERZOG, 2001).

As queixas urinárias afetam de maneira significativa na vida sexual das mulheres, porém, estudos mostraram que as mulheres que convivem com IU, há muito tempo, tendem a ajustar sua prática sexual. Neste mesmo estudo, mostra que a IU é capaz de interferir negativamente na qualidade do sono mulheres que sofrem dessa patologia, além disso, também referem cansaço como consequência, isto, pelo fato de terem que se levantar por várias vezes para urinar, o que provoca cansaço e gasto de energia causando prejuízo no desempenho diminuindo a energia e embaraçando as emoções das mulheres incontinentes (FONSECA et al, 2005).

Possivelmente a alteração estrogênica atuaria na propriocepção da bexiga, e a diminuição da capacidade vesical ocasiona sintomas clínicos como os de urgência miccional, polaciúria e noctúria, o hipoestrogenismo contribui, juntamente com as modificações do processo de envelhecimento para a instalação de disfunções miccionais, já que afeta de maneira evidente o trato urinário, podendo também gerar alterações tróficas que agravam ou desencadeiam os quadros de incontinência (MOURÃO et al, 2008).

De acordo com Ambrosi e Queiroz (2004), a postura sentada é a posição adotada durante inúmeras horas por mulheres costureiras, e que no decorrer de sua execução como operadoras de máquinas ocorre um afrouxamento dos músculos abdominais, em

razão dos movimentos repetitivos de elevação do calcanhar, e abdução da perna direita empurrando uma alavanca com o joelho. A repetição desse movimento é capaz de acarretar dores na região do quadril e seus músculos envolvidos, além de dores na região lateral do joelho. Esses eventos, influenciam de maneira negativa aos órgãos do sistema digestórios e respiração.

Na posição de trabalho das operadoras de máquina, os membros inferiores (MMII) como quadris e joelhos devem permanecer flexionados para proporcionar o equilíbrio ideal e servir de apoio para assim distribuir a carga da postura adotada (sentada). Entretanto, essa posição mantida por tempo excessivo atua na diminuição da circulação, ocasionando uma redução significativa do aporte sanguíneo para o músculo dos MMII, refletindo em processo de fadiga dos músculos e dores nos MMII (AMBROSI; QUEIROZ, 2004).

Pedro et al (2011) afirmam que além dos fatores de riscos em si, existem as alterações anatômicas que podem provocar a IU como: a hipermobilidade da uretra, alterações do assoalho pélvico, deficiência esfíncteriana, distensões nas fibras musculares da uretra e instabilidade do músculo detrusor da bexiga urinária, aspectos hereditários. O aspecto multifatorial da IU, também remete a fatores extrínsecos como: alimentação, estado nutricional, socioeconômico e até mesmo constitutivo ou genéticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizou uma análise descritiva das queixas urinárias e presença de fatores de risco em uma categoria profissional, costureiras, no cenário da cidade de Santa Cruz do Capibaribe, importante salientar que a cidade onde o estudo foi desenvolvido tem na produção têxtil, sua principal fonte de renda, portanto, a profissão de costureira é amplamente desenvolvida na cidade e os autores dessa pesquisa perceberam uma carência em estudos que abordassem a saúde da mulher e essa profissão.

Foi, nesse estudo, traçado um perfil sociodemográfico e identificado as queixas urinárias e os fatores de riscos, bem como identificado alguns hábitos relacionados ao trabalho que podem trazer repercussões negativas para o trato urinário dessa população, mostrando a necessidade de ser realizadas ações de promoção de saúde junto as costureiras, bem como tratamento de queixas encontradas.

Como limitação do estudo, observou-se que um número relativamente pequeno de costureiras respondeu ao questionário, os autores acreditam que devido à extensão do formulário utilizado e a sua apresentação online, devido ao contexto atual de pandemia do novo coronavírus, pode ter levado desistência da pesquisa por algumas participantes.

Por fim, destaca-se a necessidade de realização de mais estudos nessa população, no intuito de melhor conhecer questões relacionadas a saúde e melhorar a qualidade de vida dessas profissionais, cuja atividade movimentam o comércio local.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. **Neurourology And Urodynamics**, Paris, v. 4, p. 213-240, 2010.

ABRAMNS, P.; CARDOZO, L.; KHOURV, S.; WEIN, A. **Incontinence. Bristol: ICUD**, 2013.

ARAUJO, F. L. A.; OLIVEIRA, N. F.; SALDANHA, M. C. W. **Análise da atividade das costureiras em uma microempresa de confecções**. In: XXXVII Encontro Nacional de Engenharia De Produção, Joinville. Joinville: ABEPROM, v. 37, p. 1-18, 2017

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2018.

BREDA, N. C. P. **Avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico e da sexualidade de mulheres com candidíase vulvovaginal e vulvodínia**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas, 2011.

CAETANO, A. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. **Rev Bras Med Esporte**. v.13, n.4. Niterói. 2007.

CAMARGO, A. de S. S., et al. A Influência da Força Muscular do Assoalho Pélvico no Grau de Satisfação Sexual Feminina. **Revista Amazônia Science & Health**, Palmas, v. 4, n. 2, p.2- 8, Abr./Jun., 2016

CARVALHO, M. P. et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p. 721-730, 2014.

DEDIDAÇÃO, A.C.; HADDAD, M.; SALDANHA, M. E. S., DRIUSSO, P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, p. 1-7, 2009.

DIAS, A. M. et al. **Mulheres com incontinência urinária em uma unidade básica de saúde na cidade de Itajaí-SC**. In: XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2010, Itajaí - Santa Catarina, p. 1-5, 2010.

FÉLIX, I. de L. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço**. 2005. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza - Unifor, Fortaleza, 2005.

FONSECA, E. S. M.; CAMARGO, A. L. M.; CASTRO, R. A, SARTORI, M. G. F, FONSECA, M. C. M, LIMA, G. R et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.27, n.5, p. 235-42. 2005.

FULTZ, N.H.; HERZOG, A.R. Self-report social and emotional impact of urinary incontinence. **J Am Geriatr Soc**. v.49, p.892-9. 2001.

GONZAGA, L. S. **Metamorfisação do Espaço Urbano de Santa Cruz do Capibaribe-PE e a Dupla Centralidade Urbana**: do antigo ao moda center. 2016. 27 f. TCC (Graduação) - Curso de Geografia, Curso de Licenciatura em Geografia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016.

GUARISIA, T.; NETO, A. M. P.; OSIS, M. J.; PEDRO, A. O.; PAIVA, L. H. C.; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n.5, p.428-35, 2001.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP**. v.42, n.1, p.187-92. 2008.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.62, n.1. 2009.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores Sociais 2010. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev. esc. enferm. USP** v.42, n.1, São Paulo Mar. 2008.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, vol. 20, 2005.

JUSTINA, L. B. D. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Inspirar**: Movimento e Saúde, São José, v. 5, n. 2, p. 1-7, 2013.

LOPES, M. H. B. de M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 1, n. 40, p. 34-41, 2006.

MOURÃO, F. A. G. *et al.* Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatr**, Belo Horizonte, v. 3, n. 15, p. 170-175, 2008.

MARINHO, A. R.; LEAL, B. B.; FLISTER, J. S.; BERNARDES, N. O.; RETT, M. T. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. **Fisioter Brasil**. v. 7, n. 4, p. 301-06. 2006.

MESSELINK, B.; BENSON, T.; BERGHMANS, B.; *et al.* Standardization of Terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from pelvic floor clinical assessment group of the international continence society. **Neurol Urodyn**. v. 24, n. 4, p. 374-80. 2005.

MENDES, E. de P. B. **Força muscular perineal de primíparas segundo o tipo de parto: estudo transversal**. 2015. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MIMS, C. A.; PLAYFAIR, J. H. L.; ROITT, I. M.; WAKELIN, R.; WILLIANS, R. W. **Microbiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

MURA, J. D. P.; SILVA, S. M. C. **Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia**. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010.

NASCIMENTO, F.P. **Classificação da Pesquisa. Natureza, método ou abordagem metodológica, objetivos e procedimentos.** in: SOUSA, F. L.; NASCIMENTO, F. P. Metodologia da Pesquisa Científica: teoria e prática – como elaborar TCC. Brasília: Thesaurus, 2016.

PEDRO, A. F.; RIBEIRO, J.; SOLER, Z. A. S. G.; BUGDAN, A. P. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Smad**, São José do Rio Preto, v. 2, n. 7, p. 63-70, 2011.

PERSSON, J.; HANSEN, P. W.; RYDHSTROEM, H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. **Obstet Gynecol.** v. 96, n. 3, p.440-5. 2000.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho Científico:** Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Rio Grande do Sul: Editora Feevale, 2013.

SKARPA, Q. P.; HERMANN, V. Prevalência de sintomas do trato urinário inferior no 3º trimestre da gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 27, n. 2, p.98-100. 2005.

SILVA, N. P. **O Turismo de Compras Têxtil em Santa Cruz do Capibaribe-PE:** o caso do moda center santa cruz. 2018. 36 f. Monografia (Graduação) - Curso de Geografia, Curso de Licenciatura Plena em Geografia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. não procura por tratamento. **Rev. esc. enferm.** USP v.43, n.1,São Paulo Mar. 2009.

SOUSA, A. R. DA S et al. A relação da constipação intestinal e incontinência urinária em mulheres. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia.** v. 4, n.8. 2017.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANT, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [S.I.]**, FapUNIFESP (SciELO). v. 40, n. 3, p.381-388, set. 2006.

CAPÍTULO 12

RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/09/2022

Data de submissão: 08/07/2022

Marcilena Costa Carneiro

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/9438107844802936>

Maria Beatriz Loiola Viana

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/4046693191187447>

Suiene Cristina Mendonça da Silva

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/1433399004141156>

Talita Wiven Nobre Pinheiro

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/9078196372416069>

Lucino Saraiva de Campos Neto

Universidade Federal do Pará
Belém- Pará

<http://lattes.cnpq.br/9965876209199231>

Thayse Moraes de Moraes

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/5722475427380538>

RESUMO: De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde (DSS) estão

relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. A partir de um estudo sobre um desses determinantes foi desenvolvido uma atividade sobre relações interpessoais no ambiente de trabalho desde a observação da realidade do local escolhido e principalmente através dos relatos de um servidor público lotado nesse ambiente que é uma unidade Estratégia Saúde da Família- ESF, localizada no município de Ananindeua-Pa. O objetivo do trabalho foi identificar possíveis problemas que podem causar situações de estresse e fadiga no ambiente ocupacional aos trabalhadores da ESF. Para obtenção dos dados para o trabalho foi realizado um diálogo com um servidor público e a partir daí foi elaborado o Arco de Maguerez, tendo como base os relatos que nos foi repassado pelo servidor. Além disso, foi realizado por toda a equipe responsável por essa atividade a leitura de trabalhos que tratavam sobre o tema do artigo. Diante das pesquisas, encontramos fatores que são fundamentais para a ocorrência da problemática no ambiente de trabalho, dentre eles: disputa de ego, discordância das equipes, falta de empatia, individualismo e a dificuldade em emitir opiniões e argumentar, como também, a negligência dos agentes públicos em colocar pessoas sem qualificações para serem gestores da unidade visando interesses pessoais, logo, esse último fator se classifica como desvio de poder. Diante do exposto, foi identificado a problematização existente no ambiente de trabalho e então, foi proposto na atividade, hipóteses de solução para o melhoramento das relações interpessoais entre os servidores que atuam na ESF em questão, com o intuito

de colaborar com o bom desenvolvimento do trabalho e a excelência na assistência aos usuários atendidos por essa unidade de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Ambiente de trabalho; Relações interpessoais; Problematização.

INTERPERSONAL RELATIONS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: According to the definition of the World Health Organization (WHO), the social determinants of health (SDH) are related to the conditions in which a person lives and works. Based on a study of one of these determinants, an activity on interpersonal relationships in the workplace was developed from the observation of the reality of the chosen location and mainly through the reports of a public servant assigned to this environment, which is a Family Health Strategy unit (FHS), located in the city of Ananindeua, PA, Brazil. To identify possible problems that can cause situations of stress and fatigue in the occupational environment of FHS workers. To obtain the data for this study, a dialogue was held with a public servant and from that point on the Arc of Maguerez was elaborated, based on the reports that were passed on by the servant. In addition, the whole team responsible for this activity read papers that dealt with the subject of the article. Based on the research, we found factors that are fundamental for the occurrence of the problem in the work environment, among them: ego competition, team disagreement, lack of empathy, individualism, and the difficulty to issue opinions and argue, as well as the negligence of public agents placing unqualified people to be unit managers aiming at personal interests, therefore, this last factor is classified as misuse of power. Given the above, the problematization existing in the work environment was identified and then, it was proposed in the activity, hypotheses for solution to improve interpersonal relationships among the servers working in this specific FHS, in order to collaborate with the good development of work and excellence in care for users served by this health unit.

KEYWORDS: Work Environment; Interpersonal Relationships; Problematization.

1 | INTRODUÇÃO

O conceito de saúde vem sendo atualizado com o decorrer da história e a partir das condições políticas, sociais, econômicas, culturais e ambientais das populações. De acordo com os Registros Oficiais da OMS publicados em 1948, a saúde é conceituada como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de infecções ou enfermidades” como anteriormente era considerada (NEVES, 2021). No Brasil a Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, constitui-se a partir do artigo 196 da Constituição e retoma a perspectiva da concepção ampliada de saúde no artigo 3, onde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)

Assim, as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população estão diretamente relacionadas com sua situação de saúde. Dessa forma, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são de importância significativa na situação de saúde da população. A Organização Mundial da Saúde adota uma definição de que os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (OMS 2008). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, dessa forma, as condições de trabalho em que as pessoas são submetidas está diretamente ligada ao bem estar físico e emocional dos indivíduos (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

No âmbito das condições de trabalho nota-se uma crescente e preocupante onda de problemas de saúde relacionados ao ambiente de trabalho e os fatores de risco causados pelas más condições das relações interpessoais que ocorrem. A multidimensionalidade das equipes de saúde formadas para atendimento da população através de uma construção coletiva, produzem diversas formas de interação, de comunicação e ação, com o intuito de fortalecer tanto o trabalhador quanto o usuário dos serviços de saúde. (FERNANDES *et al.*, 2015).

Nesse contexto, o viver saudável surge como fenômeno social, a partir da disparidade nas exposições e vulnerabilidades, visto que, o fenômeno saúde-doença, tradicionalmente resultante de causa-efeito, passa a considerar as dimensões sociais, emocionais, econômicas e espirituais do ser humano (Broch *et al.*, 2017).

Por ser um problema de saúde pública, a saúde mental dos trabalhadores é um assunto de interesse não apenas do Estado que atua sob suas legislações em prol da otimização de seus serviços públicos, mas de toda a comunidade, que é atingida das mais variadas tangentes que atravessam o bem-estar da comunidade em geral (MORAIS, 2018).

Dessa forma, a saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos - multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância (GOMEZ *et al.*, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, ela é uma importante ferramenta do Sistema Único Saúde, para a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e

seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (BRASIL, 2013).

É na VISAT que reside a capacidade de transformar a realidade do mundo do trabalho. Com ela se conhece a realidade da população trabalhadora e os fatores determinantes de agravos à sua saúde, de modo a intervir sobre eles. Dessa forma, torna-se de importante relevância a atuação da VISAT nas equipes da Atenção Primária a Saúde (APS) com intuito de minimizar os impactos das relações interpessoais na saúde desses trabalhadores, visto que, as condições sociais em que as pessoas trabalham podem se tornar fatores de risco para doenças e agravos dessa população (GOMEZ *et al.*, 2018).

Nesse sentido, é importante ressaltar o papel da gestão dos serviços de saúde, onde a partir de uma atuação participativa e acessível é possível identificar fatores de risco no ambiente de trabalho e assim controlá-los. No Brasil a Teoria de Vínculos Profissionais (TVP) tem sido utilizada por enfermeiros como modelo para desvelar as relações interpessoais do trabalho em equipe com a finalidade de construir laços e vínculos saudáveis. A proposta central dessa teoria é reavivar as questões subjetivas que circundam o processo de trabalho e, assim, se constituir em uma ferramenta de gestão em enfermagem, podendo ser ampliado para a gestão em saúde como um todo, configurando-se como modelo para o trabalho em equipe que observa e valoriza as características particulares dos profissionais. (Borel. *et al.*, 2022).

Diante disso, foi elaborado o estudo através de um relato de experiência oriundo de um trabalho acadêmico sobre as relações interpessoais no ambiente de trabalho e a relação com a saúde dos indivíduos dentro de uma Estratégia Saúde da Família com o objetivo de identificar possíveis problemas que podem causar situações de estresse e fadiga no ambiente ocupacional aos trabalhadores da ESF.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, oriundo da aplicação da Metodologia da Problematização o “Arco de Maguerez”, sendo constituído por cinco elementos: a observação da realidade, os pontos chaves, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação da realidade.

No período referido, ocorreu a observação por meio da realidade empírica das relações interpessoais dos profissionais de uma Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada no município de Ananindeua, no Pará, entre os meses setembro e outubro de 2021, no componente curricular “Fundamentos de Saúde Coletiva”, pertencente ao curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Pará.

A vivência foi relatada por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que trabalha na Estratégia Saúde da Família e descreveu os diversos entraves nas relações interpessoais dos profissionais que trabalham na unidade. O contato direto com o funcionário da unidade

somado à observação do local foi essencial para a construção do trabalho.

3 | RESULTADOS

O local observado é uma Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada em um bairro do município de Ananindeua/PA. Na qual trabalha um funcionário que será denominado pelo nome fictício de João.

O João é um agente comunitário de saúde, possui 41 anos e é concursado há 4 anos, durante esses anos que trabalha na ESF, observou alguns conflitos entre as equipes de saúde. Ele relata competição entre as equipes, o que acarreta na falta de diálogo eficiente, empatia, respeito e trabalho colaborativo, tornando a relação interpessoal quase inexistente.

A ESF possui quatro equipes que se dividem em turnos, duas pela parte da manhã e duas pela parte da tarde, sendo compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliar administrativo. Além disso, possui uma gerente de unidade, auxiliares de serviços gerais e porteiros.

Ademais, João expõe que durante o tempo que trabalha no local, a unidade já teve duas gestoras, sendo que a primeira não possuía qualificação na área da saúde ou da gestão, e a segunda que é a atual gestora, possui graduação em enfermagem. A princípio, pontua-se que ambas foram indicadas por políticos para ocupar o cargo e não possuem uma relação harmônica com os funcionários da ESF, visto que não mantiveram uma comunicação com as equipes de saúde e não contribuíram de forma significativa para atenuar os problemas da unidade e melhorar a relação interpessoal entre os profissionais.

Portanto, nota-se que o ambiente de trabalho descrito é instável e estressante, o que reflete no atendimento prestado aos usuários que frequentam a unidade, uma vez que não há uma organização conjunta de repasses de informações, devido à falta de comunicação entre as equipes, refletindo em respostas finais divergentes ao usuário.

Diante desse relato foi utilizado como base para aplicação da Metodologia da Problematização o Arco de Maguerez, na qual obteve-se os seguintes resultados:

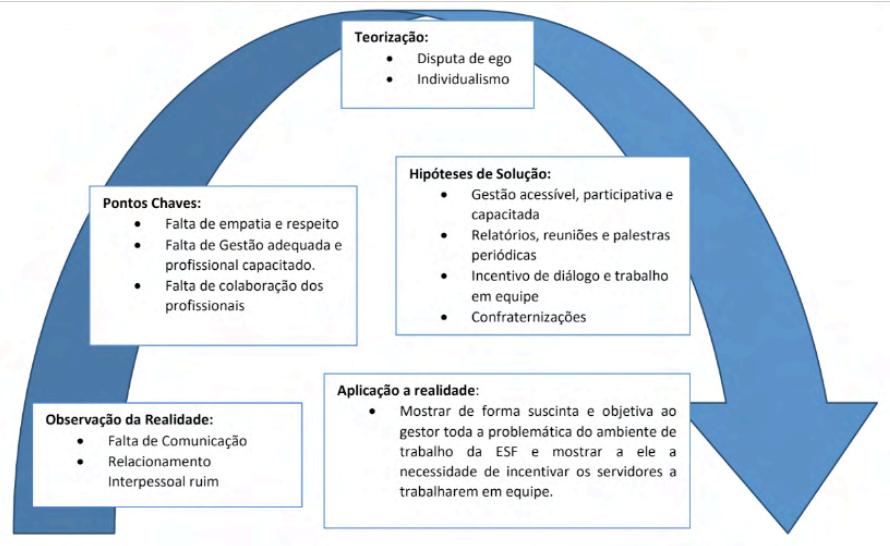


Figura 1- Arco de Maguerez elaborado como método de Problematização

Fonte: Compilação das autoras, 2021.

3.1 Observação da realidade

A observação ativa da realidade permitiu identificar as falhas nas relações interpessoais das equipes de saúde do local estudado, sendo a falta de comunicação o principal fator de estresse, o que resulta na falha da continuidade dos serviços realizados.

Uma situação observada foi a de um paciente que buscava agendamento de consulta, porém não foi atendido porque o ACS responsável por aquele paciente estava de férias e nenhum dos presentes souberam informar quem assumiria o lugar dele ou mesmo se interessaram em tentar resolver o problema do usuário.

3.2 Pontos Chaves

A partir da observação da realidade foi possível destacar os pontos chaves da problematização, tais como: falta de empatia e respeito, ausência de colaboração dos profissionais; pois notou-se a falta de compromisso e responsabilidade com o serviço de saúde e, principalmente, com o usuário, visto que, o trabalho em equipe acaba não sendo realizado adequadamente, no qual intrigas, falácia, mal estar entre os membros das equipes ocasionam um ambiente de trabalho conturbado.

Diante desse contexto, destacou-se também a gestão da unidade de saúde, a presença de gestores sem contribuições efetivas para melhora ou minimização dos danos causados por essas relações interpessoais fragilizadas, que colaboram para o ambiente de trabalho ruim e pouco acolhedor.

3.3 Teorização

Nessa etapa fez-se necessário buscar fontes que nortearam a análise e reflexão sobre cada ponto chave, na qual destaca-se: disputa de ego e o individualismo entre os colegas de trabalho.

3.4 Hipóteses de solução

A partir das observações anteriormente citadas foram elaboradas hipóteses de solução para minimizar o impacto dessas relações dentro do ambiente de trabalho tornando-o mais harmonioso e tranquilo para todos os indivíduos envolvidos, sendo a principal delas a Gestão acessível, participativa e capacitada, visto que, o gestor tem o poder de mudar esse quadro através da participação efetiva na elaboração de atividades, no diálogo e união das equipes de trabalho.

3.5 Aplicação a realidade

A experiência proporcionada por esse estudo foi de grande relevância, pois podem ocorrer casos de abalos emocionais e adoecimentos decorrentes de ambientes de trabalhos tóxicos, sendo despercebidos na rotina laboral. Por isso a importância da identificação dos fatores estressantes e problemáticos para assim elaborar iniciativas que possam viabilizar mudanças nesse cenário. Dessa forma, destaca-se a importância do conhecimento e envolvimento do gestor na problemática do ambiente de trabalho da ESF, enfatizando a necessidade de incentivar os servidores a trabalharem em equipe.

Dante disso, destaca-se a Saúde Coletiva, como área multidisciplinar, embasada no tripé – Epidemiologia, Gestão e Ciências Sociais em Saúde - sendo de suma importância para garantir ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, tal como é fundamental para a organização e planejamento de ações de intervenção na parte administrativa das instituições e órgãos de saúde. Assim, evidencia-se que a Saúde Coletiva prepara gestores para lidar com várias situações possíveis e os capacita para elaborar e executar planos efetivos para solucionar ou atenuar os problemas que as unidades de saúde estejam enfrentando.

4 | DISCUSSÃO

A pluralidade no cenário de trabalho brasileiro possui segmentos e padrões de adoecimentos diferentes, sendo representados por três grandes impactos: o dano físico, o dano moral e o dano mental. Se tratando da saúde do trabalhador no próprio âmbito da saúde, selecionamos, por meio do relato de experiência, condutas que dificultam as relações interpessoais e consequentemente são nocivas à saúde.

Partindo do princípio, os determinantes sociais em saúde são indicadores que estão diretamente ligados com as condições em que uma pessoa vive e trabalha, como

também os fatores comportamentais que influenciam no acometimento de problemas de saúde e os riscos e agravos existentes. Quando se pensa em um ambiente de trabalho, automaticamente sabe-se que a satisfação pessoal está relacionada com a satisfação profissional e a harmonia entre os indivíduos do local (MARTINS et al., 2012). Sob essa ótica, fica evidente a interdependência entre determinantes sociais e o quanto isso pode influenciar na vida e saúde do trabalhador.

É nesse sentido que a Vigilância em Saúde do trabalhador - vertente de extrema importância para a epidemiologia - passa a ser necessária, com o intuito de resguardar a integridade por direito, promovendo a saúde e a melhora na qualidade de vida dos trabalhadores, e o Art. 6º da Constituição Federal de 1988, que estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), assegura a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral. Por esses fatores, fica evidente que existem políticas que buscam assegurar os direitos, não somente presente na Constituição, como também na própria Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), logo, o primeiro passo para se ter um ambiente harmonioso e seguro no trabalho é através de uma gestão assertiva que saiba proporcionar meios de relações interpessoais de qualidade (OLIVEIRA, Edson João de; 2014).

Com base na literatura, é possível identificar, especialmente na Estratégia Saúde da família, que os conflitos entre as equipes de trabalho causam um individualismo, fazendo com que o trabalho em equipe seja quase inexistente, prejudicando assim o funcionamento da própria unidade e a harmonia no local (ELOIA et al., 2019). Segundo essa lógica, a disputa de ego também é uma realidade, no qual criam-se grupos por afinidades, geralmente da mesma categoria profissional que consequentemente não se envolvem com outras categorias profissionais, causando assim uma disputa desnecessária entre os diferentes cargos e as diferentes equipes (ELOIA et al., 2019). Esse processo de concentração de categorias e de hierarquização de equipes de trabalho afeta diretamente e fragiliza as relações interpessoais, prejudicando não somente os profissionais, mas também o atendimento ao usuário.

É notório que os problemas de convivência em equipes de trabalho é um processo que vai se consolidando ao longo do tempo, aonde equipes que trabalhavam de forma harmoniosa, articulada e com respeito às singularidades de cada indivíduo passam a se desentender regularmente e as relações interpessoais vão se desgastando. Nesse sentido, é possível evidenciar que a principal causa desse problema é a gestão da unidade, a falta de valorização dos profissionais como a remuneração inadequada, falta de apoio e falta de ferramentas para um ambiente de trabalho digno, que consequentemente influenciam no atendimento de qualidade e humanizado para os usuários (MARTINS et al., 2012).

Esse contexto estressante no ambiente de trabalho é evidenciado não somente na Atenção Básica à Saúde (APS), mas também na assistência de média e alta complexidade

como os hospitais, que se configuram como um meio extremamente complexo por lidar com situações de vida/morte e saúde-doença que também acabam influenciando de forma significativa na vida dos trabalhadores, gerando estresse e adoecimento. As situações estressoras do convívio diário entre os indivíduos, a sobrecarga de tarefas e as divergências entre eles fazem parte do cotidiano e geram estados emocionais alterados que, consequentemente, se persistirem por um período prolongado, sem resolução do problema, podem se agravar para danos psicológicos, alterações fisiológicas, hipertensão, diabetes, impotência sexual, entre outros que afetam até o convívio social e familiar (MATURANA e VALLE, 2014).

Com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, houve mudanças e retrocessos consideráveis na Estratégia Saúde da Família. Dentre esses retrocessos, ocorreu a consolidação de equipes incompletas, sendo composta por apenas um Agente Comunitário de Saúde (ACS) e vários entraves citados anteriormente também são característicos de problemas evidenciados após a atualização da PNAB, como a sobrecarga de trabalho, o adoecimento físico e mental dos profissionais e infraestrutura precária do local de trabalho (JULIO et al., 2022).

Os estudos realizados expõem que 30% a 50% dos profissionais de saúde são diagnosticados com ansiedade e 25% a 30,5% com depressão, sendo os Agentes Comunitários de Saúde os mais afetados, resultado de uma enorme carga de trabalho (JULIO et al., 2022).

Diante desse contexto, observa-se a necessidade de ações voltadas para o melhoramento das relações interpessoais no ambiente de trabalho da APS, criando espaços de convívio, com reuniões e momentos de descontração (DIAS et al., 2020). Seguidamente, nota-se não só a importância, como também a urgência de profissionais capacitados para ocupar os cargos de gestores municipais e de unidades de saúde - conduta devidamente exercida na formação em Saúde Coletiva - que se atentem aos fatores diretamente ligados ao processo de trabalho que contribuem para o adoecimento da equipe.

5 | CONCLUSÃO

Portanto, percebe-se a importância da manutenção da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde para a construção de uma harmoniosa relação interpessoal entre os mesmos, o que deixará o ambiente de trabalho na ESF equilibrado, e consequentemente, resultará em um melhor desempenho na execução de suas funções e do trabalho em equipe, visto que haverá no local a presença de respeito e empatia entre os indivíduos.

Ademais, pontua-se que a saúde dos trabalhadores, tanto mental quanto física estarão mais preservadas, pois não haverá tantas situações de estresse e brigas no ambiente de trabalho, o que diminuirá os fatores de risco. Contudo, caso continue a falta de comunicação, respeito e empatia entre os profissionais, as situações de estresse e

de uma má relação interpessoal continuarão existindo e persistindo. Diante disso, faz-se necessário que se tenha uma gestão adequada e presente para tentar solucionar ou atenuar os problemas existentes na unidade de saúde, assim como também contar com a colaboração dos funcionários do local para melhorar o convívio.

Por fim, o presente trabalho, que possui como foco primordial a identificação da matriz do problema, denominada como a falta das relações interpessoais no trabalho, fato esse que está inteiramente ligado aos determinantes e condicionantes sociais de saúde e que possuem devidas consequências que são contextualizadas e resguardadas pela Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Além disso, embora o caso tenha sido relatado em uma Estratégia de Saúde da Família, faz-se necessário entender que não deve limitar essas condutas apenas as unidades como ESF, UBS E UMS, mas que também existem outros sentidos na área da saúde como Regulação do Samu, Clínicas e Laboratórios, Secretarias de Saúde, Órgãos de Vigilância em Saúde e em todos eles é necessário que haja um bom desenvolvimento das relações para que se tenha um resultado eficaz na assistência aos usuários.

REFERÊNCIAS

BOREL, MGC, THOFEHRN MB, ARREGUY-SENA C, LEMOS RCPB, PRIMO CC, BRANDÃO MAG. *Theory of professional bonds: description and theoretical analysis based on the Meleis' model with Delphi strategy*. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e0220054. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0054en>

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 Set 1990. Acesso em julho de 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html.

BRASIL. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%203.252%2C%20DE%2022%20DE%20DEZEMBRO%20DE,Distrito%20Federal%20e%20Munic%C3%ADpios%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAnc. Acesso em 04 de julho de 2022.

BROCH, D., et al. **Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário**. Rev Esc Enferm USP · 2020;54:e03558.

BUSS, P. M. PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

DIAS, J. S., et al. **Saúde, Comportamento e Gestão: impactos nas relações interpessoais**. Santa Catarina: Rev Texto e Contexto Enfermagem, 2020.

ELOIA, A. M. C., et al. **A Relação Interpessoal entre Profissionais da Estratégia Saúde da Família.** Ceará: Rev de Cultura, Ciéncia e Tecnologia, 2019.

FERNANDES, H. N., et al. **Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família.** J. res.: fundam. care. online 2015. jan./mar. 7(1):1915-1926.

GOMEZ, C. M., et al. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde.** Ciéncia & Saúde Coletiva, 23(6):1963-1970, 2018.

JULIO, R. S., et al. **Prevalência de Ansiedade e Depressão em Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.** Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2022.

MARTINS, A. R., et al. **Relações Interpessoais, Equipe de Trabalho e seus Reflexos na Atenção Básica.** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Educação Médica, 2012.

MATURANA, A. P. P. M., VALLE, T. G. M. **Estratégias de Enfrentamento e Situações Estressoras de Profissionais no Ambiente Hospitalar.** São Paulo: Rev Psicologia Hospitalar, 2014.

MORAIS, S. M. N. **Saúde Mental Do Trabalhador: Revisão sobre as principais causas de Transtornos e Possibilidades De Intervenção.** Trabalho apresentado à Unidade Acadêmica de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande/PB. Campina Grande- PB 2018.

NEVES, A. C. **Conceito Ampliado de Saúde em tempos de pandemia.** Poliéтика. São Paulo, v. 9, n. 1, pp. 78-95, 2021.

OLIVEIRA, Edson João de; CRIVELLARO, João Luís Gallego. **Epidemiologia.** Curitiba: Instituto Federal do Paraná/Rede e-Tec, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS, **Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde I Relatório Final, 2008.** Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatório_Final_OMS_Redução-das-Desigualdades-no-período.pdf Acesso em 04 de julho de 2022.

CAPÍTULO 13

RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DOENÇA DE KAWASAKI INCOMPLETO, COM MENOS DE 6 MESES DE IDADE

Data de aceite: 01/09/2022

Ana Carolina Betto Castro

Santa Casa de São Carlos
Departamento de Pediatria
São Carlos – SP – Brasil
ORCID: 0000-0002-5895-454X

Danielle Cristina Penedo

Santa Casa de São Carlos
Departamento de Pediatria
São Carlos – SP – Brasil
ORCID: 0000-0003-0876-1966

Déborah Carvalho Cavalcanti

Santa Casa de São Carlos
Departamento de Pediatria
São Carlos – SP – Brasil
ORCID: 0000-0001-9669-9722

Helena Varago Assis

Santa Casa de São Carlos
Departamento de Pediatria
São Carlos – SP – Brasil
ORCID: 0000-0002-2751-5296

Juliana Rodrigues Dias

Santa Casa de São Carlos
Departamento de Pediatria
São Carlos – SP – Brasil
ORCID: 0000-0003-2701-6515

Nyara Lysia Barbosa Mendonça

Santa Casa de São Carlos
Departamento de Pediatria
São Carlos – SP – Brasil
ORCID: 0000-0002-4469-3617

Wallan de Deus Caixeta Matos

Santa Casa de São Carlos
Departamento de Pediatria
São Carlos – SP – Brasil
ORCID: 0000-0003-4534-6729

RESUMO: **Introdução:** A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica autolimitada com etiologia desconhecida, que geralmente ocorre entre 6 meses e 5 anos de idade. A suspeita de DK incompleto pode ser levantada quando ocorrer febre associada a pelo menos 2 das 5 apresentações clínicas. **Objetivo:** relatar um caso de Kawasaki fora da faixa etária, para que ocorra a suspeição frente aos sinais clínicos e laboratoriais, possibilitando diagnóstico e tratamento precoce.

Relato de Caso: L.E.S, 3 meses e 16 dias, apresentando febre há cerca de 15 dias, fissura em lábios, exantema polimórfico, além de plaquetose, leucocitose, hipoalbuminemia e proteína C reativa aumentada. Devido a suspeita de DK atípico foi realizado ecocardiograma. Foi iniciado terapia com imunoglobulina, ácido acetilsalicílico e prednisolona. **Discussão:** diante disso, ressaltamos a importância da suspeição da doença em caso de febre há mais de cinco dias, mesmo em crianças fora da faixa etária, além da instituição do tratamento precoce, com monitorização da resposta terapêutica e acompanhamento de anomalias coronarianas a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Linfonodos Mucocutâneos; Exantema; Febre; Vasculite.

CASE REPORT OF A PATIENT WITH INCOMPLETE KAWASAKI DISEASE, LESS THAN 6 MONTHS OF AGE

ABSTRACT: **Introduction:** Kawasaki disease is a self-limiting systemic vasculitis: with unknown etiology, it's usually occurs between 6 years and 5 years of age. Suspicion of incomplete KD may be raised when fever occurs associated with at least 2 clinical presentations. **Objective:** to report a case of Kawasaki outside the age group, so that suspicion occurs in the face of clinical and laboratory signs, allowing early diagnosis and treatment. **Case Report:** L.E.S, 3 months and 16 days, presenting fever for about 15 days, cleft lips, polymorphic exanthema, in addition to thrombocytosis, leukocytosis, hypoalbuminemia and increased C-reactive protein. Due to the suspicion of atypical KD, an echocardiogram was performed. Therapy with immunoglobulin, acetylsalicylic acid and prednisolone was started. **Discussion:** In view of this, this case emphasizes the importance of the suspicion of the disease in fever for more than five days, even in children outside the age group, with laboratory monitoring of the therapeutic response and follow-up of coronary anomalies in the long term.

KEYWORDS: Mucocutaneous Lymph Node Syndrome; Exanthema; Fever; Vasculitis.

1 | INTRODUÇÃO

Proposta pela primeira vez em 1967 pelo pediatra japonês Tomisako Kawasaki, a doença de Kawasaki (DK) ou síndrome do linfonodo cutâneo mucoso, é uma vasculite sistêmica autolimitada de pequenos e médios vasos, com etiologia desconhecida, que geralmente ocorre entre 6 meses e 5 anos de idade, sendo considerada a maior causa de doenças cardíacas adquiridas em países subdesenvolvidos. Seu diagnóstico típico depende dos sinais e sintomas característicos, entretanto a suspeita de DK incompleto pode ser levantada quando ocorrer febre indeterminada com duração de 5 ou mais dias, associada a pelo menos 2 dessas 5 apresentações clínicas representativas: infecção conjuntival bilateral não purulenta, alterações orais, linfadenopatia cervical, alterações nas extremidades e erupção cutânea polimórfica, assim como uma das seguintes 3 alterações: laboratório típico com plaquetose, elevação de proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS), leucocitose e hipoalbuminemia, achados ecocardiográficos ou descamação periungueal de mãos e pés no estágio de recuperação^{1,2,3,4,5,6}.

Além dos sinais clássicos, a forma incompleta da DK pode apresentar manifestações atípicas como insuficiência cardíaca, meningite asséptica, acidente vascular cerebral, empiema, artrite, hepatite, pancreatite, hidrocele, uveíte, ou alterações inespecíficas no ecocardiograma, como ectasia ou aneurismas coronários, diminuição da contratilidade miocárdica, insuficiência valvar e derrame pericárdico, que são minimizadas com o tratamento precoce^{3,4,6}. O diagnóstico de DK incompleto é considerado de extrema importância, visto o alto risco de desenvolvimento de anormalidades coronarianas, que podem ocorrer em até 20% dos pacientes não tratados, com maior risco a partir de 7 a 10 dias de febre^{2,3,4,6}.

Apesar de postuladas múltiplas opções terapêuticas no manejo da DK, ainda não há

um consenso geral. O tratamento primário inclui 2 gramas/kg de imunoglobulina (IGIV) com uma única infusão por 10 a 12 horas, associada a aspirina 80-100mg/kg/dia até resolução da febre, seguido de redução da dose para 3-5mg/kg/dia, por um período de 6-8 semanas. Além disso, são considerados como tratamentos adjuvantes, os agentes biológicos e corticosteroides. Estes, quando associados a IGIV em pacientes de alto risco, reduzem a taxa de anormalidades nas artérias coronárias ^{3,4,5,6}.

Em decorrência da dificuldade do diagnóstico de DK atípica, muitas vezes atrasado devido a várias características peculiares e complicações, especialmente em crianças fora da idade típica. Relatamos um caso de paciente de 3 meses e 16 dias, com DK incompleto, e alterações importantes no ecocardiograma, apesar do uso de imunoglobulina.

2 | RELATO DE CASO

L.E.S, 3 meses e 16 dias, feminino, em uso de fórmula infantil desde os 45 dias de vida, natural e procedente de São Carlos, nascida a termo, de parto normal sem intercorrências ou comorbidades maternas prévias. Não havia histórico de doenças, alergias e apresentava vacinação em dia.

Paciente admitida na enfermaria pediátrica de média complexidade em hospital filantrópico devido a possível complicaçāo da doença mão, pé e boca diagnosticada e tratada anteriormente em outro serviço. Apresentava quadro de febre há cerca de 15 dias, recusa alimentar, fissura em lábios, relato de exantema polimórfico, choro sem lágrimas e oligúria. Corrigida desidratação, manteve melhora do exantema, com persistência dos demais sintomas. Diante do quadro de febre com hipótese prévia de doença mão, pé e boca foi feita a suspeita de provável infecção secundária, assim recorrendo para antibioticoterapia, porém ainda apresentando picos febris.

Devido a manutenção do quadro febril foi realizada triagem para febre sem sinais de localização, apresentando urina tipo 1 e urocultura negativa. Foi iniciado tratamento com ceftriaxone para bacteremia oculta, mantendo febre. Da mesma forma, nos exames laboratoriais, conforme Tabela 1, a paciente apresentava plaquetose, leucocitose, hipoalbuminemia, proteínas C creativa (PCR) aumentado, hemocultura e urocultura negativas, e raio x de tórax sem alterações. Além disso, após evidenciado um sopro cardíaco sistólico, a criança foi submetida a um ecocardiograma para pesquisa de endocardite que evidenciou o derrame pericárdico e dilatação de coronárias, conforme Imagem 1.

Exames Laboratoriais	Resultados
Plaquetas	1.007.000/uL
Leucócitos	32.700 ($\times 10^3$ /uL)
Proteína C reativa	15,8 mg/L
Velocidade de hemossedimentação	30 mm/hora
Albumina	2,1 g/dL

Tabela 1: exames laboratoriais coletados durante a internação que corroboraram a hipótese de DC incompleto.

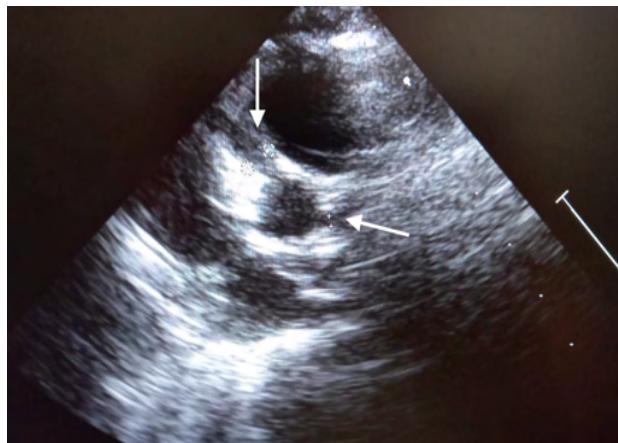


Imagen 1: ecocardiograma evidenciando derrame pericárdio moderado e dilatação de coronárias de 3.8mm e 1.8mm

No sexto dia de internação em enfermaria pediátrica, durante investigações, criança evolui com palidez, hipotermia, cianose de extremidades, pulsos não palpáveis, 25 minutos de parada cardiorrespiratória, episódio de convulsão e necessidade de intubação orotraqueal, droga vasoativa, sedação e internação em unidade de terapia intensiva (UTI). Dessa forma, foi realizada coleta de líquido cefalorraquidiano, ressonância magnética de crânio, PCR para Covid-19, porém sem alterações. Entretanto, pela suspeita de DK atípico com preenchimento de febre acompanhada de mais 2 sinais clínicos, além dos laboratoriais já descritos, foi realizado novo ecocardiograma, permanecendo o derrame pericárdico.

Em decorrência disso, no quinto dia de internação na UTI, com quadros persistentes de febre, lesões orais, acometimento de extremidades, hipoalbuminemia, aumento de velocidade de hemossedimentação, além dos achados sugestivos citados anteriormente, foi confirmada a hipótese diagnóstica de Doença de Kawasaki incompleta. Assim, foi iniciado tratamento com imunoglobulina 2g/kg/dia, ácido acetilsalicílico (AAS) 50 mg/kg/dia e prednisona 2mg/kg/dia por 10 dias.

Posteriormente, com o início do tratamento houve uma evolução favorável. Após 24 horas do início do tratamento, a paciente evoluiu com resolução do quadro febril, e após 48 horas na ausência de febre, o AAS foi reduzido para 5 mg/kg/dia. Solicitado

novo ecocardiograma, visualizando persistência de derrame pericárdico moderado com coronárias normais sem dilatações.

Com isso, após 22 dias de internação, com resolução favorável do quadro clínico, recebeu alta hospitalar com orientações gerais, associado a desmame de AAS 5mg/kg/dia e predinisolona 1mg/kg/dia. Outrossim, foi instruído a necessidade de realização de ecocardiograma uma vez por semana durante mais 5 semanas, além de acompanhamento ambulatorialmente com a equipe da pediatria, neuropediatria, cardiopediatria e imunologia.

3 | DISCUSSÃO

Ao comparar o caso apresentado com a literatura em questão, foi possível observar que a paciente difere da faixa etária mais predominante da DC citada pelos autores, que varia entre os 6 meses e 5 anos, por apresentar apenas quatro meses incompletos no momento do diagnóstico ^{1,2,3,4,5,6}. Tal fato demonstra a importância de suspeição para a doença em todas as faixas etárias, embora não seja comum sua ocorrência. Da mesma forma, podemos afirmar que os poucos relatos que constam na literatura, são de pacientes maiores do que sete meses de idade, reforçando a importância de tal relato.

Também foi possível observar, em relação aos critérios diagnósticos, que a paciente apresentou febre com mais 2 sinais clínicos (alterações orais e erupção cutânea polimórfica), além de todos os critérios laboratoriais, com plaquetose, leucocitose, elevação da PCR e VHS e hipoalbuminemia, conforme citado pelos autores ^{1,2,3,4,5,6}. Além dos sinais e sintomas apresentados, foi relatado pela família a presença de descamação periungueal sem a possibilidade de confirmação. Com relação aos achados ecocardiográficos foi constatado a presença de manifestações descritas na literatura, sendo derrame pericárdico moderado associado a dilatação de coronárias ^{3,4,6}. Também foi possível observar a ocorrência de uma parada cardiorrespiratória, complicações não relatadas na literatura. Porém, é importante ressaltar a importância do diagnóstico e tratamento precoce, visto o alto risco de desenvolvimento de anormalidades coronarianas, que podem ocorrer em até 20% dos pacientes não tratados ^{2,3,4,6}. Devido a isso, se faz necessário o seguimento cardiológico após o quadro visto que a alteração cardiológica, não necessariamente, deve ser precoce.

Com relação ao tratamento, foi preconizado, em concordância com a literatura, imunoglobulina associado a AAS e tratamento adjuvante com corticoide. Demonstrando uma boa resposta ao tratamento como evidência do diagnóstico correto, a paciente evoluiu com resolução do quadro febril após 24 horas da infusão da imunoglobulina, e após 48 horas na ausência de febre, o AAS foi reduzido para 5 mg/kg/dia, afim de reduzir o risco de trombose de coronária ^{3,4,5,6}.

Diante do exposto, é possível inferir a importância e necessidade de se abordar um tema raro fora da faixa etária mais frequente exposta pela literatura, para que ocorra a suspeição frente aos sinais clínicos e laboratoriais, além de abordar os possíveis

diagnósticos diferenciais. Devido a isso, é possível evitar complicações com a introdução de um tratamento precoce, que diminui as taxas de morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

1. CIMAZ, R.; SUNDEL, R. Atypical and incomplete Kawasaki disease. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, v. 23, n. 5, p. 689-697, 2009.
2. DINIZ, Lílian Martins Oliveira et al. The diagnosis challenge of the incomplete Kawasaki disease. Rev Med Minas Gerais, v. 25, n. 1, p. 111-115, 2015.
3. HAHMANN, Luciana; FOLINI, Naiane Taíssa. Relato de caso: doença de Kawasaki atípica em criança de oito meses. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 10, p. 98614-98622, 2021.
4. LI, Tianhua et al. Correct identification of incomplete Kawasaki disease. **Journal of International Medical Research**, v. 49, n. 3, p. 03000605211001712, 2021.
5. MA, Wei; SUN, Juan; WANG, Huaili. Incomplete Kawasaki disease in the 2-month-old infant: a case report. Medicine, v. 97, n. 50, 2018
6. PEREIRA, Lívia Figueiredo et al. Doença de Kawasaki incompleta com apresentação de febre de origem indeterminada.

CAPÍTULO 14

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O PAPEL DA ENFERMAGEM NESSE DESAFIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/09/2022

Data de submissão: 08/07/2022

Letícia Sousa do Nascimento
Universidade do Estado do Pará – UEPA
Tucuruí - PA
<http://lattes.cnpq.br/0374966986460073>

Gabriel Costa Vieira
Universidade do Estado do Pará – UEPA
Tucuruí – PA
<http://lattes.cnpq.br/4965282819864493>

Rita Neta Gonçalves da Cruz
Universidade Norte do Paraná – UNOPAR
Tucuruí – PA
<https://orcid.org/0000-0001-6192-7940>

Renata Campos de Sousa Borges
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Tucuruí - PA
<http://lattes.cnpq.br/6353198861522449>

Darielma Ferreira Morbach
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Tucuruí - PA
<http://lattes.cnpq.br/2776008446058722>

Mirian Letícia Carmo Bastos
Universidade do Estado do Pará – UEPA
Tucuruí – PA
<http://lattes.cnpq.br/8955301814486507>

Karoline Costa Silva
Universidade do Estado do Pará – UEPA
Tucuruí – PA
<http://lattes.cnpq.br/5743741343497128>

Julyany Rocha Barrozo de Souza

Universidade do Estado do Pará - UEPA
Tucuruí - PA
<http://lattes.cnpq.br/0515729819059715>

Dayane Vilhena Figueiró

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Tucuruí – PA
<http://lattes.cnpq.br/1565290844961271>

Maria Clara Silva Souza

Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências
Humanas Gamael
Tucuruí-PA
<http://lattes.cnpq.br/7991486866008114>

Silvio Henrique dos Reis Junior

Universidade do Estado do Pará – UEPA
Tucuruí – PA
<http://lattes.cnpq.br/8059664351940112>

Daniele Lima dos Anjos Reis

Universidade do Estado do Pará - UEPA
Tucuruí - PA
<http://lattes.cnpq.br/0963111001424655>

RESUMO: O trabalho objetivou observar, nas bases citadas, com intermédio de estudos realizados entre 2016 a 2020, pesquisas que permeiam a perspectiva do enfermeiro quanto ao enfrentamento da violência sexual contra mulheres. Para a elaboração da pesquisa, realizou-se um estudo com abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa da literatura, com a coleta sendo realizada nas plataformas de dados da SciELO, PubMed e LILACS. Para isso, os descritores a serem utilizados para o método

de busca, presentes nos DeCS/Bireme e MeSH/PubMed, que norteiam ao objetivo da pesquisa, são: Violência contra a mulher (Violence against woman); Violência Sexual (Sexual Violence); cuidados de enfermagem (Nursing care). A interligação desses descritores será realizada nas línguas portuguesa e inglesa, por meio do operador booleano “AND”. Por meio da leitura na íntegra, os estudos foram divididos em 3 apêndices: a) papel da enfermagem frente a violência sexual, b) impressões do paciente no atendimento, c) formação profissional do enfermeiro nos casos de violência sexual. Depreende-se, portanto, o papel essencial da enfermagem no enfrentamento junto às vítimas de violência sexual, uma vez que o processo do cuidar vai muito além de aplicações pré-concebidas, mas na aplicação da visão humana e empática frente a uma situação tão agressiva. Seguidamente, demonstra que, de modo geral, a enfermagem desempenha importante papel no que concerne às aplicações do processo de humanização no atendimento, sendo este de grande valia e que pode favorecer e mudar muitos aspectos relacionados a ocorrência da violência sexual.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Abuso sexual; Gênero.

SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN AND THE ROLE OF NURSING IN THIS CHALLENGE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The study aimed to observe, in the aforementioned bases, through studies carried out between 2016 and 2020, studies that permeate the nurses' perspective on coping with sexual violence against women. For the elaboration of the research, a study was carried out with a qualitative approach, of the integrative literature review type, with the collection being carried out in the SciELO, PubMed and LILACS data platforms. For this, the descriptors to be used for the search method, present in the DeCS/Bireme and MeSH/PubMed, which guide the research objective, are: Violence against woman; Sexual Violence; nursing care. The interconnection of these descriptors will be carried out in Portuguese and English, using the Boolean operator “AND”. By reading in full, the studies were divided into 3 appendices: a) role of nursing in the face of sexual violence, b) impressions of the patient in care, c) professional training of nurses in cases of sexual violence. Therefore, the essential role of nursing in coping with victims of sexual violence can be seen, since the care process goes far beyond preconceived applications, but in the application of a human and empathic vision in the face of such an aggressive situation. It then demonstrates that, in general, nursing plays an important role in the application of the humanization process in care, which is of great value and can favor and change many aspects related to the occurrence of sexual violence.

KEYWORDS: Violence; Sexual abuse; Genre.

1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é entendida e observada como um fator ligado diretamente ao gênero, que resulta em óbito ou em danos momentâneos ou permanentes, sejam físicos ou psicológicos. Nesse ponto, a violência sexual contra a mulher se mostra de grande atenção, uma vez que não se trata de um desejo ou atração, mas exercida como instrumento de dominação do homem sobre a mulher, que acredita que esta não tem

vontades e que servem como objetos de desejos (BANDEIRA, 2014).

O conceito de gênero veio para sobrepor as categorias antes delimitadas como sexo feminino e masculino, pois estes, antes, pressupunham um papel que era social a aspectos biológicos. Ou seja, que os fundamentos anatômicos não eram o que definiriam os papéis sociais entre homem e mulher. Nesse aspecto vale observar que, antes, o homem tinha total controle sobre suas esposas, desde o âmbito social ao privado, tendo direito a dominação nas questões sexuais e até da violência, se assim preferissem (GONZALES, 2014).

Por isso, a violência contra a mulher, ainda persistente, encontra bases em categorias passadas expressas como normais e que ainda permeiam o presente. Essa desigualdade expressa historicamente se modifica em relações desequilibradas de poder e fundamental a noção errônea de poder sobre seus corpos e suas escolhas (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016).

No Brasil, a violência sexual é considerada crime, como é observado na lei 12.015 que diz que a ação violenta, seja intencional ou cometida com objetivo de constranger por um ato antecedente de ameaça a manter relações sexuais ou outro ato libertino qualquer (CAVALCANTI *et al.*, 2015). Nesse aspecto, a violência sexual contra a mulher se mostra um verdadeiro atentado quanto ao direito humano, sexual e de escolha do sexo feminino, bem como uma agressão direta e de grandes traumas envolvidos, responsável por sofrimento e dor, seja de ordem física ou psicológica (FORNARI; LABRONICI, 2017).

Frente a toda a problemática abordada, tanto a atenção primária quanto a enfermagem possuem papel fundamental no atendimento e acolhimento à vítima violada. Todavia, alguns estudos demonstram que a mulher em situação de agressão procura as unidades apenas para receber os cuidados necessários devido à violência que sofreu, e não para relatar os motivos pelos quais a realmente levou para a busca profissional (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016).

Além disso, existe na literatura que, muitas vezes, o profissional da saúde, devido a uma certa defasagem no atendimento, seja pela falta de tempo, seja pelo medo de ofender à vítima fazendo questionamentos sobre a origem de certas lesões ou a percepção de que, muitas vezes, elas, mesmo diante da obviedade do caso, busquem outras respostas para não afirmarem que sofreram alguma violência por parte do parceiro ou parceira (SOUZA; CINTRA, 2018).

Na maioria dos casos, os serviços de saúde em si não possuem equipes que estejam aptas para observar os sinais dessa violência. Além disso, em se tratando do quesito saúde, a violência se torna atendimento cotidiano, seja pela frequência, seja pela continuidade com que se apresenta. Sob esse viés, é importante entender que a vítima, ao chegar em uma instituição de saúde, se encontra debilitada e com diversos medos, dentre eles, o de ser julgada ou da pessoa que cometeu o crime. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro e aos demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional, o estabelecimento do vínculo com a paciente, atribuindo a humanização, a segurança e o cuidado (SAFFIOTI,

1994).

O trabalho teve como objetivo observar, nas bases citadas, com intermédio de estudos realizados entre 2016 a 2020, pesquisas que permeiam a perspectiva do enfermeiro quanto ao enfrentamento da violência sexual contra mulheres, bem como apontar aspectos que ainda existem na sociedade e que corroboram esse tipo de violência, buscar na literatura, sobre a violência sexual contra mulheres e as medidas utilizadas para humanização do atendimento, demonstrar a importância de um atendimento humanizado e do preparo da equipe frente a esse tipo de ocorrência e analisar quais as principais condutas observadas no atendimento à mulher vítima de violência sexual.

2 | METODOLOGIA

Para a elaboração da pesquisa, utilizou-se o método qualitativo, do tipo revisão integrativa da literatura, a qual busca estudos pré-concebidos a fim de analisar e reunir, por meio destes, as informações necessárias e o que se tem, hoje, de informações que, de alguma forma, buscaram compreender e explanar a temática. Para o sucesso do embasamento teórico assertivo, foram utilizados os passos que a revisão integrativa estabelece como premissa para uma reunião de dados satisfatória, sendo eles: 1) pergunta norteadora, 2) busca de pesquisas, 3) retirada de dados, 4) análise e escolha dos estudos baseados nos critérios inclusivos e exclusivos, 5) discussão dos resultados, 6) demonstração dos resultados da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Nesse sentido, para a construção da pergunta da pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO, sendo essa delimitada como: P – população: mulher; I – intervenção: atuação da enfermagem; Co - contexto: estabelecer o papel da enfermagem a violência contra a mulher (GRUPO ĀNIMA EDUCAÇÃO, 2014). Assim, a pesquisa baseia-se na seguinte questão: quais os desafios para a promoção dos cuidados à mulher em situação de violência sexual?

Os estudos a serem trabalhados serão retirados consoante nas bases de dados da biblioteca virtual SciELO, PubMed (National Library of Medicine and National Institutes of Health) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Para isso, os descritores a serem utilizados para o método de busca, presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme) e Medical Subject Headings (MeSH/PubMed), que norteiam ao objetivo da pesquisa, são: Violência contra a mulher (*Violence against woman*); Violência Sexual (*Sexual Violence*); cuidados de enfermagem (*Nursing care*). A interligação desses descritores será realizada nas línguas portuguesa e inglesa, por meio do operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão para essa pesquisa concerniram em: manuais, artigos completos de revista ou online, periódicos de livre acesso, redigidos na língua portuguesa ou na inglesa, que estejam de acordo com o que foi definido como eixo temático. O critério atribuído às linguagens deve-se ao fato de serem as línguas mais utilizadas na comunidade

acadêmica e mais presente nas bases de dados pesquisadas.

Os critérios de exclusão foram: manuais da saúde, monografias, dissertações, teses, resumos, necessidade de pagamento para ter acesso, trabalhos que não abrangeram de modo satisfatório os anseios da pesquisa.

Com isso, a partir da utilização do operador booleano “AND” conectado aos descritores, obteve-se o total de 13.127 estudos, sendo eles divididos em: 6.977 na plataforma LILACS; 5868 na PUBMED e 282 na SciELO, consoante a Tabela 1.

Descriptores + operador “AND”	Plataforma		
	LILACS	Pubmed	SciELO
Violencia Sexual AND Violencia Contra a Mulher	3373	15	233
Violencia Sexual AND Violencia Contra a Mulher AND Cuidados de Enfermagem	119	0	0
Violencia Sexual AND Cuidados de Enfermagem	368	1	0
<i>Sexual Violence AND Violence Against Woman</i>	2041	2969	46
<i>Sexual Violence AND Violence Against Woman AND Nursing Care</i>	109	223	0
<i>Sexual Violence AND Nursing Care</i>	967	2660	3

Tabela 1 – Quantitativo de estudos encontrados

No entanto, com a aplicação dos critérios de elegibilidade, obteve-se uma nova margem de quantidade de estudos associados, sendo eliminados do total de 11.213 dos estudos totais. Com base nessa eliminação, o restante de 1690 foram os estudos que tiveram seus títulos lidos e, com isso, uma nova amostragem da pesquisa foi obtida.

Outrossim, foram excluídos 224 artigos por motivos de duplicata em uma ou mais vezes nas plataformas pesquisadas. Não somente, houve a retirada dos artigos pré-selecionados que, a partir da filtragem da pesquisa, constaram-se 20 (Quadro 1). Essa denominação foi feita a partir de um formulário que teve como finalidade de arredondar a pesquisa, ressaltando-se as plataformas pesquisadas, os temas, os autores/datas, os periódicos, os status de aprovação ou de reprovação da pesquisa e o porquê de serem elegíveis.

Biblioteca virtual	Autor(es)/Data	Título	Aprovado	Motivo
SciELO	AGUIAR <i>et al.</i> , 2019	Vocational training and sexual assault against women: challenges for graduation in nursing	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	SILVA <i>et al.</i> , 2020	Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica do PSF	Não	Corresponde a proposta temática
LILACS	BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020	A percepção da vítima de violência sexual quanto ao acolhimento em um hospital de referência no Paraná	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	MOREIRA <i>et al.</i> , 2018	Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	SOUZA; REZENDE, 2018	Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos	Sim	Corresponde a proposta temática
SciELO	PINTO <i>et al.</i> , 2017	Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual	Não	Não se associa à delimitação proposta pelo tema
SciELO	DELZIOVO <i>et al.</i> , 2018	Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil	Não	Não se associa à delimitação proposta pelo tema
LILACS	MOTA; AGUIAR, 2020	Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	PASSOS; TELES; OLIVEIRA, 2019	Da violência sexual e outras ofensas contra a mulher com deficiência	Não	Não se associa à delimitação proposta pelo tema
LILACS	ARMADA e SILVA <i>et al.</i> , 2017	Estratégias do enfermeiro no atendimento à mulher vítima de violência no serviço de Emergência	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	MORAIS; GERK; NUNES, 2018	Enfermeira da estratégia de saúde da família: abordagem frente à mulher em situação de violência	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	SILVA <i>et al.</i> , 2017	Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	SOUZA; MARTINS, SILVA, 2017	O enfermeiro e a preservação de vestígios frente à violência sexual contra a mulher	Sim	Corresponde a proposta temática
SciELO	CORDES; PADOIN, 2016	Intencionalidade da ação de cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	BEZERRA <i>et al.</i> , 2016	Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	NETA <i>et al.</i> , 2020	Mulheres vítimas de abuso sexual em um município da Amazônia	Sim	Corresponde a proposta temática

LILACS	TRIGUEIRO <i>et al.</i> , 2018	Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual	Sim	Corresponde a proposta temática
LILACS	FREITAS <i>et al.</i> , 2017	Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher	Sim	Corresponde a proposta temática
PUBMED	PINTO <i>et al.</i> , 2017	Women's protection public policies: evaluation of health care for victims of sexual violence	Não	Não se associa à delimitação proposta pelo tema
SciELO	VIEIRA <i>et al.</i> , 2016	Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde	Sim	Corresponde a proposta temática

Quadro 1 - Estudos pré-selecionados

Após isso, a construção do trabalho foi determinada sobre quais pesquisas seriam selecionadas a partir dos estudos pré-selecionados. Deste modo, das 20 pesquisas pré-selecionadas, 15 foram escolhidos para a leitura na íntegra. Na Figura 1, consoante o método prismático, estão melhor contextualizadas as etapas de seleção atribuídas no trabalho.

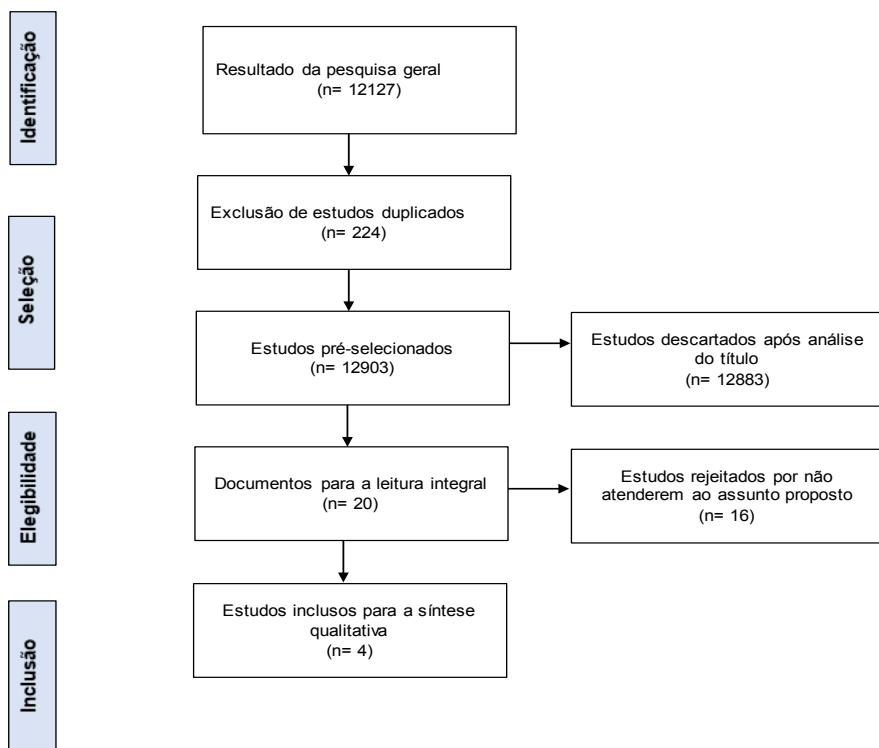


Figura 1 – Fluxograma com os aspectos das delimitações dos artigos

3 | RESULTADOS

Com os critérios de inclusão e exclusão especificados e leitura na íntegra dos trabalhos, foram descartados 11 e selecionados 4 para a formulação dos resultados e discussão. Além disso, no Quadro 2 evidencia quais e associa os artigos selecionados e suas características, sendo as principais expressas: número de estudos, autor(es) e data, tema do artigo, idioma da publicação, objetivos, resultados e métodos.

Nº	Autor/data	Tema	Idioma	Objetivos	Resultados	Métodos	Base de dados
1	AGUIAR <i>et al.</i> , 2019	Vocational training and sexual assault against women: challenges for graduation in nursing	Inglês	Compreender os significados da violência sexual contra a mulher na visão de alunos, professores e gestores universitários do curso de graduação em enfermagem; e compreender como os conteúdos sobre a temática são abordados nos cursos de graduação em Enfermagem em Instituições de Ensino Superior.	A temática é abordada de forma fragmentada em diferentes contextos acadêmicos, o que leva à reflexão da temática na formação do enfermeiro, estendendo-se à sua atuação profissional	Estudo qualitativo	SciELO
2	BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020	A percepção da vítima de violência sexual quanto ao acolhimento em um hospital de referência no Paraná	Português	Compreender os sentidos da violência sexual contra a mulher na visão de alunos, professores e gestores universitários da graduação em Enfermagem; e entender de que modo os conteúdos sobre esta temática são abordados nos cursos de graduação em Enfermagem nas Instituições de Ensino Superior.	O tema é abordado de forma fragmentada em diferentes contextos acadêmicos, o que leva à reflexão da temática na formação do enfermeiro, estendendo-se à sua atuação profissional.	Estudo qualitativo	SciELO
3	MOTA; AGUIAR, 2020	Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.	Português	Analizar a percepção dos enfermeiros sobre o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual na atenção primária	A empatia foi um sentimento presente nos enfermeiros, bem como a frustração; a falta de conhecimento específico sobre a temática e a dificuldade na identificação dos casos de violência sexual também estiveram presentes e podem resultar na subnotificação dos casos na atenção primária	Estudo qualitativo	LILACS

4	SOUZA; MARTINS, SILVA, 2017	O enfermeiro e a preservação de vestígios nos casos de violência sexual	Português	Investigar a preservação de vestígios pelo enfermeiro durante o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual em um serviço de urgência e emergência do estado de Sergipe.	Ao realizar o questionamento sobre a importância da identificação, coleta e preservação de vestígios no serviço hospitalar, 82% dos entrevistados concordaram que tais ações são muito importantes para o adequado andamento e desfecho dos casos de violência sexual, 14% consideraram-nas importante e 4% pouco importante. Além dos vestígios materiais, vale ressaltar que o relato da vítima também foi considerado extremamente relevante para a resolução dos casos pelos profissionais	A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo e com abordagem quantitativa LILACS

Quadro 2 - Artigos para a síntese qualitativa

As pesquisas, conforme os objetivos gerais, estão dentro do período de 2015 a 2020, dos quais 75% (n=3) predominaram no ano de 2020 e 25% (n=1) no ano de 2017. No que concerne às plataformas de dados, ficou dividido em 50% (n=2) advindos da SciELO e 50% (n=2) da LILACS.

Quanto à língua escrita e publicada, 75% (n=3) foram na língua portuguesa e 25% (n=1) na língua inglesa. Na metodologia, 75% (n=3) foram com abordagem qualitativa, 25% (n=1) descritivo e quantitativo.

A partir disso, pôde-se analisar os estudos e inseri-los na discussão, realizando o comparativo e apontamento das partes principais e associar, contradizer ou confirmar informações abordadas entre um e outro.

4 | DISCUSSÃO

A revisão integrativa tem como objetivo resumir e comprimir informações e reuni-las de modo sintético acerca de uma temática pré-definida, de forma abrangente e que constitui uma nova forma de entendimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Por meio da leitura na íntegra, os estudos foram divididos em 3 apêndices: a) papel da enfermagem frente a violência sexual, b) impressões do paciente no atendimento, c) formação profissional do enfermeiro nos casos de violência sexual.

Com isso, dadas as divisões citadas acima, construiu-se a revisão integrativa. Sob esse viés, no primeiro texto, de Aguiar *et al.* (2019), foi observado que nas instituições de

ensino se carece de discursos que fomentem o conhecimento dos alunos na percepção de situações-problemas que envolvem a temática da violência sexual contra a mulher. Ainda, que devido à complexidade desse tema e de sua seriedade, são gerados entraves na atuação e percepção dos profissionais frente a casos referente ao abuso sexual de mulheres.

Nesse sentido, é válido ressaltar que violência de gênero é um problema social de extrema complexidade e reverbera negativamente sobre o bem-estar biopsicossocial da mulher. Esta está pautada em quaisquer atos que interfiram desde a lesões físicas, traumas psicológicos até mesmo a abusos sexuais e sua morte. Com isso, dentro da gravidade desse fenômeno social, em referência às políticas públicas que atenuem essas ocorrências, foi definida, na Carta Magna do Brasil, de 1988, a inserção da Lei Maria da Penha, de 2006, a fim de que esses casos, desde sua sanção, fossem tratados com o rigor necessário pelas autoridades competentes (BRASIL, 2006). Segundo esta Lei, é compreendido que:

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2006).

Entretanto, apesar das leis que as regem, diariamente, existe um percentual significativo no concerne às mulheres vítimas da violência. Não somente, também, é importante salientar que estudos realizados apontam que a maior parte da violência cometida advém de parceiros próximos e sofrida por, em maioria, por mulheres mais pobres, desempregadas, negras, periféricas e com baixo grau de instrução (SAMPAIO; AQUINO, 2016).

Não obstante, ainda no estudo de Aguiar *et al.* (2019) revela que o modelo biológico, muitas vezes, não deveria ser o carro-chefe quando se analisa esses fatores, pois ele preconiza apenas a atenção quando há presença de lesões visíveis, um modelo linear, generalista e lógico, e não se pauta na observação dos fatores silenciosos, no que se faz subjetivo. Quando essa temática não é atendida sob uma forma holística, o assunto tende a ser ignorado, dificultando e silenciando um tema tão emergente, impedindo a observação analítica do contexto social em que as mulheres podem se encontrar. Por isso, há a necessidade da humanização no atendimento, do acolhimento dessas vítimas, a fim de prevenir e enfrentar a questão e cabe ao ambiente acadêmico ser capaz de incitar essa reflexão e o desenvolvimento crítico.

Além disso, no segundo estudo, de Souza, Martins e Silva (2017), é relatado não somente a condução adequada da vítima de violência sexual durante o processo de triagem e cuidado, mas no mantimento dos materiais coletados durante os exames que possam auxiliar e servir como provas de análise da perícia e, posteriormente, na busca pelo

agressor. O estudo, separado em três subdivisões (busca de provas materiais da agressão, informações referentes à vítima e informações dos peritos, respectivamente). Com isso, foi estabelecido entre a maioria que a associação entre a preservação dos vestígios materiais e do relato da vítima são de extrema importância para o fechamento do caso.

Porém notou-se certa deficiência na formação e na carga teórica e prática necessária para a conservação desses materiais, o que concorda com o primeiro estudo, de Aguiar *et al.* (2020), no que diz respeito à falta de abordagem necessária para que esses casos não sejam negligenciados ou tratados sem o devido rigor, que podem implicar na alteração e/ou perda da amostra coletada no corpo de delito pela equipe forense. Apesar disso, os profissionais enfermeiros entrevistados, em sua maior parte, reconhecem a importância manuseio adequado das provas, e não somente por cumprimento protocolar.

Frente a toda a problemática abordada, infere-se que tanto a atenção primária quanto a enfermagem possuem papel fundamental no atendimento e acolhimento à vítima violada. Todavia, alguns estudos demonstram que a mulher em situação de agressão procura as unidades apenas para receber os cuidados necessários devido à violência que sofreu, e não para relatar os motivos pelos quais a realmente levou para a busca profissional (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016).

Além disso, existe na literatura que, muitas vezes, o profissional da saúde, devido a uma certa defasagem no atendimento, seja pela falta de tempo, seja pelo medo de ofender à vítima fazendo questionamentos sobre a origem de certas lesões ou a percepção de que, muitas vezes, elas, mesmo diante da obviedade do caso, busquem outras respostas para não afirmarem que sofreram alguma violência por parte do parceiro ou parceira (SOUZA; CINTRA, 2018).

Por isso, a ideia do cuidado em si deve ter maior dimensão nesses casos, uma vez que muitos desafios são implicados para que possa existir, de fato, uma resolutividade adequada. Então, desde o momento que a mulher resolve procurar uma instituição de saúde a fim de um atendimento especializado, é necessário que a enfermagem tenha um pouco mais do que apenas as habilidades necessárias para um atendimento habitual, mas que possa desempenhar o cuidado, a humanização, o acolhimento e o exercício do ouvir, de maneira necessária, para que possa encontrar subterfúgios para rastrear variáveis que possa colocar a vítima em um maior risco para sua integridade (BAPTISTA, 2015).

Ademais, no estudo de número 3, de Mota, Aguiar (2020), o sentimento de empatia é um dos mais referenciados quando perguntados às pacientes vítimas de violência sexual sobre o atendimento dos enfermeiros, concorda com o terceiro estudo quanto ao papel da enfermagem na construção de uma atmosfera de acolhimento, uma vez que ao isso não acontecer, as mulheres vítimas podem desistir do prosseguimento no atendimento, que favorece a subnotificação dos casos, prejudicando a epidemiologia e medidas para evitar a recorrência e a sensibilização social sobre a temática.

O tema se associa ao que é proposto por Aguiar *et al.* (2020), que o profissional

ao se deparar com algo que não possui o domínio correto, acaba tratando a situação de forma muito protocolar e deixa de lado partes importantes, como a humanização. Ressalta, também, a necessidade de o enfermeiro desenvolver habilidades específicas para desempenhar durante o estabelecimento da relação profissional-paciente, a qual, depende de ser boa ou ruim, pode determinar o desfecho adequado ou não para os casos de violência sexual contra a mulher.

No quarto documento, de Batistetti, Lima e Souza (2020), foi realizada uma análise feita a partir da visão da paciente vítima de abuso sexual sobre o profissional de enfermagem no seu atendimento, além da aplicação de condutas partidas destes frente aos seus anseios. Além do relato de seriedade e competência técnica, a subjetividade foi fator importante para as pacientes quanto ao atendimento dos enfermeiros, como o fornecimento de explicações sobre os procedimentos e os cuidados individualizados, o que vai de encontro ao estudo de Souza *et al.* (2020) que relatou a sobreposição do modelo biomédico em detrimento a humanização com o paciente.

Em Batistetti, Lima e Souza (2020), também é corroborado o que se aplica no estudo de Aguiar *et al.* (2020), ao demonstrar a necessidade das instituições em promover capacitações e lideranças na equipe profissional no atendimento à vítima de violência sexual. Desse modo, ao estabelecer a confiabilidade, bem como o ambiente propício de acolhimento dessa demanda, consoante o que apregoa o Ministério da Saúde em suas diretrizes, principalmente, no que concerne à Bioética Principalista, foram evidenciadas as experiências do sexo feminino nessa unidade como muito positivas e, por vezes, negativas, mas com o devido acolhimento, proteção e respeito esperados por elas.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depreende-se, portanto, o papel essencial da enfermagem no enfrentamento junto às vítimas de violência sexual, uma vez que o processo do cuidar vai muito além de aplicações pré-concebidas, mas na aplicação da visão humana e empática frente a uma situação tão agressiva. Seguidamente, demonstra que, de modo geral, a enfermagem desempenha importante papel no que concerne às aplicações do processo de humanização no atendimento, sendo este de grande valia e que pode favorecer e mudar muitos aspectos relacionados a ocorrência da violência sexual.

Ainda, é de extrema necessidade a atuação conjunta à equipe interdisciplinar, cuja pode favorecer o amparo esperado pela vítima e a execução de um serviço, que permita o compartilhamento de sentimentos e de respeito de forma que a mulher se sinta confortável e que sinta a possibilidade de acreditar na capacidade da equipe em tratá-la e favorecer a reintegração de sua autoestima e de sua autonomia.

Vale inserir, também, a formulação ou reformulação de medidas que possam contribuir para o melhoramento no atendimento dessas vítimas, bem como a estipulação de

um modelo que transcendia o modelo biomédico, observando a paciente em todas as suas esferas, e não apenas como uma vítima de abuso. Assim, o mantimento e a constante evolução social poderia partir de um bem que se faz tanto ao paciente quanto ao profissional e unidade de atendimento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. A. R. *et al.* Vocational training and sexual assault against women: Challenges for graduation in nursing. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-8145202000100211&script=sci_arttext. Acesso em: 21 abr. 2021.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.
- BAPTISTA, R. S. *et al.* Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, p. 210-217, 2015.
- BATISTETTI, L. T.; LIMA, M. C. D.; SOUZA, S. R. R. K. A percepção da vítima de violência sexual quanto ao acolhimento em um hospital de referência no Paraná. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 168-174, 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7191/pdf_1. Acesso em: 21 abr. 2021.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 151, p. 1-56, 8 ago. 2006.
- CAVALCANTI, L. F. *et al.* Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde em Debate**, v. 39, 1079-1091 p., 2015.
- ERCOLE, F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.
- FORNARI, L. F.; LABRONICI, L. M. O Processo De Resiliência Em Mulheres Vítimas De Violência Sexual: Uma Possibilidade De Cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2017.
- GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa**: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf. Acesso em: 29 ago. 2020.
- MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, 758-764 p., 2008.

MOTA, J. A.; AGUIAR, R. S. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. **Nursing** (São Paulo), p. 3848-3651, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-1100410?src=similardocs>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. **Violência de gênero no Brasil atual**. Estudos feministas, 443-461 p., 1994.

SAMPAIO, R. O.; DE AQUINO, G. B. Perfil das mulheres vítimas de violência doméstica de uma cidade do interior da Zona da Mata Mineira. **Revista Científica da Faminas**, v. 9, n. 3, 2016.

SOUZA, A. A. C.; CINTRA, R. B. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, 77-86 p., 2018.

SOUZA, A. C. D.; MARTINS, I. S.; SILVA, J. O. M. O enfermeiro e a preservação de vestígios nos casos de violência sexual. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5366>. Acesso em: 15 abr. 2021.

VASCONCELOS, M.S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, T. T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

SOBRE OS ORGANIZADORES

ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA - Doutor e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, Especialista em Atividade Física para Grupo Especial pela Universidade do Grande Rio, Especialista em Gestão Pública e Educação a Distância e as Novas Tecnologias pela Faculdade de Tecnologia e Ciências do Alto Paranaíba. Graduado e Licenciado em Educação Física pela Universidade Católica de Brasília e Pedagogia pelo Instituto de Educação Superior de Samambaia. Realiza estágio Pós-doutoral no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Professor Pesquisador e Orientador de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Ciências do Comportamento, Professor Pesquisador no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares, ambos da Universidade de Brasília. Foi professor e orientador no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica pelo Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal. Atuou como orientador no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. É professor de Educação Física na Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, atuando no Ensino Especial. Líder da linha de pesquisa cadastrada no CNPQ: Trabalho-Educação, Juventude(s) e Tecnologias da Informação e Comunicação. Membro do Grupo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Coletiva – GEISC da Universidade Federal de Rondônia. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília. Tem experiência em coordenação pedagógica, gestão de projetos em ensino a distância, supervisor de cursos ou disciplinas, através da Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Participa como colaborador Ad Hoc de ações em saúde pública, através do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). Tem experiência como editor chefe, membro de conselho editorial de periódico científico internacional, nacional e de editora. É membro do Colégio Europeu de Ciência do Esporte. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2167-9345>

JITONE LEÔNIDAS SOARES - Doutor em Ciências da Saúde (UnB), Mestre e Licenciado em Educação Física pela Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Planejamento, Implementação e Gestão de Educação a Distância pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Especialista em Inovação em Mídias Interativas pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Especialista em Gestão Pública pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Especialista em Educação Aberta e Digital pela Universidade Aberta de Portugal (UAberta) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Há 06 anos é docente no Ensino Superior e há 15 anos é desenvolvedor de Educação a Distância na Graduação, Pós-graduação e Extensão. É desenvolvedor do site do Centro de Memória da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília (CEMEFEF-UnB). É professor substituto nos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física da Universidade de Brasília (FEF-UnB), ministrando as disciplinas de Estágio Supervisionado 1, Estágio Ensino Médio e EJA,

Educação Física e Práticas Corporais, Seminário de Pesquisa em Educação Física. Ministrou as disciplinas Teorias do Lazer; Educação Física: leis, normas e políticas; Aprendizagem e desenvolvimento motor. Participou da implementação e gestão dos cursos de Educação Física a distância da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília (FEF-EaD-UnB), sendo o Pró Licenciatura e UAB - Universidade Aberta do Brasil. Foi Coordenador Pedagógico da Especialização em Equoterapia da FEF-UnB. Revisor de periódico na Revista Research, Society and Development Journal, sendo professor voluntário no Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM-UnB, no Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde, ofertando as disciplinas da graduação Promoção da Saúde 3 e Aprendizagem e Desenvolvimento Motor Humano 2. Coordenador de ações de extensão em EaD no contexto da Saúde. Membro do Comitê Gestor da UNASUS-UnB - Universidade Aberta do SUS e professor orientador no curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Coordenador de Produção de Educação a Distância no Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (ECoS), do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB). Tem experiência em Educação a Distância no setor público em projetos Nacionais e Internacionais em língua Inglesa e Espanhola, coordenando a produção tecnológica de cursos online para o Ministério da Saúde, ONU - Organização das Nações Unidas - ONU Mulheres, OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde - OMS. Foi professor membro da Coordenação da Comunidade Virtual de Aprendizagem e de Práticas do Departamento de Psicologia da UnB. Atuou como gerente e coordenador de produção de cursos online no Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília CEAD-UnB, Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília / Universidade Aberta do SUS e Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde - (FIOTEC). Tem 15 anos de experiências em planejamento, implementação e gestão de graduação EaD, pós-graduação EaD e extensão EaD em projetos entre a UnB, UniR, UniFAP. Foi gerente de produção de EaD na idealização dos cursos online do programa de voluntariado do Governo Federal para a copa do mundo da FIFA Brasil 2014 para o Ministério do Esporte, bem como projetos para o Ministério da Educação - Conselhos Escolares e INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Ministério da Justiça, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério do Trabalho e Emprego, Coordenadoria de Capacitação e Educação - PROCAP-UnB, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Escola Virtual da Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal (EV-ANFIP) e outras. Tem interesse por: Educação Física Escolar, DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Educação a Distância, mHealth, Inteligência Artificial. Lattes iD: <http://lattes.cnnpq.br/4164323373412245>. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7246-7759>

VÂNIA MARIA MORAES FERREIRA - Possui graduação em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Federal do Pará (1992), Mestrado e Doutorado em Neuropsicofarmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1996 e 2000), Doutorado Sandwich na Universidade do Novo México - EUA (2000) e Pós-Doutorado pela Universidade de Austin (Waggoner Center for Alcohol and Addiction Research) Texas, EUA (2001) e Tufts University

- Medford, EUA (2020). Atualmente é Professora Titular da Universidade de Brasília (UnB). Área de interesse: Neurociências; Cirurgia experimental; Farmacologia da dor, inflamação e infecção; e Farmacologia dos produtos naturais. Credenciada nos Programas de Pós-Graduação em Ciências Médicas (Faculdade de Medicina/UnB) e Ciências do Comportamento (Instituto de Psicologia/UnB). Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/0517271370281077>. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8532-0542>

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abuso sexual 165, 169, 173, 175
- Administração de recursos 10, 16
- Ambiente de trabalho 110, 111, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155
- Análise espacial 31, 32, 36

C

- Categorias de trabalhadores 131

D

- Disfunções pélvicas 80, 136, 138, 140
- Drenagem linfática 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54

E

- Educação em saúde 26, 59, 67, 109, 144
- Enfermagem 2, 5, 7, 8, 9, 16, 20, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 64, 67, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 95, 96, 97, 104, 105, 107, 109, 112, 115, 120, 145, 146, 150, 151, 156, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178
- Enfermagem do trabalho 109, 112
- Estilo de vida saudável 109, 117
- Exantema 158, 160

F

- Febre 158, 159, 160, 161, 162, 163
- Fisioterapia 16, 26, 28, 42, 52, 146

G

- Gênero 33, 165, 166, 173, 176, 177
- Grávida 42

H

- Humanização da assistência 75, 76

I

- Incontinência urinária 98, 101, 102, 105, 107, 131, 132, 136, 139, 141, 142, 144, 145, 146
- Instrumento de verificação de saúde 122

L

Lombalgia crônica 24, 28, 29, 30

M

Mortalidade 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 68, 69, 80

P

Parto humanizado 2

Penicilina 55, 59, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 71

Perda de seguimento 55, 61, 66, 68, 70

Pilates 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Práticas integrativas 1, 2, 4, 6, 7, 8

Problematização 147, 148, 150, 151, 152

Prolapso de órgãos pélvicos 80, 82, 83, 84, 91, 103, 104, 105, 106, 107

Q

Qualidade do sono 109, 114, 117, 118, 120, 142

R

Radioterapia 75, 76, 77, 78

Relações interpessoais 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157

S

Saúde 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 43, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 78, 84, 85, 95, 96, 104, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 134, 136, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 166, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 176, 178, 179

Saúde reprodutiva 32

Serviços de saúde do trabalhador 109, 112

Sífilis 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74

Síndrome de linfonodos mucocutâneos 158

Sintomas do trato urinário inferior 131

Sistemas de informação 10, 16, 19, 20, 21

T

Técnicas de fisioterapia 42

Trabalho de parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 43, 82, 87, 139

Treinamento do assoalho pélvico 80, 101

V

Vasculite 158, 159

Vigilância epidemiológica 32, 154

Violência 9, 33, 34, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA

na contemporaneidade

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA

na contemporaneidade

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 