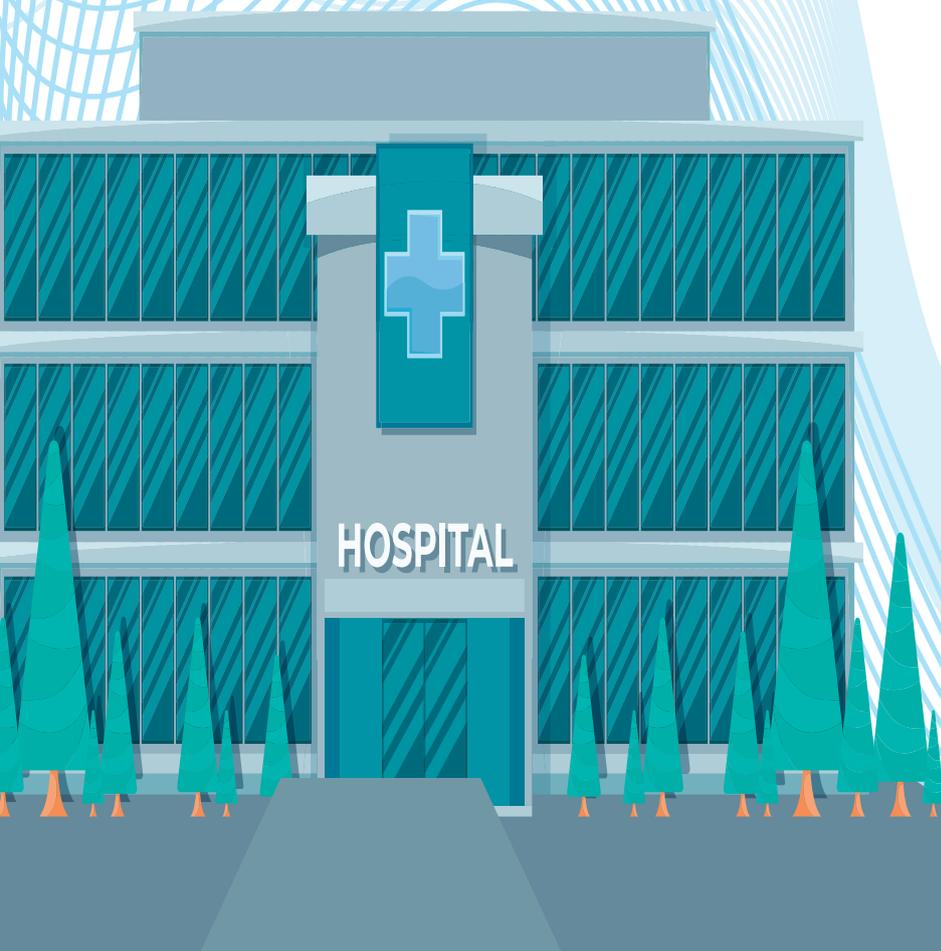




# HEALTH & SOCIETY

ISSN: 2763-5724  
Vol. 02 - n 05 - ano 2022

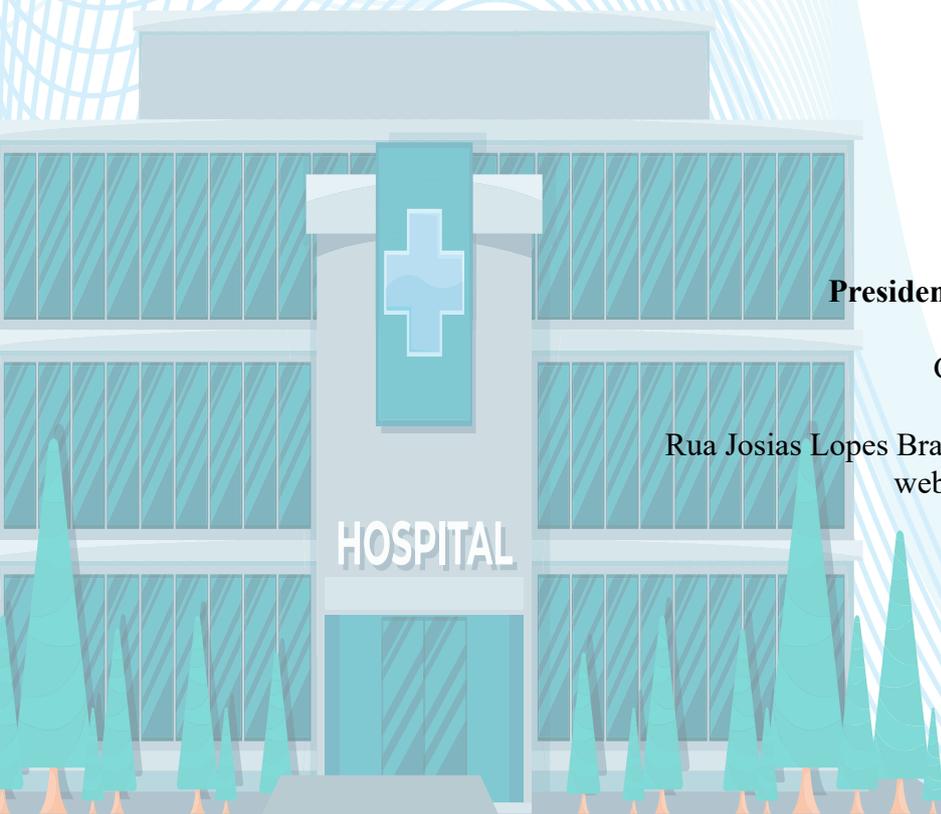


Periodicojs  
EDITORA ACADÊMICA



# HEALTH & SOCIETY

ISSN: 2763-5724  
Vol. 02 - n 05 - ano 2022



Filipe Lins dos Santos  
**Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil  
website: [www.periodicojs.com.br](http://www.periodicojs.com.br)  
instagram: @periodicojs



Periodicojs  
EDITORA ACADÊMICA

# *Editorial*



The mission of the Health and Society (H&S) is to produce relevant academic content that allows the deepening of discussions involving the theme of health and society. The purpose of H&S is to stimulate debate and interdisciplinary scientific production, in order to inform society and produce new knowledge. The target audience of our journal are post-doctoral students, doctors, master's students and post-graduate students. Thus, authors must have a cited title or pursue a postgraduate course. In addition, H&S will accept co-authored participation.

The H&S submission policy will receive scientific articles with a minimum of 5,000 and a maximum of 8,000 words and critical reviews with a minimum of 5 and a maximum of 8 pages. The receipt of the works will occur mainly with the opening of the Call for Papers, in which the papers will be distributed in 5 (five) annual publications between the months of April, May, July, September and December. Our evaluation policy is designed to follow the criteria of novelty, reasoned discussion and covered with revealing theoretical and practical value. The journal will give preference to receiving articles with empirical research, not rejecting other methodological approaches. All papers must deal with interdisciplinary analyzes that involve themes of varied approach and that generate an academic and social reflection. In this



way, the articles will be analyzed for merit (in which it will be discussed whether the work fits H & S's proposals) and formatting (which corresponds to an assessment of English or Spanish).

The analysis time of each work will be around one month after the deposit on our website due to the opening of the publication notice. The process of evaluating the article in the journal occurs initially when submitting articles without mentioning the author (s) and / or co-author (s) at any time during the electronic submission phase. The data is cited only for the system that hides the name (s) of the author (s) or co-author (s) from the evaluators, in order to render the evaluation impartial. The editor's choice is made by the editor according to the training area in the undergraduate and graduate courses of the evaluating professor with the theme to be addressed by the author (s) and / or co-author (s) of the article evaluated. After the evaluation, without mentioning the name (s) of the author (s) and / or co-author (s), a letter of acceptance, acceptance with alteration or rejection of the article is sent by the evaluator. sent depending on the opinion of the evaluator.

The next step is the elaboration of the letter by the editor with the respective opinion of the evaluator (a) for the author (s) and / or co-author (s). Finally, if the article is accepted or accepted with suggestions for changes, the author (s) and / or co-author (s) are informed of the respective deadlines and addition of their data (s), as well as the academic qualification. The journal offers immediate and free access to its content, following the principle that the free availability of scientific knowledge to the public provides greater worldwide democratization of knowledge. Indexing system, databases and directories The system



automatically generates some indexing or metadata (such as magazine title, date, URL, etc.). Metadata, or data on data, is a set of terms that describe the document or data of the Edition, thus being able to use comparative indexing terms for the same purpose. In addition, in order to generate greater credibility to the authors' works, the registration of each article is generated through the generation of a DOI (Digital Object Identifier) in order to authenticate the administrative base of digital content, assisting in the localization and accessing materials on the web and facilitating document authentication

# Summary



MULTITHERAPY PROTOCOL FOR THE TREATMENT OF  
ACNE SCARS. CASE REPORT

7

CHILD SEXUAL VIOLENCE: EXPERIENCE REPORT OF A  
DENTISTRY STUDENT

38

SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN EARLY HE-  
ALTH: PECULIARITIES IN PREVENTION AND TREAT-  
MENT IN PRIMARY CARE

54

QUALITY OF LIFE AND VOICE IN TOTALLY LARYN-  
GECTOMIZED PATIENTS: LITERATURE REVIEW

72

EFFECTIVENESS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY  
IN BAHIA

86



HEALTH & SOCIETY

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND GLOBAL DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 5 YEARS OF AGE IN A DISTRICT IN THE INTERIOR OF BAHIA

*117*

HIGH QUALIFIED: A NEW METHOD TO PREVENT HOSPITALIZATION

*140*

A LOOK AND A LISTEN FOR THE DIFFERENCE

*167*

THE ROLE OF THE PHYSICAL THERAPIST IN CHILDREN WITH NEUROPSYCHOMOTOR RETARDATION DIAGNOSED WITH RETT SYNDROME

*185*



# PROCOLO MULTITERAPIAS PARA TRATA- MENTO DE CICATRIZES DE ACNE. RELATO DE CASO

## MULTITHERAPY PROTOCOL FOR THE TREAT- MENT OF ACNE SCARS. CASE REPORT

Bruna Silva Marcondes<sup>1</sup>

Cristina Feldmann<sup>2</sup>

Alessandra Cesar Trindade<sup>3</sup>

**Resumo:** As cicatrizes de acne é uma das doenças de pele mais comuns e podem afetar a qualidade de vida das pessoas, por isso tem aumentado a busca por tratamentos que possam reduzir ou resolver essa imperfeição. Vários estudos têm sido propostos com diferentes terapias isoladas ou combinadas, incluindo microagulhamento associado ao PRP. Este estudo teve como objetivo principal descrever um caso clínico de um tratamento de cicatrizes pós acne por meio do microagulhamento associado

7

---

1 Cirurgiã Dentista pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista Prótese Dentária pela FEAD.

2 Cirurgiã. Dentista graduada pela Universidade de Passos Fundo Mestre em Periodontia São Leopoldo Mandic - Campinas. SP. Habilitação em Analgesia Inalatória – São Leopoldo Mandic. Porto Alegre/RS. Habilitação em Ozonioterapia pela Funorte.

3 Cirurgiã Dentista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Endodontia - PUC/RS. Habilitada em Laserterapia, Ozonioterapia e Analgesia Inalatória. Especialista em Harmonização Orofacial



ao PRP ativados com oZônio. Os resultados mostraram melhora na textura e amenização nas cicatrizes pós acne. Pode-se concluir que os o tratamento com microagulhamento associados com PRP ativados com ozônio é seguro e eficiente no tratamento de cicatrizes pós-acne.

**Palavras-chave:** Cicatriz de acne. Microagulhamento. Ozônio. PRP.

**Abstract:** Acne scars are one of the most common skin diseases and can affect people's quality of life, so it has increased the search for treatments that can reduce or solve this imperfection. Several studies have been proposed with different onliest or combined therapies, including micro-needling associated with PRP. The main objective of this study was to describe a clinical case

of a treatment of post acne scars through the microneedle associated with PRP and iPRF activated with oZônio. The results showed improvement in texture and softening in post acne scars. It can be concluded that microneedle treatment associated with ozone-activated PRP and is safe and efficient in the treatment of post-acne scars.

**Keywords:** Acne scar. microneedling. Ozone. PRP.

## Introdução

A acne vulgar é uma das doenças de pele mais comuns. Após o término da fase inflamatória ativa, grande parte dos pacientes apresentam cicatrizes. Estudos confirmaram seu impacto psicossocial demonstrando maior incidência de transtornos



como personalidade introvertida e depressão nos pacientes com cicatrizes de acne grave, sendo, assim, um problema estético e psicológico. (SANTANA et al , 2016; LIEBL E KLOTH, 2012).

As cicatrizes faciais sempre foram um tratamento desafiador e existem diferentes opções de tratamento para o manejo dessas cicatrizes. No entanto, a maioria das opções de tratamento sofre com a limitação de serem parcialmente eficazes ou apresentarem morbidade considerável. (EL- DOMYATI et al. 2015). Segundo KALIL et al. (2015), até o momento, não há tratamento-padrão. Várias opções foram descritas com desfechos clínicos e complicações diversas, tais como técnicas cirúrgicas, dermoabrasão, LASEs fracionados, peelings químicos, resurfacing, transplante autólogo de gordura e preenchedores. Re-

centemente, a terapia de indução percutânea de colágeno (TIPC) com cilindros plásticos providos de microagulhas foi introduzida na Europa, com muito bons resultados. Desmond Fernandes foi o primeiro a chamar essa técnica de microagulhamento ou TIPC em 1993, na França.

A técnica de microagulhamento consiste na perfuração da pele por microagulhas através de alguns dispositivos como: roller, caneta, manopla robótica e carimbo. Dentre eles, os três primeiros são os mais utilizados atualmente na prática clínica. À medida que as agulhas perfuram a pele, criam-se microcanais através dos quais pode-se permeiar ativos ricos em nutrientes essenciais para a produção natural do colágeno. Dessa maneira, esse tratamento pode ter duplo estímulo, indução gerada pela lesão provocada pelas agulhas e pela



permeação de substâncias que estimulam os fibroblastos a aumentar sua síntese. (TEDESCO et al. 2019).

Como forma de otimizar os resultados clínicos obtidos com os fatores de crescimento plaquetários, liberados pelo próprio procedimento de microagulhamento, utiliza-se a associação com soluções a base de ácido hialurônico não reticulado, mesclas de ativos cosméticos, peptídeos ou agregados plaquetários (PRP). (ASIF, KANODIA & SINGH, 2016).

O plasma rico em plaquetas (PRP) são fontes de citocinas responsáveis por iniciar o processo de reparo. Os fatores de crescimento provenientes dos agregados plaquetários, são obtidos por centrifugação diferencial de sangue autólogo. (TRINDADE, FELDMANN, 2020). Recentemente, o PRP ganhou aten-

ção mundial no tratamento de cicatrizes de acne devido à sua capacidade de modificar a cicatrização de feridas e a síntese de colágeno. A deposição de colágeno é responsável pela redução das cicatrizes. (ASIF, KANODIA, SINGH, 2016).

O PRP pode ainda ser ozonizado. (TRINDADE, FELDMANN, 2020). A combinação da terapia tradicional de ozônio com PRP aumenta o efeito regenerador. (SCHWARTZ, SANCHEZ, RE, 2011)

O objetivo desse estudo foi investigar os resultados do tratamento de cicatrizes de acne através do microagulhamento combinado ao PRP ativado com o ozônio.

## RELATO DE CASO

Paciente IAM, sexo feminino, 29 anos, apresentou



como queixa principal “manchas que surgiram após a acne”. Segundo a paciente, após a utilização de máscara durante a pandemia apareceram várias lesões de acne que foram tratadas com antibiótico, entretanto, após a finalização do tratamento surgiram várias cicatrizes de acne.

Na avaliação clínica foram observadas cicatrizes elevadas hipertróficas.

Foi proposto à paciente como tratamento sessões de microagulhamento utilizando como ativo o PRP + ozônio.

Depois da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciou-se o tratamento.

O rosto da paciente foi higienizado com Espuma de limpeza Ozoncare que foi formulado para limpeza profunda antes e após procedimentos estéticos. Remove maquiagem, resíduos de

poluição. Tem ação bactericida e não necessita enxague.

Foi aplicado anestésico tópico ( lidocaína base 8%, benzocaina 5%, prilocaína base 2% , transcutol p ou etoxidiglicol ( promotor de permeação) .

Após 30 minutos foi removido o anestésico e aplicação de laser infra vermelho, com o aparelho laser duo MMO ( figura 1), em toda a face para aumentar a permeação celular do ativo.



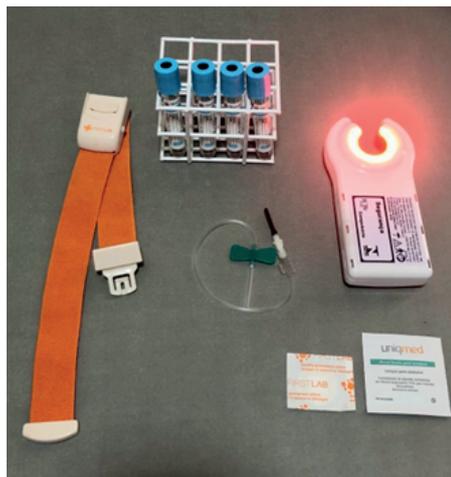


**Figura 1:** Aparelho laser duo MMO. Laser infra- vermelho para a permeação celular do aBvo e laser vermelho para aumentar a energia celular e redução do eritema após o processo de microagulhamento.

Foi realizada a coleta do sangue com scalp e utilizado 4 tubos azuis com citrato de sódio 2% ( figura 2 ). Os tubos foram colocados na centrifuga com 1400 rpm por 4 minutos ( figura 3). Após a centrifugação foi aspirada a fase clara em sua totali-

dade ( figura 4 ,5 e 6 ) e logo em seguida foi injetado volume de gás de ozônio (60 mcg/ml) correspondente ao volume do líquido do plasma (figura 7 e 8 ).





**Figura 2 :** Material para coleta de sangue.



**Figura 3:** Centrífuga Bianco Lab. Centrífuga digital para 8 tubos homologada para PRP/PRF/L-PRF/A-PRF.





**Figura 4:** Tubo de coleta após centrifugação.



**Figura 5:** Aspiração da fase clara em sua totalidade.





**Figura 6:** Plasma rico em plaquetas.



**Figura 7 :**Gerador de ozônio Philozon.





**Figura 8:** Injeção do volume de gás de ozônio (60 mcg/ml) correspondente ao volume do líquido do plasma.

Então foi realizada a técnica de microagulhamento, utilizando a caneta dermapen regulando a agulha em 0,5mm e 0,75 mm(figura 9 ), gotejando simultaneamente o PRP ozonizado e realizando movimentos circulares..

Foi aplicado uma máscara desidratada embebida em água ozonizada por 5 minutos (figura 10). E posteriormente ao microagulhamento foi aplicado Laser vermelho para aumentar a energia celular e redução do eritema.( figura 1)





**Figura 9:** Dermapen e cartucho com agulhas.

Foi recomendado ao paciente que não realizasse exercícios físicos por 24 horas, não lavasse o rosto por no mínimo 4 horas e quando lavasse o rosto lavar com sabonete neutro e passar o creme regenerador da ozonecare. Foi instruído também não utilizar maquiagem por 24 horas, manter a pele hidratada e não expor ao sol e nem ao calor, sem piscina ou sauna por 14 dias.

Foram realizados 3 sessões de microagulhamento com



**Figura 10:** Água ozonizada sendo preparada.

PRP ativados com ozônio respeitando o intervalo de 30 dias entre elas.

As fotos abaixo mostram o resultado obtido após 3 sessões de microagulhamento.

As figuras 11,12 e 13 mostram uma vista frontal e bilateral, respectivamente, da paciente após três sessões de microagulhamentos. As fotos abaixo mostram o resultado obtido após 3 sessões de microagulhamento.





**Figura 11:** Vista frontal da paciente comparando as cicatrizes de acne antes e após 3 sessões de microagulhamento.



**Figura 12:** Vista lateral esquerda da paciente comparando as cicatrizes de acne antes e após 3 sessões de microagulhamento.





**Figura 13:** Vista lateral direita da paciente comparando as cicatrizes de acne antes e após 3 sessões de microagulhamento

Após análise clínica e fotográfica é possível observar uma melhora significativa nas lesões de cicatriz de acne, destacando uma suavização e melhora na textura da pele da paciente. A mesma relatou um pouco de desconforto apenas nas primeiras horas após cada sessão e afirmou estar muito satisfeita com o resultado alcançado. Todos os procedimentos foram realizados cuidadosamente como descritos na literatura e tudo ocorreu con-

forme o esperado.

O resultado obtido vem de encontro com muitos resultados relatados na literatura da eficácia do microagulhamento no tratamento de cicatrizes de acne.

### **Discussão**

A acne é uma doença da pele que se caracteriza por inflamação das glândulas sebáceas e folículos pilossebáceos com desenvolvimento de comedões,



pústulas, pápulas e outras lesões elementares na pele. Embora seja mais frequente durante a fase da adolescência, ela pode persistir na fase adulta ou pior, ela pode deixar sequelas. Infelizmente, as formas mais graves da acne podem deixar sequelas inestéticas, especialmente as cicatrizes atróficas e hiperchromia pós-inflamatória. Portanto, a acne tem que ser tratada, não obstante da idade da pessoa. Pessoas com acne além de terem uma experiência com uma lesão primária, acabam tendo lesões secundárias, como cicatrizes, escoriações, eritema pós inflamatório e despigmentação. Por isso, é imperioso tratar cicatrizes de acne para evitar que a pessoa desenvolva desconforto estético, depressão, baixa autoestima e redução da qualidade de vida.( BESSA, 2022).

Segundo GOES et al. (2016) as cicatrizes de acne po-

dem ser classificadas em: elevadas (subtipos: hipertróficas, queiloideanas, papulosas e pontes), distróficas e deprimidas (subtipos: distensíveis e não distensíveis). As distensíveis subdividem-se em retráteis e onduladas, enquanto as não distensíveis podem ainda classificar-se em superficiais, médias ou crateriformes e profundas (ice-picks) e túneis.

A gravidade pode ser classificada em quatro níveis. Cicatrizes grau I ou maculares: estão relacionadas à superfície e à cor: eritematosas, hiper ou hipopigmentadas, visíveis a qualquer distância. Cicatrizes grau II ou leves: relacionadas à superfície, atrofia ou hipertrofia leves, podem ser cobertas com maquiagem; Cicatrizes grau III ou moderadas: com depressão mais significativa, hipertrofia leve a moderada ou papulares, óbvias



a distâncias sociais, não são facilmente camufladas, sendo distensíveis no caso das atróficas; Cicatrizes grau IV ou graves: cicatrizes distróficas, ice picks (furador de gelo), pontes, túneis e quelóides óbvias a distâncias sociais, não facilmente encobertas e não distensíveis, (ROSAS, MULINARI-BRENNER & HELMER,2012).

O microagulhamento, também denominado como indução percutânea de colágeno (IPC), apresenta-se como uma técnica praticamente indolor, simples e de tecnologia minimamente invasiva. A ação deste equipamento de uso estético e dermatológico tem como ação induzir a produção de colágeno, através da via subcutânea devido as microperfurações realizadas na pele com as agulhas de comprimento suficiente para atingir a derme, e consequentemente

havendo um estímulo inflamatório local, ocorrendo, na região, o aumento dos fibroblastos devido a proliferação celular, tendo como resultado principalmente a síntese de elastina e colágeno na região onde foi realizado o procedimento (SITOHANG, SIRAIT, SURYANEGARA 2021).

Para realizar o microagulhamento tem à disposição dos profissionais da área da saúde o Dermaroller, o Dermanpen e o Dermastamp, que em sua forma estão cravejadas diversas agulhas finas (0,1mm de diâmetro) que tradicionalmente varia entre 192 a 540, feitos de aço inoxidável ou titânio cirúrgico, em diferentes milímetros de comprimento 0,25 mm a 3,00 mm posicionados de forma paralela, enfileiradas (monografia MICROAGULHAMENTO NA HARMONIZAÇÃO FACIAL)(MACHADO 2019).



Dermapen é uma caneta elétrica de microagulhamento automático que permite o encaixe e a troca de vários tipos de cartuchos com diferentes quantidades de microagulhas muito finas na

ponta, onde a medida da profundidade de perfuração é ajustada de acordo com a necessidade do microagulhamento (figura 14). (GEROLA 2021).



**Figura 14** – Dermapen. Fonte: internet.

O principal objetivo do aparelho é estimular a produção de colágeno e promover a renovação celular, através das microlesões provocadas pelas microagulhas na pele. As microagulhas penetram na pele por várias vezes causando micro ferimentos e ver-

melhidão, formando microcanais que vão possibilitar a reação das células, estimulando naturalmente a regeneração da pele, com a produção de colágeno, elastina de ácido hialurônico e a liberação de fatores de crescimento. (GEROLA 2021).



Segundo LIMA, LIMA e TAKANO (2013). a indução percutânea de colágeno inicia-se com a perda da integridade da barreira cutânea, tendo como alvo a dissociação dos queratinócitos, que resulta na liberação de citocinas como a interleucina 1 a, predominantemente, além da interleucina- 8, interleucina – 6, TGF- $\alpha$  e GM- CSF, resultando em vasodilatação dérmica e migração de queratinócitos para restaurar o dano epidérmico. Três fases do processo de cicatrização, seguindo o trauma com as agulhas, podem ser bem delimitadas, didaticamente:

### **Fases de Cicatrização do Microagulhamento Fase 1 ou Fase da Injúria**

Ocorre a liberação de plaquetas que liberam fatores quimiotáticos; Estes provocam

a invasão de outras plaquetas e neutrófilos; Responsáveis pela liberação de fatores de crescimento, com ação sobre os queratinócitos e os fibroblastos; Como os fatores de crescimento de transformação  $\alpha$  e  $\beta$  (TGF- $\alpha$  e TGF- $\beta$ ), o fator de crescimento derivado das plaquetas (PDGF), a proteína III ativadora do tecido conjuntivo e o fator de crescimento do tecido conjuntivo. ( figura 15 )

### **Fase 2 ou Fase de Cicatrização**

Os neutrófilos são substituídos por monócitos; Ocorrem angiogênese, epitelização e proliferação de fibroblastos; Seguidas da produção de colágeno tipo III, elastina, glicosaminoglicanos e proteoglicanos; Paralelamente, o fator de crescimento dos fibroblastos, o TGF- $\alpha$  e o TGF- $\beta$  são secretados pelos monócitos; Aproximadamente cinco dias



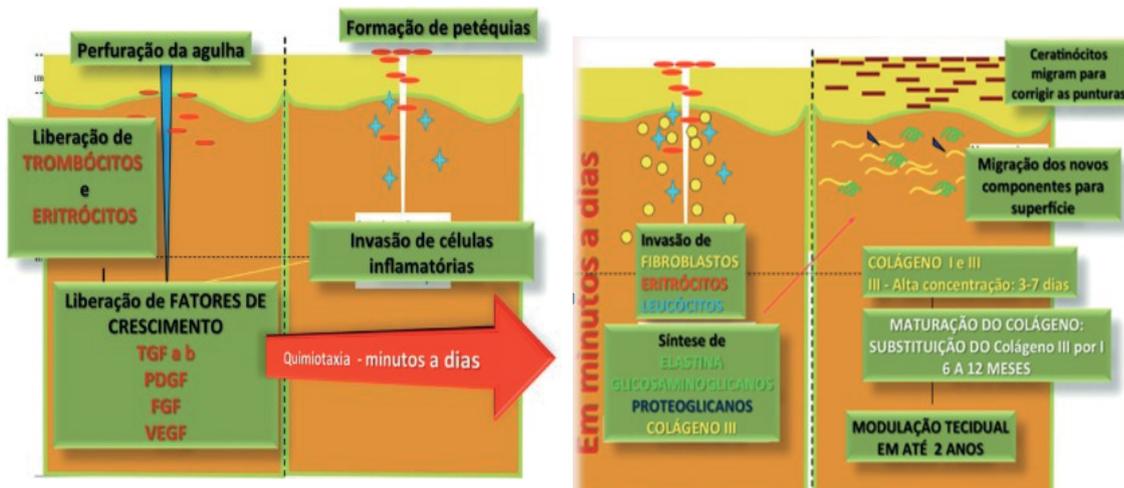
depois da injúria, a matriz de fibronectina está formada, possibilitando o depósito de colágeno logo abaixo da camada basal da epiderme. ( figura 15 )

te imediata. A intensidade dessas reações é proporcional ao comprimento da agulha utilizada no procedimento. ( figura 15 ).

### **Fase 3 ou Fase de maturação**

O colágeno tipo III que é predominante na fase inicial do processo de cicatrização, vai sendo lentamente substituído pelo colágeno tipo I, mais duradouro, persistindo por prazo que varia de cinco a sete anos; Para que toda essa cascata inflamatória se instale, o trauma provocado pela agulha deve atingir profundidade na pele de 1 a 3mm, com preservação da epiderme, que foi apenas perfurada e não removida; Centenas de microlesões são criadas, resultando colunas de coleção de sangue na derme, acompanhadas de edema da área tratada e hemostasia praticamen-





**Figura 15:** Fase de cicatrização e maturação.

O microagulhamento aumenta a permeação de ativos, também conhecido como “drug delivery”. Esse mecanismo de ação “drug delivery” significa rolar o equipamento sobre a pele, microcanais são criados e dessa forma os cosméticos ou formulações aplicadas em sequência permeiam de forma muito mais eficaz e rápida veiculando ativos como a vitamina C e o retinol, (LIMA; LIMA; TAKANO, 2013);

No que se diz respeito ao “drug delivery”, a definição

do ativo bem como sua formulação é de extrema importância uma vez que suas características determinam a permeação, absorção e potencial de irritação da pele. O veículo ideal é aquele que não provoca ardência ou outro desconforto para o cliente, além de ser um fator decisivo para o alcance de bons resultados. (GEROLA, 2021). Pode –se utilizar soluções a base de ácido hialurônico não reticulado, mesclas de ativos cosméticos, peptídeos ou a utilização dos agregados plaquetários.



Segundo RODRIGUES et al. (2019), o PRP pode ser usado como uma opção segura e eficaz no rejuvenescimento da pele como uma fonte de fatores de crescimento, citocinas e outras substâncias biologicamente ativas associadas à regeneração e remodelação do tecido. O PRP aumenta a expressão das MMP, remodela a MEC e, conseqüentemente, há uma melhora significativa na renovação da pele. Além disso, o PRP estimula produção de ácido hialurônico, que pela hidratação torna a pele mais túrgida e melhora sua elasticidade (SAMADI; SHEYKHHSAN; KHOSHINANI, 2018; PAVLOVIC et al., 2016).

A terapia de plasma rico em plaquetas (PRP) é um concentrado autólogo de plaquetas em um reduzido volume de plasma, sendo com alta concentração de fatores de crescimento

liberados pelas plaquetas. Os fatores de crescimento estimulam o processo de crescimento vascular (angiogênese) e proliferação de fibroblastos que aumentam a produção de colágeno. Considerando que o microagulhamento e o PRP induzem a síntese de colágeno e este é essencial para recuperar a saúde da pele. ( BESSA, 2022).

O plasma rico em plaquetas é um concentrado de plaquetas derivado do sangue autólogo obtido pelo processo de centrifugação. Ele contém diferentes fatores de crescimento e citocinas que são liberados através da degranulação e estimulam a cicatrização e regeneração dos tecidos, tendo assim um efeito positivo no rejuvenescimento facial (HUI et al., 2016; COSTA; SANTOS, 2016). Comparado a uma amostra de sangue normal, o PRP contém uma concentração até cinco vezes maior de fatores



que podem influenciar na cicatrização de tendões, ligamentos, músculos, cartilagem e ossos (IRODRIGUES et al. 2019).

O PRP possui alta concentração de plaquetas, de duas a nove vezes acima da concentração basal (150.000-350.000/mm<sup>3</sup>). As plaquetas contêm vários fatores de crescimento, como fator de crescimento transformador (TGF), fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF), fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), fator de crescimento semelhante à insulina (IGF), entre outros importantes na formação e regeneração do tecido, síntese de colágeno e angiogênese (Quadro 1) ) (SAMADI; SHEYKHHSAN; KHOSHINANI, 2018).

#### **Fatores de crescimento encontrados no PRP**

Fator de Crescimento Epidérmico EGF: Estimula a migração e a proliferação de células epidérmicas. Acelera o metabolismo da pele e promove o transporte de nutrientes ativos, resultando no aumento da síntese de colágeno.

Fator de Crescimento de Fibroblastos FGF: Promoção da angiogênese, proliferação e migração endotelial e de fibroblastos, síntese e secreção de fibronectina.

Fator de crescimento semelhante à insulina IGF : Ativação de queratinócitos e a estimulação da proliferação celular epidérmica.

Fator de crescimento derivado de plaquetas PDGF : Melhora a síntese de colágeno, proliferação de células ósseas e fibroblastos. Estimula o desenvolvimento de novos folículos e promove o crescimento dos vasos



sanguíneos, replicação celular e formação da pele.

Fator de crescimento transformador  $\beta$  TGF- $\beta$  : Exibe efeitos quimiotáticos em macrófagos, fibroblastos e neutrófilos. Induz atividade mitótica para fibroblastos da pele e estimula a migração de queratinócitos. Participa na estimulação da síntese e degradação de proteínas da matriz extracelular e regula a entrada de células na via da apoptose.

Fator de crescimento endotelial vascular VEGF : Indutores de angiogênese e vasculogênese. Também participa na produção de fibras de colágeno e na estimulação da aglomeração de plaquetas e formação de coágulos. (CHORAZEWSKA et al. 2017)

Existem vários métodos de preparações do PRP, incluindo métodos manuais e automáticos. A técnica manual é a mais

simples, de baixo custo e a mais utilizada, porém deve-se manter as condições de esterilidade. Dependendo da metodologia aplicada, diferentes concentrações de plaquetas serão obtidas, o que pode influenciar na qualidade e eficácia do produto. Diversos protocolos têm sido propostos com diferentes variáveis dentro do processo, como o número de rodada de centrifugações, tempo e força centrífuga, volume de sangue, entre outros. Entretanto, até o momento não há uma técnica padronizada. Também não há uma opinião consistente sobre a quantidade total de plaquetas necessária no PRP para que seja eficaz (COSTA; SANTOS, 2016 , CHORAZEWSKA et al., 2017 e RODRIGUES et al. 2019).

Embora ainda com poucos estudos e inconclusivos, a utilização de plasma rico em plaquetas (PRP) associado ao Mi-



croagulhamento para cicatrizes de acne tem sido descrita. Acredita-se que as plaquetas ativadas e aplicadas após o procedimento estimulem a liberação de fatores de crescimento tais como VEGF, PDGF, IGF. Em um estudo (ELDOMYATI ET AL., 2015) foram observados resultados promissores com essa associação quando comparados com o tratamento das cicatrizes de acne apenas com o MA ( $p = 0,015$ ).<sup>23</sup> FABROCINI ET AL. (2011) propuseram que o PRP poderia melhorar a resposta à cicatrização de feridas, pela presença de fatores de crescimento. (BRAGHIROLI e CONRADO, 2018)

BESSA (2022) em seu estudo de revisão mostrou que o microagulhamento combinado com PRP é seguro e eficiente no tratamento de cicatrizes pós-acne. Segundo RODRIGUES et al, (2019) os estudos mostram que é

uma técnica simples e biocompatível, pois utiliza o próprio sangue do paciente, reduzindo assim, risco de intolerância pelo organismo. O plasma rico em plaquetas desempenha um papel positivo na regeneração do tecido, com alto nível de plaquetas e fatores de crescimento. Sua aplicação na estética mostra dados crescentes, porém a pequena quantidade de ensaios clínicos randomizados limita o desenvolvimento.

Chawla (2014) realizou um estudo comparativo inicialmente com 30 pacientes onde realizava a técnica de microagulhamento com plasma rico em plaquetas (PRP) com concentração plaquetária de 8-9 lakhs/ $\mu$ l de um lado da face e com vitamina C a 15% do outro lado. Dos 30 pacientes, 23 tiveram redução das cicatrizes em 1 ou 2 graus na escala de classificação, porém os resultados com microagulha-



mento associado ao PRP foram mais satisfatórios em alguns tipos de cicatrizes que o microagulhamento associado a vitamina C (GEROLA, 2021).

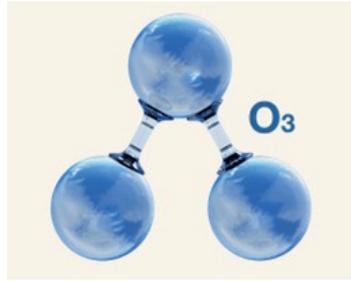
Mais pesquisas são necessárias para a padronização do preparo do PRP e seus usos. A lesão da derme por microagulhamento atua em sinergia com as plaquetas ativadas. As plaquetas ativadas modificam a resposta natural de cicatrização desde o início da inflamação até o início da indução de colágeno pela liberação de citocinas e fatores de crescimento. Todos esses fatores induzem a remodelação das cicatrizes de acne. Foi proposto que o plasma rico em plaquetas é eficaz no tratamento de cicatrizes de acne atróficas. Pode ser combinado com microagulhamento para melhorar os resultados clínicos finais em comparação com o microagulhamento sozinho (ASIF,

KANODIA, SINGH, 2016)

O PRP pode ainda ser ozonizada e a combinação da terapia tradicional de ozônio com PRP aumenta o efeito regenerador. (SCHWARTZ, SANCHEZ, RE, 2011)

Encontrado na natureza, o ôzônio ( figura16) é um gás produzido na estratosfera, pela radiação UV, também produzido durante a descarga elétrica de um raio, a qual catalisa a ação do ozônio através do oxigênio atmosférico . É um gás azulado, de odor pungente e extremamente solúvel em água. Já o ozônio medicinal, dentro de uma faixa de concentração de 0,05% ate no máximo 5 % em volume de O<sub>3</sub>, obtida por descarga elétrica, através de um gerador específico para esta finalidade. (TRINDADE, FELDMANN, 2020; YILDIRIM et al, 2014) .





**Figura 16:** Molécula de ozônio

Quando administrado na forma de gás, ao entrar em contato com os fluídos biológicos, o ozônio reage com diversos componentes teciduais, preferencialmente ácidos graxos insaturados, transformando-se imediatamente em oxigênio. Através desse mecanismo de ação, ocorre liberação de fatores de crescimento ativação imunológica, liberação de oxigênio, aumento da liberação de óxido nítrico, aumento da produção de enzimas antioxidantes, mobilização de células mesenquimais indiferenciadas e geração de eritrócitos indiferenciados. (TRINDADE, FELDMANN, 2020)

A administração de ozônio no tecido subcutâneo, na forma de gás em pequenos volumes e baixa concentração ( entre 5 a 10 microgramas ) em pontos específicos, tem como objetivo a bioestimulação de colágeno, o clareamento de manchas e a modulação de resposta inflamatória. Já a ozonização de matriz de PRP que será utilizada como ativo, tem como objetivo ativar o agregado e potencializar os resultados clínicos. . (TRINDADE, FELDMANN, 2020).

Quando o PRP é ozonizado, formam-se ozonídeos e outros derivados, que se difundem no interior da plaqueta, ativa a



fosfolipase C e A2 (dependente de cálcio), facilitando a formação de substâncias pró-agregantes agentes (PGE2, Tromboxano, etc). Isso permite não apenas a liberação dos fatores de crescimento mais importantes rapidamente, mas a formação de peróxidos exibe muitas vias metabólicas de cura que antes eram silenciosas. (SCHWARTZ, SANCHEZ, RE, 2011).

A ativação do PPR com ozônio tem demonstrado grande eficácia do ponto de vista clínico, bem como sua combinação com a terapia de ozônio convencional. Neste campo existe uma grande quantidade de dados com base na observação clínica dos profissionais, mas é necessário estabelecer protocolos de trabalho padrão, bem como o estudo clínico e molecular mais aprofundado de seus efeitos . (SCHWARTZ, SANCHEZ, RE, 2011).

## Conclusão

O microagulhamento com PRP ativado com ozônio demonstrou uma excelente opção para o tratamento das cicatrizes de acne com melhora global da textura da pele e atenuação das cicatrizes de acne, apresentando bons resultados clínicos, sem nenhuma complicação grave após o procedimento e satisfação pessoal do paciente. Além disso, se revela como uma técnica com bom custo/benefício por ser economicamente mais viável e não levar o paciente ao afastamento de suas atividades diárias. É um procedimento seguro que pode ser executado no consultório sem complicações. São seguras em todos os fototipos e apresentam menores riscos de hiperpigmentação pós- inflamatória quando comparadas a outras técnicas.



**Referências**

- ASIF, Mohd; KANODIA, Sanjay; SINGH, Kishor. Combined autologous platelet-rich plasma with microneedling verses microneedling with distilled water in the treatment of atrophic acne scars: a concurrent Split-face study. *Journal of cosmetic dermatology*, v. 15, p. 434-443, dez. 2016.
- BESSA, Vicente Alberto Lima. Microagulhamento combinado ao plasma rico em plaquetas para tratar cicatrizes de acne. *Studies in Studies in Health Sciences*, Curitiba, v.3, n.1, p.122-134, jan./mar. 2022
- BRAGHIROLI, Cintia Santos; CONRADO, Luciana Archetti. Microagulhamento e distribuição transepidérmica de drogas. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, Rio de Janeiro, Brasil, vol. 10, p. 289-297, 2018, Dezembro 2018.
- COSTA, P; SANTOS, P. Plasma rico em plaquetas: uma revisão sobre seu uso terapêutico. *RBAC*, Florianópolis, Brasil, v.48, n.4, p.311-319, Jan. 2016.
- CHAWLA, Simran. Split Face Comparative Study of Microneedling with PRP Versus Microneedling with Vitamin C in Treating Atrophic Post Acne Scars. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, Amritsar, India, v7, p.209-212, Dez. 2014.
- CHORAZEWSKA, M. et al. The use of platelet-rich plasma in anti-aging therapy (overview). *Journal of Education, Health and Sport*, Bydgoszcz, Poland, v.7,



n.11, p.162-175,Nov. 2017.

EL-DOMYATI, M; ABDEL-WAHAB, H; HOSSAM, A. Microneedling combined with platelet-rich plasma or trichloroacetic acid peeling for management of acne scarring: A split-face clinical and histologic comparison. *Journal of Cosmet Dermatology*, Al-Minya, Egito, v.17, p.73-83, Out 2017.

EL-DOMYATI, Moetaz et al. Microneedling therapy for atrophic acne scars ; An objective evaluation. *J Clin Aesthet Dermatol*, Al-Minya, Egito, v. 8, p.36-42, jul. 2015.

FABBROCINI, De Vita et al. Skin needling in the treatment of the aging neck. *Skinmed Dermatology for the Clinician*, Texas, EUA, v.9, p.334-35, Dez. 2011.

GEROLA, Leonardo Gustavo.

Microagulhamento na harmonização facial. 2021, p. 45. Monografia Especialização *latu sensu* em Harmonização Facial - Faculdade de Sete Lagoas - Sete lagoas, 2021.

GÓES, Heliana Freitas de Oliveira et al. Subcisão e microagulhamento: relato de dois casos. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, Rio de Janeiro, Brasil. V. 8, n.4, p. 381-384 , nov. 2016.

HUI, Qiang et al. The Clinical Efficacy of Autologous Platelet-Rich Plasma Combined with Ultra-Pulsed Fractional CO<sub>2</sub> Laser Therapy for Facial Rejuvenation. *REJUVENATION RESEARCH*, Shenyang, China, v. 20, n.1, p.25-31, Mai.2016.

KALIL, Célia Luiza et al. Tratamento das cicatrizes de acne com a técnica de microagulhamento



e drug delivery. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, Rio de Janeiro, Brasil, v. 7, p. 144-148, jul. 2015.

LIEBL, Horst; KLOTH, Luter C. Skin cell proliferation stimulated by microneedles. *Journal of the American College of clinical Wound Specialists*, Milwaukee, USA, v. 4, p. 2-6, 2013.

LIMA, E. V. A.; LIMA, M. A.; TAKANO, D. Microagulhamento: estudo experimental e classificação da injúria provocada. *Surgical Cosmetic Dermatology*, Recife, v. 5, n. 2, p.110-114, jun. 2013.

MACHADO, K. E. Associação do Microagulhamento a Ativos Cosméticos, na Prevenção do Envelhecimento. *Saúde em Foco*, Teresina, Brasil, v. 6, p. 29-50, jun 2019

PAVLOVIC, Voja et al. Platelet Rich Plasma: a short overview of certain bioactive componentes. *Open Med.*; v.11, p. 242-247, 2016.

RODRIGUES, Paula Luiza Nogueira et al. O uso do plasma rico em Plaquetas no Rejuvenescimento Facial: Uma Ver isão Integrativa. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de psicologia*, Patos de Minas, Brasil, v.13, n. 47, p. 563-575, Out. 2019.

ROSAS, Fernanda Batista Manfron; MULINARI-BRENNER, Fabiane; HELMER, Karin Adriane. Avaliação comparativa do Laser de CO2 fracionado e da dermoabrasão no tratamento de cicatriz de acne. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, Curitiba. vol. 4, n. 4, p. 298-303, dec. 2012.



- SAMADI, P.; SHEYKHHA-SAN, M.; HOSHINANI, H. The Use of Platelet-Rich Plasma in Aesthetic and Regenerative Medicine: A Comprehensive Review. *Aesthetic Plastic Surgery, Iran*, v.43, n.3, p.803-14, Set. 2018.
- SAMADI, Pouria; SHEYKHHA-SAN, Mohsen; KHOSHINANI, Hamed Manoocheri; The Use of Platelet-Rich Plasma in Aesthetic and Regenerative Medicine: A Comprehensive Review. *ORIGINAL ARTICLE NON-SURGICAL AESTHETIC*, Hamadan, Iran, v. 43, p.803-814, Dez. 2018.
- SANTANA, Cândida Naira et al. Microagulhamento no tratamento de cicatrizes atróficas de acne: série de casos. *Surgical & Cosmetic Dermatology, Rio de Janeiro, Brasil*, v. 8, p. 63-66, set. 2016.
- SCHWARTZ, Adriana; SANCHEZ, Gregorio Martinez; RE Lamberto. Factores de crecimiento derivados de plaquetas y sus aplicaciones en medicina regenerativa. *Potencialidades del uso del ozono como activador. Revista Española de Ozonioterapia*, v. 1, p.54-57, 2011.
- SITOHANG, Irma Bernadette S.; SIRAIT, Sondang Aemilia Pandjaitan; SURYANEGARA, Jose. Microneedling in the treatment of atrophic scars: A systematic review of randomised controlled trials. *Int Wound J, Indonesia*, v. 18 p.577–585, jan.2021.
- TEDESCO, Andrea; AUTRAN Raphaella. Terapias de Indução de colágeno. In TEDESCO, Andrea et al. *Harmonização facial : a nova face da odontologia*. 1º



edição. Nova Odessa, SP: Napo-  
leão, 2019. p.84- 129.

TRINDADE, Alessandra;  
FELDMANN, Cristina. Geren-  
ciamento do Envelhecimento  
Cutâneo – Microagulhamento  
Fotobiomodulado associado a  
Agregados Plaquetários e Ozo-  
nioterapia –Protocolo Crisale.  
In Karina, OLIVEIRA, Marcos.  
Atualidades em Harmonização  
Orofacial. 1º edição. Ribeirão  
Preto, SP: Livraria Tota, 2020. P.  
131-143.

YILDIRIM, Ali Osman et al. Ef-  
fectiveness of hyperbaric oxygen  
and ozone applications in tissue  
healing in generated soft tissue  
trauma model in rats: an experi-  
mental study. Ulus Travma Acil  
Cerrahi Derg, İstanbul, Turkey,  
v.20, n.3, p. 167-175,may 2014.



# VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ESTUDANTE DE ODONTOLOGIA

## CHILD SEXUAL VIOLENCE: EXPERIENCE REPORT OF A DENTISTRY STUDENT

Tainá Bulhões Werneck<sup>1</sup>

Auto Mateus Pau-Ferro Rodrigues<sup>2</sup>

Yasmim Liborio Passos<sup>3</sup>

Malvina de Souza Pereira<sup>4</sup>

**Resumo:** objetivo: relatar uma vivência clínica em odontopediatria onde uma aluna precisou lidar com um caso de abuso sexual infantojuvenil. metodologia: foi realizado o acompanhamento de uma menina de 7 anos que sofria com abuso sexual, após coletada todas as possíveis evidências, foi realizada a denúncia para o conselho tutelar do abuso sofrido pela menor. resultado: realizada a denúncia, foi feita a primeira visita in loco das agentes de saúde e do conselho tutelar. conclusão: conclui-se que a maioria dos alunos de odontologia não detém o conhecimento necessário das

---

1 Discente de Odontologia da Soberana Faculdade de Saúde de Petrolina

2 Discente de Odontologia da Soberana Faculdade de Saúde de Petrolina

3 Discente de Odontologia da Soberana Faculdade de Saúde de Petrolina

4 Doutora e Mestre em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic



evidências clínicas físicas e psicológicas de uma vítima de abuso sexual para lidar com tal caso

**Palavras-chave:** assédio sexual. odontopediatria. estudantes. menores de idade.

**Abstract:** objective: to report a clinical experience in pediatric dentistry where a student had to deal with a case of child sexual abuse. methodology: a 7-year-old girl who suffered from sexual abuse was monitored, after collecting all possible evidence, a complaint was made to the guardianship council of the abuse suffered by the minor. results: after the complaint was made, the first on-site visit of health agents and the guardianship council was made. conclusion: it is concluded that most dentistry students do not have the necessary knowledge of the physical and psycholo-

gical clinical evidence of a victim of sexual abuse to deal with such a case.

**Keywords:** sexual harassment; pediatricdentists; students; minors;

## INTRODUÇÃO

Com base nos especialistas, o crime de violência sexual infantojuvenil é caracterizada pelo ato ou jogo sexual, hetero ou homossexual, de um menor de idade, em qualquer etapa da vida, para a satisfação de um adulto, podendo afetar sua integridade biopsicossocial (COSTA et al., 2021; ROVER et al., 2020; SANTOS et al., 2021). A Constituição de 1988, garante às crianças e aos adolescentes o direito fundamental de sobrevivência, desenvolvimento pessoal, social, integridade física, psicológica



e moral. E também antecipou formas legais para proteger os menores de idade contra negligência, maus tratos, exploração, crueldade, opressão e violência (SELL e OSTERMANN, 2015).

No cenário de pandemia que o mundo vive, a quantidade de denúncias de violência infantojuvenil cresceu cerca de 50%, devido ao fato dos pais que antes não tinham esse contato com seus filhos agora se encontram confinados com essas crianças em casa (PREFEITURA DO RIO, 2021). O abuso sexual, dentre os tipos de violências infantojuvenil, é a mais comum e silenciosa, em razão de quando analisamos que a cada caso denunciado, dez a vinte não são notificados (ROVER et al., 2020).

A violência sexual infantojuvenil é um problema grave de saúde pública, devido a ter uma série de consequências para

o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da vítima, que acomete vários locais, fatores sociais, econômicos, religiosos, de etnia e nível educacional. A maioria dos casos não são notificados pela falta de conhecimento dos familiares ou por estes mesmos serem os agressores. Segundo Platt e cols (2018), a residência foi o local de maior ocorrência dessas violências (COSTA et al., 2021; ALVES et al., 2016; SANTOS et al., 2021).

A relação da vítima com o agressor é de suma importância, para saber como lidar em frente a tal situação. Esta relação pode ser dividida em intrafamiliar, correspondendo à 97,8% de possíveis agressores, quando possui algum vínculo afetivo e sanguíneo, podendo ser pai, irmão, tio, primo, ou extrafamiliar, quando é conhecido ou desconhecido (COSTA et al., 2021; ALVES et



al., 2016; FÓRUM NACIONAL DA JUSTIÇA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE, 2022).

Em 2018, no Brasil foram atendidos por profissionais da saúde de diversas áreas 12.178 mil menores de idade, que sofreram abuso sexual infantojuvenil, esse número corresponde à 26,5% das violências cometidas contra menores (FÓRUM NACIONAL DA JUSTIÇA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE, 2022).

As lesões em região de cabeça e pescoço representam 40 a 60% das lesões físicas manifestadas pelo abuso, apresentando lesões na cavidade oral, mesmo em situações onde não há lesão nos órgãos genitais da vítima. Expondo assim, a importância do Cirurgião - Dentista, principalmente dos Odontopediatras, para estarem atentos aos exames clínicos (ROVER et al., 2020; ALVES et al., 2016; SANTOS et

al., 2021).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Apresenta-se como um caso desafiador, primeiro por ser algo que nem todos os estudantes da graduação sabem lidar e por fim saber equilibrar o emocional. A situação de violência sexual em menores, é algo pouco explorado pelos profissionais da odontologia e muitas vezes os sinais passam despercebidos.

A primeira consulta aconteceu no dia 01/04/2022, a paciente do sexo feminino, 7 anos, chegou à clínica da Faculdade Soberana demonstrando ser muito tímida e receosa, relatando nunca ter ido ao dentista, portanto foi atribuído tais características ao receio de algo novo. A paciente não se sentia confortável perto da presença masculina, que era do auxiliar naquela consulta,



tanto que ao notar esse incômodo, ele se manteve afastado a todo o momento. Ela não sabia responder a questionamentos simples como “com quem você mora?”, esse fato deixou um alerta sobre ela poder ter algum déficit cognitivo.

No exame físico, como de rotina, foi analisado todas as estruturas da cavidade oral da paciente, para que nada passasse despercebido, e durante essa análise foi notada a característica principal da Violência Sexual, equimose em palato. No momento que foi detectado a lesão, saber manter um equilíbrio emocional foi necessário, sendo solicitado ao auxiliar que analisasse a lesão de modo discreto, foi feito registros fotográficos e levou-se o caso às professoras responsáveis do estágio supervisionado de odontopediatria, que, ao averiguar a lesão, confirmaram o diagnóstico.

Após esse momento não poderia expressar reações diferentes para que a acompanhante da paciente na consulta, não notasse e possivelmente acabaria perdendo o contato com a paciente.



Imagem 1 - Registro do palato com presença da lesão na consulta inicial



Fonte: Arquivo do Autor (2022)

Então o controle emocional foi trabalhado durante todo o atendimento. Finalizado o exame clínico, continuou as tentativas de extrair mais informações sobre “como é o convívio da criança em casa?”, “com quem ela brinca?”, “com quem ela fica a maior parte do tempo?”, “qual o horário de trabalho dos pais?”, “com quem ela fica em casa durante esse tempo?” e “se ela gosta de estudar?”. No momento do questionamento sobre com quem ela mora, a vítima chorou e não tivemos uma explicação do moti-

vo pelo qual a mesma estava chorando. As informações coletadas foram de que ela mora com o pai, a mãe, o tio, a tia e 03 (três) irmãs. A mãe trabalha durante o dia, durante a parte da manhã ela fica com a tia e na parte da tarde ela estuda, onde a mesma foi questionada sobre gostar de estudar e ela relatou não gostar nenhum pouco de estudar, nem das matérias mais atrativas para as crianças; esses dados foram coletados com base no que a acompanhante ajudou a responder. Foi marcado o retorno na semana



seguinte para poder continuar o atendimento e colher mais provas do caso.

A segunda consulta aconteceu no dia 08/04/2022, a paciente já chegou com um receio menor em relação ao atendimento, demonstrando ser uma criança extremamente amorosa. Para essa consulta foi preparado apenas um portfólio para restauração para que desse modo conseguisse prolongar o atendimento e fazer com que a criança comparecesse cada vez mais à clínica e não perder rapidamente o contato com a paciente. O controle emocional foi trabalhado durante toda a semana para lidar com o caso. Nesse atendimento criamos a estratégia de chamar uma auxiliar mulher, no primeiro momento a paciente estranhou a presença de uma nova pessoa, mas a auxiliar lidou com cautela para que a criança se sentisse mais confortá-

vel em sua presença.

Durante esse segundo atendimento foi notado que ela tinha uma dificuldade grande de abertura bucal, o que se pode relacionar com fatores da violência sexual. Nessa consulta foram realizados novos registros fotográficos do caso e novamente questionamentos sobre o convívio com os familiares, e a paciente demonstrou ter um apego muito grande com o irmão mais velho.



Imagem 2 - Registro do palato com presença da lesão na segunda consulta com a vítima



Fonte: Arquivo do Autor (2022)

Uma das alunas da instituição, a pessoa que indicou a Faculdade para a paciente, relatou que a criança mora em um village, com muitas outras casas de maneira parecida que a mesma vive, no meio dos adultos e outros adolescentes. E que em certo momento convidou-a juntamente com uma amiga para um banho de piscina em sua residência, sendo assim o momento em que a aluna notou que algo nessas crianças não estava correto. Quando uma das meninas relatou que a maneira da família era

complicada demais para entender, a aluna então analisou a situação da saúde bucal das crianças e encaminhou elas para o atendimento na Faculdade Soberana. Não foi comentado nada sobre o caso com a aluna, mas a mesma veio até a equipe responsável para saber sobre o andamento do atendimento e relatou que a sua mãe, que é mais próxima a família da paciente e responsável pela a paciente nas consultas, voltou para sua cidade e no momento de se despedir da criança, a mesma entrou em certo desespero, cho-



rando e pedindo para que ela não fosse embora e deixasse ela lá, levando novamente as suspeitas da violência.

Foi marcada uma consulta no dia 29/04/2022, mas a paciente alegou não ter recebido pagamento para a compra do kit disponibilizado pela Faculdade, a responsável pelo atendimento ofereceu para doar o kit, mas a mãe da paciente deu uma justificativa sobre morar longe e a criança não ter como ir. Nessa semana foi feita uma denúncia anônima para o conselho mandando agentes de saúde fazer a fiscalização in loco. E foi solicitado também para mandar uma Agente de Vacinação fazer a averiguação do caso.

Após remarcar novamente uma consulta para o dia 06/05/2022, a mãe da paciente alegou que a criança estava doente e não poderia ir, colocou até a

criança para mandar áudios com tosse suspeita para confirmar o fato, dizendo que quando estivesse melhor iria para as consultas. E novamente foi marcada uma consulta para o dia 13/05/2022 onde a criança respondeu dizendo continuar doente.

## **METODOLOGIA**

A experiência com o caso de violência sexual infantojuvenil na graduação é muito marcante por se tratar de um relato muito delicado e necessitar do aluno uma conduta tão imparcial e detalhada.

Foi realizado todo o protocolo fotográfico intra oral da paciente e uma anamnese detalhada com a finalidade de colher informações e evidências suficientes para a notificação do caso. Primeiro foi realizada a notificação da violência sexual



ao conselho tutelar em nome da Faculdade Soberana, foi elaborado todo um cenário para que os familiares não suspeitassem de onde foi realizado a denúncia, solicitou-se aos agentes de saúde passarem in loco e realizar a averiguação da denúncia.

Para o embasamento teórico, foi selecionado os artigos publicados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e PubMed para a busca de artigos científicos, utilizando os descritores “abuso sexual infantojuvenil”, “violência sexual infantil” e “odontologia”.

## DISCUSSÃO

No atual cenário da saúde pública no Brasil, os profissionais da odontologia, em sua

maioria, se encontram despreparados para atuar diante a violência sexual de crianças e adolescentes. Justificando assim, o baixo percentual de notificações às autoridades competentes sobre tais suspeitas (ROVER et al., 2020). Esse despreparo é comprovado em uma pesquisa realizada por Josgrilberg et al. (2008), relatando que apenas 20,9% dos cirurgiões dentistas não sabiam que a região mais atingida pelo abuso sexual era a de face, cabeça e pescoço, do mesmo modo, não sabiam identificar as principais manifestações da violência sexual infantojuvenil (ALVES et al., 2016).

A maioria dos cursos de graduação, ainda não abordam como deveria o tema de violência sexual infantojuvenil, aos que abordam é na disciplina de Odontologia Legal, e 76% dessas instituições de ensino discutem



o tema em menos de oito horas durante toda a graduação. A desinformação sobre as manifestações de violência sexual infantojuvenil na formação acadêmica do cirurgião dentista, resulta no despreparo no momento do diagnóstico e de notificação das suspeitas do caso para às autoridades responsáveis (ROVER et al., 2020; ALVES et al., 2016).

O Conselho Federal de Odontologia, explana no artigo 9º, inciso VII do Código de Ética Profissional, que é de obrigatoriedade de o Cirurgião Dentista notificar qualquer caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos ao menor de idade.

Elaborando um ofício, notificando ao Conselho tutelar, ou, comunicando ao Juizado da Infância e Juventude, e notificando a ocorrência à autoridade policial. O não cumprimento, ocasiona ao profissional ficar sujeito às

sanções da lei, podendo ser processado criminalmente (ROVER et al., 2020).

A vítima do relato é uma menina de 7 anos, que agora faz parte de um percentual de que a cada quatro meninas, uma sofre com a violência sexual infantojuvenil. A idade que os abusos começam, em geral, é entre 2 a 5 anos, no relato não se sabe quando os abusos tiveram início. Os agressores, em sua maioria, são tipificados pela forma gradativa da violência, iniciando o abuso pelos atos de comentários e/ou carícias até a relação sexual propriamente dita (ALVES et al., 2016).

Em situações que as vítimas não consentem, buscam evitar ou pedir ajuda, as mesmas estão sujeitas a sofrerem com agressões físicas, ameaças e/ou chantagens do agressor. Atualmente, não sabemos de estudos



que relatam sobre falas diretas dessas vítimas de abuso sexual infantojuvenil (COSTA et al., 2021; SELL e OSTERMANN, 2015; ALVES et al., 2016). Em 2018, em uma pesquisa realizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), constatou-se que a taxa de mortalidade infantojuvenil devido às violências é de 291 menores de idade, sendo 130 meninas e 161 meninos. Pode-se relacionar esse índice aos riscos que esses jovens sofrem ao enfrentar o agressor (FÓRUM NACIONAL DA JUSTIÇA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE, 2022).

O Assédio Sexual Infantojuvenil tem um grande impacto na saúde física e psicológica das crianças e Adolescente. E todo profissional da área da saúde deve ter a capacidade de diferenciar os pacientes de comportamento normal daqueles que

sofrem com a violência. Existem sinais e sintomas, psicológicos e físicos, que esses pacientes manifestam (SANTOS et al., 2021). Portanto, tem que ser exigido desses profissionais a adequada capacitação para interpretação de uma linguagem emocional, psicológica infantil e para investigar os sinais físicos dessa patologia (ALVES et al., 2016).

As manifestações psicológicas de uma vítima de violência sexual infantojuvenil é demonstração de medo, raiva, ansiedade, angústia, depressão, isolamento, mentiras compulsivas, falta de confiança em adultos, choro sem motivo, não querer retornar para casas e falta de interesse na escola. No caso relato, foi evidenciado a maioria dessas características na paciente (ROVER et al., 2020). Platt e cols (2018), relataram que a consequência desses problemas



psicológicos pode ocasionar nessas crianças e adolescente é desenvolver transtornos mentais, comportamentais e levar essas vítimas a tentarem cometer suicídio. E essas complicações são mais acometidas na faixa etária de 10 a 15 anos em meninas e 2 a 6 anos em meninos (SANTOS et al., 2021).

Os sinais físicos na região de face, cabeça e pescoço presentes nas crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, são: lacerações dos freios labiais e linguais, lesões na língua e no canto da boca, trauma dental, fraturas ósseas, desvio de abertura bucal, marcas de mordidas, equimoses de sucção na região de pescoço, herpes tipo II, tricomoníase, condiloma acuminado, sífilis, gonorreia, candidíase, papiloma verrucoso (HPV), síndrome da imunodeficiência humana (AIDS) e a mais recorrente nos

casos, também presente no caso relato, são os eritemas ou petéquias no palato da vítima (OLIVÁN, 2021; ALVES, 2003).

A importância de um criterioso exame clínico no atendimento odontológico é fundamental para identificar os casos de violência sexual infantojuvenil, e assim, denunciando esse crime. O profissional de odontologia tem um contato muito próximo e direto com a vítima, o que favorece no momento de identificar as características físicas e psicológicas desse paciente, podendo realizar uma análise comportamental desses indivíduos (ROVER et al., 2020; SANTOS et al., 2021).

O profissional deve recolher o máximo de informações e provas possíveis nas consultas, assim sendo, o preenchimento da ficha clínica deve ser realizado de forma cuidadosa, questio-



nando sobre o convívio familiar, história da gravidez, histórico da doença atual, sobre as lesões, descrição do estado emocional, quais são os acompanhantes na consulta, realizar exames complementares, fotografar todas as lesões apresentadas pela vítima e todas as informações que sejam relevantes para o caso (ROVER et al., 2020).

### CONCLUSÃO

Com isso, existe a necessidade de mais discussões sobre Violência Sexual Infantojuvenil nas Instituições de Ensino Superior, para preparar os futuros cirurgiões dentistas guiando num correto diagnóstico e notificação do relato. Com essa correta conduta do profissional, haverá o crescimento dos índices de violência podendo ter uma correta estimativa dos casos ocorridos,

fazendo as autoridades tomarem medidas protetoras mais efetivas em frente aos relatos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, Irlena Maria Malheiros da; BARREIRA, César; BARROS, Luis Silva; SOUZA, Jackeline S. Jerônimo de. ABUSO SEXUAL INFANTOJUVENIL ENQUANTO PROBLEMA SOCIAL EM FORTALEZA, CEARÁ. Caderno CRH, Salvador, v. 34, p. 1-17, 2021.

SELL, Mariléia; OSTERMANN, Ana Cristina. A construção da significação da experiência do abuso sexual infantil através da narrativa: uma perspectiva interacional. D.E.L.T.A. , [s. l.], v. 31, ed. 2, p. 307-332, 2015.

ROVER, Aline de Lima Perei-



ra; OLIVEIRA, Gabriela Cristina de; NAGATA, Mariana Emi; FERREIRA, Rafael; MOLINA, Andrés Felipe Cartagena; PARRERAS, Sibelli Olivieri. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 43738-43750, jul 2020.

ALVES, Milena Arantes; FONSECA, Bianca Andrade da; SOARES, Thais Rodrigues Campos; FRANÇA, Adilis Kalina Alexandria de; AZEVEDO, Rosany Nascimento de; TINOCO, Rachel Lima Ribeiro. IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL – REVISÃO DE LITERATURA: Abuso sexual infantil e Odontologia. *Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL*, 2016; 3(2):92-99.

FÓRUM NACIONAL DA JUSTIÇA FONINJ DA INFÂNCIA E JUVENTUDE. Campanha “Me Proteja”: Campanha de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. [S. l.], 23 maio 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/12/campanha-contra-violencia-infantoj-juvenil-foninj-2.pdf>. Acesso em: 23 maio 2022.

SANTOS, Joao Leno Neves dos; FUJII, Leopoldo Luiz Rocha; MIRANDA, Flavio Salomao. ABUSO SEXUAL INFANTIL: O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA. *REVISTA FIMCA*, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 9-11, AGOSTO 2021.

PREFEITURA DO RIO. Pandemia aumentou em 50% denúncias de violência contra crianças e adolescentes. [S. l.], 18 maio 2021.



Disponível em: <https://prefeitura.rio/assistencia-social-direitos-humanos/pandemia-aumentou-em-50-de-nuncias-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes/>.

Acesso em: 23 maio 2022.

TEODONTOLÓGICO. UMA REVISÃO DA LITERATURA UEPG Biol. Health Sci., Ponta Grossa, 9 (3/4): 29-35, set./dez. 2003

OLIVÁN Gonzalvo G, de la Parte Serna CA. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:15-15.

SANTOS, Joao Leno Neves dos; FUJII, Leopoldo Luiz Rocha; MIRANDA, Flavio Salomao. ABUSO SEXUAL INFANTIL: O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA. REVISTA FIMCA, [s. l.], v. 8, ed. 2, p. 9-11, AGOSTO 2021.

ALVES, Polliana Muniz; Cavalcanti, Alessandro Leite. DIAGNÓSTICO DO ABUSO INFANTIL NO AM IEN-



# HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA SAÚDE DO IDOSO: PECULIARIDADES NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

## SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN EARLY HEALTH: PECULIARITIES IN PREVENTION AND TREATMENT IN PRIMARY CARE

Sonária de Sousa Assis<sup>1</sup>

Anne Caroline de Sousa<sup>2</sup>

Macerlane de Lira Silva<sup>3</sup>

Ocilma Barros de Quental<sup>4</sup>

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo identificar os fatores que dificultam a adesão da população idosa na prevenção e tratamento da pressão arterial, bem como evidenciar a contribuição da atenção básica para a resolutividade desta problemática. Para que a investigação fosse realizada, optou-se por uma revisão narrativa da literatura, onde foram realizadas buscas nas bases de dados científicas: LILACS, BDENF, SCIELO e MEDLINE. Mediante análise detalhada das buscas e aplicabilidade dos critérios de elegibilidade definidos, foram selecionados 10 artigos para compor a amostra final. Os resultados evidenciados através

- 
- 1 Acadêmica de Enfermagem (UNISM)
  - 2 Acadêmica de Enfermagem (UNISM)
  - 3 Acadêmica de Enfermagem (UNISM)
  - 4 Acadêmica de Enfermagem (UNISM)



das evidências científicas apontam que os idosos em situações de vulnerabilidade econômica ou em situações de abandono possuem maior dificuldade tanto para o diagnóstico como também para seguir o tratamento farmacológico com anti hipertensivos. Aliado a isso, a falta de informações no que tange a educação em saúde é um dos maiores desafios enfrentados pela equipe multiprofissional que atua na unidade básica de saúde. Assim, as estratégias de promoção da saúde devem ser pintadas em ações voltadas para a comunidade, especialmente para idosos e seus cuidadores sobre a importância da procura ativa aos serviços de saúde, bem como a importância de seguir o tratamento da pressão arterial para a prevenção de agravos. Nesse viés, é de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam preparados

para a realização da educação em saúde, e para suprir as necessidades e demandas de cada indivíduo conforme suas necessidades e particularidades clínicas.

**Palavras - Chaves:** HAS, Tratamento, Adesão, Idosos, Atenção Básica.

**Abstract:** This study aimed to identify the factors that make it difficult for the elderly population to adhere to the prevention and treatment of blood pressure, as well as to highlight the contribution of primary care to solving this problem. For the investigation to be carried out, a narrative review of the literature was chosen, where searches were carried out in the scientific databases: LILACS, BDNF, SCIELO and MEDLINE. Through a detailed analysis of the searches and applicability of the defined eligibility



criteria, 10 articles were selected to compose the final sample. The results evidenced through scientific evidence indicate that the elderly in situations of economic vulnerability or in situations of abandonment have greater difficulty both in the diagnosis and in following the pharmacological treatment with antihypertensive drugs. Allied to this, the lack of information regarding health education is one of the biggest challenges faced by the multidisciplinary team that works in the basic health unit. Thus, health promotion strategies should be painted in actions aimed at the community, especially for the elderly and their caregivers, on the importance of actively seeking health services, as well as the importance of following blood pressure treatment for the prevention of diseases. grievances. In this bias, it is of fundamental

importance that health professionals are prepared to carry out health education, and to meet the needs and demands of each individual according to their needs and clinical particularities.

**Keywords:** SAH, Treatment, Adherence, Elderly, Primary Care.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento consiste num processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. “É um fenômeno inevitável e inerente à própria vida”, igual à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação, ou seja, é um processo contínuo, ativo e diferencial. Inicia-se muito antes de alcançarmos a idade adulta e constrói-se ao longo da vida (RAMOS et., al 2018).



As repercussões do envelhecimento para a sociedade são consideráveis, especialmente no que diz respeito à saúde. Com o aumento da longevidade, o desafio é viver mais, de forma saudável e com maior qualidade de vida, o que aponta para a importância do desenvolvimento de políticas públicas que propiciem a autonomia, independência e um viver saudável (SILVA, 2021).

Nesse quesito, as doenças crônicas não transmissíveis são um dos fatores de risco que comprometem a saúde deste público, onde destaca-se a hipertensão arterial sistêmica. Esta condição crônica compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, e

vêm ocupando um maior espaço no perfil de morbi mortalidades (Morais et al., 2021).

Embora seja apontado que doenças e limitações não são resultados inevitáveis do envelhecimento, existem amplas evidências de que alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica que afeta essa população. Estima-se que no Brasil mais de 60% dos idosos sejam hipertensos. Nesse contexto, a HAS, além de ser um dos principais fatores de risco para a mortalidade nessa faixa etária, também causa prejuízo à qualidade de vida, fato que muitas vezes retira o valor da longevidade conquistada (RODRIGUES et al., 2021).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda



importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (TOM et al., 2021).

Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações

de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (VIEIRA; QUEIROZ, 2022).

A HAS em idosos está diretamente associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com consequente diminuição da sobrevivência e piora na qualidade de vida. Inúmeros estudos demonstraram os benefícios do tratamento da HAS na população desta faixa etária, com redução significativa dos eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida (COSTA et. al, 2021).

Tanto o tratamento medicamentoso como não farmacológico devem ser empregados, sempre considerando o indivíduo com suas comorbidades e expectativas. Além do diagnóstico pre-



coce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (COSTA et. al, 2021).

Em consonância a isso, a realização deste estudo justifica-se pela sua relevância científica, acadêmica e social, onde terá por contribuição apresentar o conhecimento acerca da hipertensão arterial no Brasil, mostrando sua prevalência, fatores associados e o reconhecimento sobre a condição de hipertensão, tratamento e controle da doença em idosos no âmbito da Atenção Básica à Saúde, onde estudos nesta área do conhecimento são importantes para o planejamento e o estabelecimento de políticas públicas em

benefício da população idosa.

## **OBJETIVO**

Identificar os fatores que dificultam a adesão da população idosa na prevenção e tratamento da pressão arterial, bem como evidenciar a contribuição da atenção básica para a resolutividade desta problemática.

## **METODOLOGIA**

Para elaboração deste trabalho adotará como metodologia a pesquisa bibliográfica, na modalidade de revisão narrativa, uma vez que ela possibilita acessar artigos publicados a respeito do tema proposto pela pesquisa e atende, por conseguinte, ao objetivo delineado. Para Lakatos e Marconi (2001, p.43), a pesquisa bibliográfica “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado



e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento”.

Foi selecionado este estudo pelo fato de que a revisão narrativa se concerne como instrumentos próprios para abordar a realidade, incluindo concepções teóricas de abordagem, técnicas que permitam a apreensão da realidade, além de incluir a criatividade do pesquisador como instrumento a ser utilizado. Dessa forma, para diante dessas premissas, este trabalho se debruçou sobre a seguinte problemática: Quais os fatores intrínsecos e extrínsecos aos serviços de atenção básica de saúde tem contribuindo para adesão ou não adesão de idosos hipertensos a prevenir e tratar a Hipertensão Arterial Sistêmica?

Os artigos de revisão narrativa são publicações am-

plas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos, constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

Para buscar respostas evidentes acerca da problemática em questão, foi realizado um levantamento de dados nas bases científicas em saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de dados



de enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), intermediado nas buscas o operador booleano AND sob o uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs e MeSh): HAS, Tratamento, Adesão, Idosos, Atenção Básica, no inglês foram utilizados da seguinte forma: SAH, Treatment, Adherence, Elderly, Primary Care.

Para a garantia da elegibilidade dos estudos selecionados, os critérios definidos para os artigos incluídos foram: Trabalhos completos, disponíveis na íntegra, no idioma inglês e português, publicados no recorte temporal dos últimos 5 anos e que atendessem ao objetivo proposto. No que tange os critérios de exclusão, foram definidos: Estudos duplicados em mais de uma base de dados, dissertações, teses, monografias e resumos.

Com base nisso, mediante o levantamento bibliográfico, emergiram na literatura 133 estudos referentes ao tema. Destes, com a aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão o número de artigos diminuiu para 83, com a leitura dos títulos este número reduziu para 42, com a leitura dos resumos, o resultado reduziu para 33 e com a leitura na íntegra, foram selecionados 10 artigos para compor a análise final dos resultados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os estudos selecionados para tabulação final dos resultados, foram estruturados no quadro 1 contendo informações relevantes, organizados respectivamente em ordem cronológica de publicação seguidos em título, autor, ano de publicação, objeti-



vos e periódico onde o estudo foi publicado.

**Quadro 1:** Descrição da amostra selecionada.

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVOS	PERIÓDICO
1	Desafios encontrados pelos enfermeiros na consulta de enfermagem ao paciente hipertenso na atenção primária.	ROSA et al., 2022	Identificar os desafios da promoção e prevenção a saúde encontrada pelo enfermeiro na consulta de enfermagem a pacientes hipertensos	Global Academic Nursing Journal
2	Assistência ao paciente com hipertensão na Atenção Primária à Saúde.	MARQUES et al., 2021	Identificar a assistência ao paciente com hipertensão na atenção primária à saúde.	Research, Society and Development
3	Percepção do enfermeiro acerca das circunstâncias de procura de idosos portadores de hipertensão pela atenção básica.	DIAS; MISHIMA, 2021	Analisar a percepção do enfermeiro acerca das circunstâncias de procura dos idosos portadores de hipertensão pela Atenção Básica.	Saúde e Desenvolvimento Humano
4	A percepção do enfermeiro na atenção básica em relação a adesão ao tratamento anti-hipertensivo com idosos em meio a pandemia do Covid-19.	CONCEIÇÃO et al., 2021	Avaliar essa adesão do usuário ao tratamento anti-hipertensivo, seja ele da classe medicamentosa ou não.	Brazilian Journal of Development



5	Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes idosos hipertensos em uma unidade de saúde da família em Cascavel, Paraná.	SCHONROCK et al., 2021	Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes idosos e hipertensos em uma unidade de saúde da família em Cascavel, Paraná.	Fag Journal of Health
6	Intervenção educativa para idosos hipertensos na APS.	MARTINS et al., 2021	Descrever a experiência de intervenção educativa em saúde para controle da Hipertensão Arterial (HAS) em idosos.	Saúde Coletiva
7	Práticas interdisciplinares para prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus em idosos.	ABREU et al., 2020	Evidenciar as ações de controle e prevenção da HAS e DM realizadas na atenção primária.	Research, Society and Development
8	Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde.	MAEYAMA et al., 2020	Analisar o contexto da atenção à saúde do Idoso.	Brazilian Journal of Development
9	Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados.	SANTANA et al., 2019	Analisar o controle da pressão arterial de idosos hipertensos acompanhados por uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal.	Escola Anna Nery



10	Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária.	SANTOS;CUNHA, 2018	Analisar as características epidemiológicas da hipertensão arterial sistêmica na população idosa acompanhada por uma Unidade Básica de Saúde.	Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social.
----	---	--------------------	---	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

Mediante análise criteriosa dos estudos selecionados, pode-se evidenciar alguns pontos importantes no que tange os aspectos que dificultam a adesão dos idosos ao tratamento da hipertensão arterial. Nesse quesito, emergiu na literatura como destaque as questões voltadas para a vulnerabilidade social. Idosos em situações de vulnerabilidade econômica ou em situações de abandono possuem maior dificuldade tanto para o diagnóstico como também para seguir o tratamento farmacológico com anti hipertensivos (SCHONROCK et

al., 2021).

Aliado a isso, a falta de informações no que tange a educação em saúde é um dos maiores desafios enfrentados pela equipe multiprofissional que atua na unidade básica de saúde. Assim, as estratégias de promoção da saúde devem ser pintadas em ações voltadas para a comunidade, especialmente para idosos e seus cuidadores sobre a importância da procura ativa aos serviços de saúde, bem como a importância de seguir o tratamento da pressão arterial para a prevenção de agravos (MAEYAMA et al., 2020).



Nesse viés, é de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam preparados para a realização da educação em saúde, e para suprir as necessidades e demandas de cada indivíduo conforme suas necessidades e particularidades clínicas. Assim, o conhecimento e a capacitação é crucial para a implementação da assistência ao paciente e a garantia do seu direito de acesso aos serviços de saúde (ABREU et al., 2020).

É importante destacar que a unidade básica enfrenta inúmeros desafios principalmente para o rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis. Apesar de, nos últimos anos, o Brasil registrar avanços por meio da implementação de políticas abrangentes para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, geralmente estas são direcionadas à po-

pulação geral, sem a necessária ênfase à população idosa, e este destaca-se como uma das carências mais impactantes nos serviços de atenção primária (ROSA et al., 2022).

Embora as políticas públicas sejam voltadas para o cuidado universal, a equipe multiprofissional deve voltar uma atenção especial para os grupos mais vulneráveis, pautada nas necessidades de busca por estratégias de assistência ao idoso hipertenso foram empregadas para otimizar o atendimento e o acompanhamento, onde a unidade básica de saúde, deve-se monitorar os hipertensos quanto ao peso, pressão arterial, orientações, prescrição medicamentosa, consultas mensais e monitoramento do tratamento (MARTINS et al., 2021).

O cuidado ao idoso envolve a construção de novas es-



estratégias na atenção primária, seguindo o perfil que a população vive. Assim, as práticas de saúde requerem uma perspectiva mais ampla em relação ao modelo biomédico atual que tem como foco a doença e a cura. Os idosos possuem características específicas relacionadas ao surgimento, instalação e desfecho de problemas de saúde que os tornam mais suscetíveis a eventos adversos e requerem intervenções multiprofissionais e multidisciplinares com foco no cuidado (SANTANA et al., 2019).

Em consonância a isso, para que os desfechos sejam realizados da forma correta, é importante que sejam identificados os condicionantes e determinantes dos processos saúde/doença. A perda funcional reduz significativamente a qualidade de vida dos idosos, suas famílias e cuidadores. Tanto que é o determi-

nante mais importante de resultados adversos em pessoas idosas, sendo responsáveis pela taxa de hospitalização, surgimento de doenças crônicas e morbidade (CONCEIÇÃO et al., 2021).

Dessa maneira, é evidente que uma avaliação abrangente da saúde do idoso deve ser considerada os aspectos sociais, clínicos, psicológicos e funcionais e ajuda a identificar as necessidades dos idosos, otimizando a alocação de recursos e estratégias de cuidado, estimulando que o idoso procure o serviço básico de maneira espontânea (DIAS; MISHIMA, 2021).

## CONCLUSÃO

A realização deste estudo evidenciou a necessidade da implementação de ações educativas continuadas voltadas para a melhoria da saúde do idoso



hipertenso, voltada para a conscientização e adesão ao tratamento. Fortes associações foram demonstradas entre os fatores de risco citados e a falta de controle da pressão arterial em hipertensos mais idosos, principalmente no que diz respeito à idade avançada, histórico de alcoolismo, obesidade e outras comorbidades preexistentes. Assim, com base no que foi evidenciado, sugere-se a necessidade de planejamento para a saúde voltadas para este público e uma reorganização da estratégia de apoio da atenção primária.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Livia Rodrigues et al. Práticas interdisciplinares para prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus em idosos. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 11, p.

e599119482-e599119482, 2020.

ALVES, Cândida Helena Lopes, e Bismarck Ascar Sauer. *Envelhecer: Uma visão multiprofissional*. Appris Editora e Livraria Eireli-ME, 2018.

ANDRADE, Shirlei Maclaine Barbosa et al. ARTIGO ORIGINAL Associação entre os aspectos sociodemográficos, condições de saúde e qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes Association between the sociodemographic aspects, health conditions and quality of life of dependent elderly caregivers. *Fisioterapia Brasil*, v. 20, n. 5, p. 603-609, 2019.

ALMEIDA; Patty Fidelis de, GIOVANELLA; Ligia. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou finan-



ciadas pelo ministério da saúde entre os anos de 2000 e 2006. Rev Cad. Saúde Pública. v. 24, n.8, p.1727-1742. 2014.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes; OLIVEIRA, Fabiana Maria Rodrigues Lopes de; FERNANDES, Maria das Graças Melo. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. Revista Brasileira de Enfermagem, 2019, 72: 337-344.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BEZERRA, Álef Lamark Alves et al. Perfil epidemiológico de idosos hipertensos no Brasil: uma revisão integrativa. Revista de Medicina, v. 97, n. 1, p. 103-107, 2018.

CAMARGO, Tereza Claudia de Andrade; TELLESB, Silvio de Cassio Costa; SOUZA, Claudia Teresa Vieira de. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/brazilian Journal Of Occupational Therapy, São Carlos, v. 26, n. 2, p.367-380, 20 ago. 2018. ISSN: 2526-8910.

CONCEIÇÃO, Elisângela Marcionilo et al. A percepção do enfermeiro na atenção básica em relação a adesão ao tratamento anti-hipertensivo com idosos em meio a pandemia do Covid-19 em um Município no interior de Pernambuco. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 7, p. 75330-75343, 2021.



- DIAS, Ernandes Gonçalves; MISHIMA, Silvana Martins. Percepção do enfermeiro acerca das circunstâncias de procura de idosos portadores de hipertensão pela atenção básica. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 9, n. 2, 2021.
- MARTINS, Jocenara Firme de Moura Santos et al. Intervenção educativa para idosos hipertensos: um relato de experiência. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 11, n. 67, p. 6667-6676, 2021.
- MAEYAMA, Marcos Aurélio et al. Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, p. 55018-55036, 2020.
- MARQUES, Victor Guilherme Pereira et al. Assistência ao paciente com hipertensão na Atenção Primária à Saúde. *de. Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e36010414523-e36010414523, 2021.
- NASCIMENTO, Ísis Cristine Ferreira et al. Benefícios da prática de exercícios físicos na melhora da marcha em idosos. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 2, n. 1, p. 447-452, 2019.
- OLIVEIRA ALMEIDA, Rainne et al. Medidas não farmacológicas em hipertensão arterial. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 21, n. 2, p. 95-97, 2019.
- ROSA, Aline Silva da Fonte et al. Desafios encontrados pelos enfermeiros na consulta de enfermagem ao paciente hipertenso na atenção primária. *Global Academic Nursing Journal*, v. 3, n. Sup. 1, p. e239-e239, 2022.



RICARDO, Heidi et al. Prevalência de Parâmetro de Pressão Arterial em Idosos do Município de Santos-SP. Anais do Encontro Nacional de Pós-graduação, v. 2, n. 1, p. 329-333, 2018.

SCHONROCK, Gabriel Luiz Felipe et al. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes idosos hipertensos em uma unidade de saúde da família em Cascavel Paraná. FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH), v. 3, n. 1, p. 29-33, 2021.

SANTANA, Breno de Sousa et al. Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados. Escola Anna Nery, v. 23, 2019.

SANTOS, Gerson Souza;  
CUNHA, Isabel Cristina Kowal

Olm. Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 1, p. 321-329, 2018.

SILVA, Elisiane Beatriz et al. Envelhecimento: alterações que podem comprometer o estado nutricional do idoso. International Journal of Nutrology, v. 11, n. S 01, p. Trab371, 2018.

SILVA, José Felipe Costa et al. Doenças crônicas e sonolência diurna excessiva em pessoas idosas. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 31, n. 3, 2018.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira et al. Qualidade de vida do portador de hipertensão arterial sistêmica assistido por uma estratégia de saúde da família de Minas Gerais. JMPHC| Journal



of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 10, 2019.



# QUALIDADE DE VIDA E VOZ EM PACIENTES LARINGECTOMIZADOS TOTAIS: REVISÃO DE LITERATURA

## QUALITY OF LIFE AND VOICE IN TOTALLY LARYNGECTOMIZED PATIENTS: LITERATURE REVIEW

Giovanna Silva Ramos<sup>1</sup>

**Resumo:** Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre a qualidade de vida e voz em pacientes laringectomizados totais. Métodos: O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica, com artigos localizados nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), no qual foram selecionados 05 artigos entre os anos de 2009 a 2019, todos com relação direta com o tema proposto. Conclusão: Foi possível concluir que os resultados por meio dos protocolos são importantes para a avaliação e tratamento dos indivíduos que realizaram a laringectomia total, pois a fala foi o domínio de maior significância, interferindo diretamente na comunicação e qualida-

---

1 Bacharela em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás. Especialista em Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo pela Faculdade Unyleya. Especializanda em Docência Universitária pela PUC Goiás. Especializanda em Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência pelo Child Behavior Institute of Miami - CBI Of Miami. Aperfeiçoamento em Estimulação Precoce. Aperfeiçoamento em Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro Autismo.



de de vida dos pacientes.

**Palavras-Chave:** Laringectomizados, Qualidade de Vida, Voz Esofágica, Câncer de Cabeça e Pescoço.

**Abstract:** Objective: To carry out a literature review on quality of life and voice in total laryngectomized patients. Methods: The present study consists of a bibliographic review, with articles located in the SciELO (Scientific Electronic Library Online) and VHL (Virtual Health Library) databases, in which 05 articles were selected between the years 2009 to 2019, all with direct relationship with the proposed theme. Conclusion: It was possible to conclude that the results through the protocols are important for the evaluation and treatment of individuals who underwent total laryngectomy, since speech was the most significant

domain, directly interfering with the communication and quality of life of patients.

**Keywords:** Laryngectomized, Quality of Life, Esophageal Voice, Head and Neck Cancer.

## INTRODUÇÃO

De acordo com o INCA, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2019).

O câncer de laringe ocorre predominantemente em homens acima de 40 anos e é



um dos mais comuns entre os que atingem a região da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem essa área e 2% de todas as doenças malignas (INCA, 2019).

A laringe possui uma série extensa de funções, das quais as mais importantes são a função respiratória, a deglutitória e a fonatória (BEHLAU, 2001, p.25).

A fonação é uma função neurofisiológica inata, mas a voz vai se formando ao longo da vida, de acordo com as características anatomofuncionais do indivíduo e os aspectos emocionais de sua história pessoal (BEHLAU, 2001, p.26).

Laringectomias são procedimentos cirúrgicos nos quais toda ou parte da laringe é removida. A remoção completa da laringe é definida como laringecto-

mia total (ANGELIS et al., 2000, p.99).

A principal indicação para uma laringectomia é a presença de uma neoplasia maligna primária da laringe ou tumores originados de estruturas adjacentes que acometem a laringe total ou parcialmente (ANGELIS et al., 2000, p.99).

Laringectomias totais ocasionam perda completa da voz, até que algum método de reabilitação seja estabelecido, seja ele natural ou protético (ANGELIS et al., 2000, p.99).

A reabilitação do paciente laringectomizado total pressupõe a utilização de qualquer meio de comunicação que permita a troca em seu meio social (ANGELIS et al., 2000, p.229).

A voz esofágica é gerada pelo esfíncter faringoesofágico, quando o suprimento de ar intro-



duzido pela boca atinge a porção superior do esôfago e é expulso, sendo modificado pelos ressonadores e articuladores (ANGELIS et al., 2000, p.230).

De acordo com Angelis et al., (2000) a retirada da laringe envolve uma mutilação física e também psíquica. Evidentemente, perder a voz acarreta sérias limitações à integração do indivíduo na sociedade. A voz representa a identidade do indivíduo e sua retirada compromete a manifestação da comunicação por meio de sentimentos, dos desejos e das características individuais biológicas, emocionais e sócio-educacionais.

A postura profissional na área exige interação com o paciente, a família e a equipe na qual o fonoaudiólogo está inserido, e dentro deste universo é importante que se criem condições para um bom desempenho tera-

pêutico (PESSOA et al., 2001).

A Fonoaudiologia e a voz são áreas de atuação da Fonoaudiologia em estreita interligação. Ambas contemplam atuações preventivas, diagnósticas e de intervenção. A atuação da Fonoaudiologia em câncer de cabeça e pescoço tem avançado ao longo dos anos com interfaces predominantemente em voz, motricidade orofacial e disfagia. Sua inserção científica tem sido observada especialmente nas últimas duas décadas (NEMR, 2013).

A reabilitação fonoaudiológica dos pacientes laringectomizados não se restringe apenas à aquisição da nova voz, mas também a todas as formas de comunicação, com a participação ativa dos familiares e a reintegração do paciente no meio social e profissional (ANGELIS et al., 2000, p.227).



Conforme a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, envolve o bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida (BVS, 2015).

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre a qualidade de vida e voz em pacientes laringectomizados totais.

## MÉTODOS

Para o presente estudo foi realizada uma pesquisa bi-

bliográfica nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) com os seguintes descritores isolados: Laringectomizados, Qualidade de Vida, Voz Esofágica, Câncer de Cabeça e Pescoço, UW-QOL e associados: Laringectomia e Qualidade de Vida, Laringectomia e Voz, Câncer de Cabeça e Pescoço e Qualidade de Vida, UW-QOL e Laringectomizados, para responder a seguinte pergunta de investigação: Como os pacientes laringectomizados totais percebem sua qualidade de vida e voz? Os critérios definidos para inclusão foram: publicações originais datadas de 2009 a 2019, no idioma português e com associação direta com o assunto pesquisado.

Após a leitura cautelosa dos títulos e resumos, foram desconsiderados aqueles que não



faziam parte da temática pesquisada para o presente estudo, bem como publicações inferiores aos anos definidos, monografias, teses de dissertação, resumos em anais e artigos não acessíveis na íntegra.

Foram recrutados um total de 32 artigos e após a leitura criteriosa e descarte daqueles que não se relacionaram com o tema proposto foram selecionados um total de 05 artigos para análise, incluídos no quadro 01.

## RESULTADOS

### Quadro 01: Distribuição dos artigos que abordam a qualidade de vida e estratégias de enfrentamento da disfonia em laringectomizados totais.

	Autor/Ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultados
01	PAULA, F. e GAMA, R. (2009)	Prospectivo	Avaliar a qualidade de vida, através de questionário específico traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil, de pacientes submetidos à laringectomia total.	Foram selecionados 12 pacientes submetidos à laringectomia total há pelo menos um ano, para aplicação do questionário de qualidade de vida UW – QOL v.4 (University of Washington Quality of Life). A qualidade de vida global dos pacientes foi analisada somando-se os pontos (0-100) de cada domínio (n=12) do questionário.	A maioria dos pacientes entrevistados foram homens, com média de idade de 59,5 anos, portadores de carcinoma espinocelular da laringe ou hipofaringe, em estádios clínicos III ou IV e realizaram como tratamento cirurgia associada ou não à radioterapia e/ou quimioterapia. A qualidade de vida global dos pacientes foi, em média, 900,25 (0-1200). O domínio Fala foi o que apresentou pior índice de qualidade de vida (41,6), enquanto que o domínio mastigação, o melhor (91,7). 41,6% usam voz esofágica para se comunicar, outros 41,6% não conseguem usar nenhum tipo de voz e 16,6% usam voz esofágica e eletrolaringe. A reabilitação da voz e o tipo não apresentaram correlação estatística significativa com o score global de qualidade de vida. No texto livre, olfato foi a queixa mais frequente.



02	GOMES et al. (2010)	Descritivo, exploratório e de revisão bibliográfica	O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida do paciente laringectomizado traqueostomizado, a partir de um questionário específico traduzido e validado para o português em pacientes submetidos à laringectomias parciais ou totais que estejam traqueostomizados e, avaliar possíveis diferenças entre os escores médios deste questionário com faixas etárias e sexos diferentes.	Estudo quali-quantitativo de verificação da qualidade de vida de 31 pacientes laringectomizados e traqueostomizados, utilizando-se como instrumento o UW-QOL versão 4, correlacionando-o com a faixa etária e sexo dos pacientes.	Alterações importantes na fala e deglutição, principalmente nas mulheres, tendo sido considerada como boa a qualidade de vida global.
03	LIMA, M. et al. (2011)	Transversal	O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe e indicação de laringectomia total como principal tratamento, considerando mudanças decorrentes do adoecimento e de intervenções terapêuticas empregadas.	Utilizou-se um questionário sócio demográfico e o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL). Foram entrevistados 19 pacientes, com idade média foi de 60 anos e 89,5% do sexo masculino.	Foi encontrado um escore composto médio de 50,8. Os domínios que obtiveram pior pontuação média foram a ansiedade, a fala e o humor. De uma maneira geral, a qualidade de vida dos pacientes estudados é prejudicada pelo câncer, por tratamentos realizados anteriormente e pela expectativa da realização da laringectomia total, pois 47,4% dos pacientes consideraram sua qualidade de vida geral como ruim ou muito ruim.
04	GADENZ, C. et al. (2011)	Transversal	Analisar a qualidade de vida em voz de pacientes laringectomizados em fonoterapia participantes de um grupo de apoio.	Participaram da pesquisa 16 laringectomizados totais do Grupo de Apoio ao Laringectomizado localizado no Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Foram aplicados o Protocolo de Levantamento de Dados de Laringectomizados de um Grupo de Apoio para caracterização dos sujeitos da pesquisa, e o Protocolo de Qualidade de Vida em Voz para análise da autopercepção vocal dos sujeitos laringectomizados.	No Protocolo de Levantamentos de Dados de Laringectomizados de um Grupo de Apoio, o significado do grupo foi assinalado com maior frequência (30%) como "Apoio", enquanto nas escalas, atribuiu-se com maior frequência nota 10 (68,8%) para a importância dos exercícios fonoaudiológicos e 8 (37,5%) para a autopercepção de qualidade de vida dos sujeitos laringectomizados. Os resultados do Protocolo de Qualidade de Vida em Voz, domínio físico e socioemocional, apresentaram média 66,66 e 73,04, respectivamente



05	ALGAVE e MOURÃO, (2015)	Quantitativo e qualitativo	Verificar a contribuição dos diferentes questionários e de entrevista na avaliação de qualidade de vida em sujeitos laringectomizados totais que se comunicam pela voz esofágica.	Estudo quantitativo e qualitativo baseado na realização de entrevista aberta e aplicação de questionários específicos para câncer de cabeça e pescoço – UW-QOL, FACT (H&N) e EORTC QLQ (H&N35) – em quatro pacientes com idade entre 62-68 anos, submetidos à retirada total da laringe e que estão em acompanhamento fonoaudiológico para aquisição de voz esofágica.	A entrevista possibilitou a melhor 'escuta' do paciente, no entanto, quando se trata de estudos populacionais sua aplicação se torna inviável, sendo os questionários ainda a melhor opção. O EORTC QLQ (H&N) demonstrou ser o questionário mais específico para questões fonoaudiológicas, enquanto o UW-QOL explora mais as questões físicas e o FACT (H&N) aborda melhor o domínio emocional/psicológico.
----	-------------------------	----------------------------	---	--	--

## DISCUSSÃO

Com relação aos tipos de estudos 02 foram do tipo transversal, 01 prospectivo, 01 quantitativo e qualitativo e 01 descritivo, exploratório e de revisão bibliográfica.

O UW-QOL (University of Washington Quality of Life Questionnaire) (Anexo 01) contém 12 questões de domínios em qualidade de vida, entre eles: dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala, ombros, paladar, saliva, humor e ansiedade, desenvolvido pela Uni-

versidade de Washington, sendo proposto em 1993, tendo por intuito o registro da percepção da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em diferentes estágios da doença e etapas de seu tratamento (ANDRADE et al., 2012).

O Protocolo de Qualidade de Vida em Voz – QVV (V-RQOL - Voice-Related Quality of Life) (Anexo 02) foi traduzido e adaptado para o português por Behlau em 2005, sendo composto por dez questões, com ênfase em dois domínios, o físico e sócio-emocional, tendo



por objetivo analisar a qualidade de vida relacionada à voz (JARDIM et al., 2007).

O Functional Assessment Cancer Therapy Head and Neck (FACT H&N) (ANEXO 03) é um protocolo específico para avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, com questões relacionadas ao bem estar físico, social, familiar, emocional, e funcional (PAULA E SAWADA, 2016).

O European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire - EORTC QLQ (H&N35) (ANEXO 04) é um questionário voltado para aplicação em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, avaliando a dor, deglutição, problemas sensoriais, fala, comer socialmente, contato social, interesse sexual, dentes, abertura de boca, boca

seca, saliva espessa, tosse, sensação de doença, analgésicos, suplementos nutricionais, alimentação enteral, perda e ganho de peso (ALMEIDA et al.,2013).

Gadenz et al (2011) realizaram um estudo com 16 pacientes laringectomizados totais, em sua maioria homens, com idade média de 64 anos, utilizando o Protocolo de Qualidade de Vida em Voz, para análise da autopercepção vocal dos laringectomizados, tendo como resultados as maiores médias nos domínios físicos e socioemocionais, comprovando assim que o domínio físico afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes.

Paula e Gama (2009) avaliaram a qualidade de vida de 12 pacientes laringectomizados totais, com diagnóstico de carcinoma espinocelular com graus de III a IV, aplicando o UW – QOL v.4 (University of Washington



Quality of Life), observando que o domínio da fala demonstrou ser o pior índice de qualidade de vida para os pacientes analisados.

Lima et al. em (2011) investigaram a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com carcinoma espinocelular, com indicação da laringectomia total como tratamento, utilizando o UW – QOL com 19 pacientes, com idade média de 60 anos, apresentando a piores pontuações nos domínios de ansiedade, fala e humor, demonstrando que a qualidade de vida destes pacientes foi prejudicada pelo câncer.

Por meio do questionário WHOQOL versão 4, Gomes e Rodrigues em (2010), avaliaram a qualidade de vida de 31 laringectomizados totais traqueostomizados, submetidos a laringectomias parciais ou totais, por diagnóstico de carcinoma espinocelular, obtendo como res-

postas no questionário as melhores médias nos domínios de atividade e recreação e as piores nos domínios de fala e deglutição.

Campos e Leite (2010) realizaram uma revisão de literatura a fim de descrever as sequelas resultantes da radioterapia com repercussões diretas para a fonoaudiologia, como alterações da qualidade de vida e voz, encontrando como resultados sequelas crônicas e agudas como rouquidão, odinofagia e afonia, interferindo na qualidade de vida dos pacientes.

Em (2015) Algave e Mourão aplicaram em 04 pacientes laringectomizados totais que estavam em terapia fonoaudiológica para aquisição da voz esofágica, com idades entre 62 – 68 anos os questionários UW – QOL, FACT (H&N) e EORTC QLQ (H&N35), tendo como resultados que a entrevista com os



pacientes possibilita uma melhor escuta, e que os questionários citados contribuem para a avaliação da qualidade de vida de maneiras diferentes.

Os resultados encontrados por Paula e Gama (2009), Lima et al (2011) e Gomes e Rodrigues (2010) foram congruentes com relação piores resultados nos domínios de fala.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É notável a escassez de estudos sobre a qualidade de vida em laringectomizados totais e diante dos artigos levantados foi possível concluir que os resultados por meio dos protocolos são importantes para a avaliação e tratamento dos indivíduos que realizaram a laringectomia total, pois a fala foi o domínio de maior significância, interferindo diretamente na comunicação e

qualidade de vida dos pacientes.

Sugere-se, que mais estudos sejam realizados para relacionar e entender as alterações vocais diretamente com a realização da laringectomia total, ressaltando assim a importância do fonoaudiólogo na reabilitação destes pacientes, visto que esse profissional participará efetivamente da reabilitação das diversas funções do indivíduo afetado, em especial na sua comunicação, com o desenvolvimento da voz esofágica.

### **REFERÊNCIAS**

- ALGAVE DP, MOURAO LF. Qualidade de vida em laringectomizados totais: uma análise sobre diferentes instrumentos de avaliação. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-70, Feb. 2015.
- ANDRADE, Fabiana Paula de et al. Validade discriminante do



questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington no contexto brasileiro. Rev. bras. Epidemiol. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 781-789, Dec.2012.

ANGELIS E, FURIA C, MOURÃO L, KOWALSKI L. A Atuação da Fonoaudiologia no Câncer de Cabeça e Pescoço. São Paulo (SP): Lovise, 2000.

ASSOCIAÇÃO CÂNCER BOCA E GARGANTA. Próteses. Disponível em: <https://www.acbbrasil.org/proteses/>. Acesso em: 19 mai 2019.

BEHLAU, M. Voz: O Livro do Especialista. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Qualidade de Vida em Cinco Passos. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/dicas->

-em-saude/2107-qualidade-de-vida-em-cinco-passos. Acesso em: 16 de nov 2019.

CAMPOS RJDS, LEITE ICG. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a fonoaudiologia. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 671-677, agosto de 2010.

DE PAULA, FC, GAMA RR. Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. Ver Bras Cir Cabeça Pescoço, v. 38, p. 177-82, 2009.

DE PAULA J, SAWADA NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 1, p. 106-113, 2015.

DO CARMO RD, CUNHA MC,



GHIRARDI ACAM. Voz e psiquismo: efeitos recíprocos em um paciente laringectomizado total. Distúrbios da Comunicação, [S.l.], v. 22, n. 1, set. 2011. ISSN 2176-2724.

FERREIRA AA, et al. Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas por Câncer no Trato Aerodigestivo Superior em um Hospital Universitário. Rev. Brasileira.De. Cancerologia.

GADENZ, C, et al. Análise da qualidade de vida e voz de pacientes laringectomizados em fonoterapia participantes de um grupo de apoio. Distúrbios da Comunicação, [S.l.], v. 23, n. 2, jan. 2012. ISSN 2176-2724.

GOMES TABF. QUALIDADE DE VIDA DO LARINGECTOMIZADO TRAQUEOSTOMIZADO. 2010. 73 f. Dissertação

(Mestrado em Ciências da Saúde)  
- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, GOIANIA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer de Laringe. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-laringe>. Acesso em: 19 mai 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Como Surge o Câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer>. Acesso em: 19 mai 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. O que é Câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 19 mai 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. O que é Câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.



gov.br/o-que-e-cancer. Acesso em: 19 mai 2019.

JARDIM R, et al. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonía entre docentes. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p.2439-2461, Oct. 2007.

LIMA M, et al. Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.18-40, jun. 2011.

NEMR K. Contribuições da Fonoaudiologia para a Fononcológia e Para a Voz. 2013.Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PESSOA et al. FONONCOLOGIA, ÉTICA E HUMANIZAÇÃO: REFLEXÕES E PAPÉIS. Revista Extensão & Sociedade, v. 2, n. 3, 21 set. 2011.



# EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA BAHIA

## EFFECTIVENESS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN BAHIA

Alessandro Martins Ribeiro<sup>1</sup>

Vivian Miranda Lago<sup>2</sup>

Dilceu Silveira Tolentino Júnior<sup>3</sup>

Katia Silene Lopes de Souza Albuquerque<sup>4</sup>

**Resumo:** Objetivo: conhecer a evolução dos programas e ações efetivos na atenção primária por meio das políticas públicas em saúde para estratégia saúde da família (ESF) e apontar quais são os programas e ações em atenção primária em saúde preventiva para a população Baiana. Metodologia: Foi realizada uma revisão sistemática com o objetivo de responder “Quais são as políticas

---

1 Bacharel em Administração Pública. Esp. Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrando no Programa de Pós-graduação stricto sensu em Ciências da Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), campus JK. Diamantina/MG

2 Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente – Orientadora da Faculdade do Sul da Bahia (FASB) - Av. General, Av. Gov. Salgado Viana, 364 - Mirante do Rio, Teixeira de Freitas - BA, 45988-174 – campus 2

3 Mestre em Tecnologia, Ambiente e Sociedade pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, campus Teófilo Otoni/MG

4 Mestra em Contabilidade pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente: Universidade do Estado da Bahia, Campus XIX.



em saúde na atenção primária que foram efetivas na incorporação da ESF na Bahia?” nas bases SciELO, LILACS e MEDLINE usando os descritores “Estratégia Saúde da Família”; “Atenção Primária”; “Bahia” na língua portuguesa, em periódicos nacionais como Cadernos de Saúde Pública CPS, Brazilian Journal of Health Review, Ciência & Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Enfermagem. Resultados e Discussão: Diante da análise dos artigos e segundo os autores, as Políticas Públicas efetivadas na atenção primária que mais se consolidaram foram: a Farmácia Popular, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Brasil Sorridente, Conselheiros Municipais de Saúde (CMS), Programa HiperDia, Programa Mais Médicos (PMM), Interações por Condições Sensíveis à

Atenção Primária (ICSAP), Pacto Pela Vida e Programa Saúde na Escola (PSE). Considerações finais: Portanto, somado aos fatos históricos e as melhorias nos programas e ações desenvolvidas à Bahia é possível concluir que a saúde primária mediada pela ESF permitiu que o diagnóstico patológico a qualquer Baiano, fosse realizado precocemente e com isso sua vida sexual, emocional, nutricional e física pudesse ser orientada e assistida em sua integralidade.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Atenção primária; Bahia.

**Abstract:** Objective: to know the evolution of effective programs and actions in primary care through public health policies for the family health strategy (FHS) and point out which are the pro-



grams and actions in primary care in preventive health for the Baiana population. Methodology: A systematic review was conducted with the objective of answering “Which are the health policies in primary care that were effective in the incorporation of the ESF in Bahia?” in the SciELO, LILACS and MEDLINE bases using the descriptors “Estratégia Saúde da Família”; “Atenção Primária”; “Bahia” in the Portuguese language, in national journals such as Cadernos de Saúde Pública CPS, Brazilian Journal of Health Review, Ciência & Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Enfermagem. Results and Discussion: In view of the analysis of the articles and according to the authors, the Public Policies effective in primary care that were most consolidated were: the Popular Pharmacy, Integrative and Complementary Health Practi-

ces (PICS), Community Health Agents (ACS), Smiling Brazil, Municipal Health Councilors (CMS), HiperDia Program, More Doctors Program (PMM), Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care (ICSAP), Pact for Life and Health at School Program (PSE). Concluding remarks: Therefore, added to the historical facts and the improvements in programs and actions developed in Bahia it is possible to conclude that primary health mediated by the ESF allowed the pathological diagnosis to any Baiano, to be made early and with that his sexual, emotional, nutritional and physical life could be oriented and assisted in its integrality.

**Keywords:** Family Health Strategy; Primary Health; Bahia.

## INTRODUÇÃO



Após a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira, alicerçado pela descentralização de tarefas regidos pelo poder público dentro da própria garantia constitucional, foi criado o programa Estratégia e Saúde da Família (ESF) em 1997, sendo aplicada ao orçamento da União em 1998, devido a sua popularização regional em cada cidade Brasileira (Santos, 2018).

Também denominadas Unidades Básicas de Saúde (UBS), estas estão vinculadas aos bairros correspondentes dentro de uma cidade (Santos, 2018). Por sua vez, são formadas por uma equipe multiprofissional em saúde que atende à comunidade prestando serviços gratuitos, salgado pelos impostos municipais

restituídos em serviços e produtos como alimentos, gasolina e remédios, etc., consumidos cotidianamente (Peruzzo, 2018).

As equipes multiprofissionais (EMs) formadas por médico clínico-geral, técnico em enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais são gerenciadas pela prefeitura e o secretário em saúde municipal que detém em regra, a função de coordenar a regulação em exames clínicos que todo município possui 5.

As (EMs) são divididas em duas áreas em saúde, as de atenção primária e de atenção secundária. Na atenção primária a equipe é gerida por um médico em saúde da família, um enfermeiro especialista em ginecologia e um assistente social (Conass 2015). Na secundária os envolvidos são médicos em pediatria,



cardiologia, neurologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia e outras especialidades médicas que atuam em Alta Complexidade, preparados para atuar com intervenções, a exemplo os casos graves de doenças crônicas, como o Câncer (Madeira 2014).

Para que haja a efetividade de um serviço em saúde é necessário observar, planejar, criar e executar a Política Pública em Saúde (PPS), as políticas públicas são um conjunto de programas, ações e decisões tomadas pelo governo nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de gênero, raça, religião ou classe social (Pereira, 2021). A maior política em saúde que temos no Brasil é o SUS, que visa garantir ao cidadão acesso universal a promoção, cuidados preventivos e tratamentos gratuitos (Ferreira

2021).

Apesar do progresso significativo na Saúde Pública Brasileira, na efetividade das políticas públicas, é contundente apontar que se um gestor municipal não tem conhecimento da aplicação dos recursos em saúde, e não os disponibiliza a população, primeiramente, investindo no pessoal da equipe em estratégia da família, consequentemente haverá problemas na prestação de serviços, gerando má qualidade ou insuficiência na eficácia realizada (Cecilio; Reis, 2018).

Nesse contexto, evidencia-se a problemática nesse estudo: Quais são as políticas em saúde na atenção primária que foram efetivas na implantação da ESF na Bahia? Com esta pesquisa objetivou-se, conhecer a evolução dos programas e ações efetivos na atenção primária por meio das políticas públicas em saúde para



estratégia saúde da família (ESF) e apontar quais são os programas e ações em atenção primária em saúde preventiva para a população Baiana.

Foi realizada uma revisão sistemática. Esse tipo de tudo tem capacidade de resumir os resultados de estudos originais de um determinado tema, sendo essencialmente usados na tomada de decisão para a implantação de um método, de uma análise estatística e na implantação de uma política tanto governamental a nível internacional, quanto brasileira (Donato, 2021).

O estudo foi retrospectivo, analisando todo embasamento às políticas públicas da atenção primária até o atual momento, que exploraram a literatura sobre Estratégia Saúde da Família (ESF) e Ações para as ESFs na Bahia (2012 a 2021). Esse estudo visou contribuir no

conhecimento dos discentes sobre as políticas públicas em saúde na atenção primária (ações e programas) efetivos pela ESF, além dos resultados serem um comparativo para o público externo à universidade se situarem e saberem o impacto destas ao longo de 09 anos.

A institucionalização do SUS, aliada a implementação das UBS e das ESFs promoveu o alinhamento do cuidado na promoção, prevenção e tratamento da população Brasileira (Santos 2018). A humanização do parto, o tratamento de doenças crônicas e não crônicas, o acesso à saúde bucal, a terapêutica para o diabético e o hipertenso, entre tantos outros avanços, incidiu diretamente na melhoria da efetividade na saúde Baiana (Peruzzo 2021).

O resultado do não cumprimento das Leis 8080/90 e 8142/90 bem como da não efeti-



vidade do artigo 196 que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, cabendo aos governos municipais, regular seus proventos e aplicar nas pastas criadas. (Brasil, 2021)

### **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visou à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma re-

orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2011).

A ESF tem como base de sua atuação a territorialização das equipes de Saúde da Família. Ela reorganiza, direciona a expansão, a qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB) à saúde de acordo com os princípios do SUS (Barbosa et al, 2020). Essa estratégia que engloba atenção à mulher/homem (criança, adolescente, jovem e idoso (a), à gestante e secundariamente ao atendimento, o diagnóstico, promoção e prevenção se dão em uma organização chamada Unidade Básica de Saúde ou Posto de Saúde (1994) inserida



em 1990 pela Lei. 8080 que implantou o Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990).

Surgiu, baseada na reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para o processo só de adoecimento, imposto pelo modelo não-gereencialista de saúde privada das décadas de 60 e 80 vividas pelo Brasil. Agora, atenção em saúde está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico, social e emocional, por fim, observando o indivíduo como um ser biopsicossocial (Brasil, 1997).

O processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família segue elementos do cuidar, zelar e manter, esses critérios foram definidos na Declaração Alma-Ata (1979) que prima pelo cuidado da saúde no

aspecto externo e interno, zelar pelo ambiente do lugar onde vive e manter as relações entre família e comunidade (Pinto, 2017).

O processo de trabalho da ESF envolve práticas transformadoras, em que seus atores necessitam de capacidade ampliada de análise, intervenção, autonomia e um elo estreito entre concepção e execução do trabalho no modelo da APS. Além disso, deve ser realizado acolhimento, classificação de risco, análise de vulnerabilidade, priorização dos grupos de riscos, além de promover uma atenção organizada (Camuri; Dimenstein, 2021).

## **AÇÕES DETERMINANTES NA EFETIVIDADE DA ESF NA BAHIA**

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são também chama-



das de ações em saúde primária, constituem em projetos dentro das UBSs que inclui por grupo homens e mulheres e suas comorbidades como pressão alta, diabetes, como também saúde preventiva ao realizar o Papanicolaou, a vacinação e visitas em campo às famílias designadas pelos agentes comunitários (Barbosa et al, 2020).

Essas ações integradoras são descentralizadas, na esfera Federal enquanto que o Ministério da Saúde cria subsídios para incorporar as práticas e alcançar um maior número de pessoas, dentro daquele público, no Estadual o gerenciamento é feito pelas secretaria de Saúde e os conselhos entre as cidades dos Estados, em nível municipal o gestores (prefeitos) articulam com os secretários de saúde para criar cursos que envolvam em sua maioria, práticas medicinais

como a terapia chinesa, acupuntura (Barbosa et al, 2020).

Uma proposta pedagógica criada em 2008, foi a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (Una-SUS), que leva em conta a difusão do conhecimento com equidade e atender às necessidades de educação permanente do SUS, com ênfase no trabalho conjunto. Muitos dos servidores da saúde fazem atualização, especialização para atender as demandas dentro da organização, além de desenvolver novas técnicas em que o profissional da saúde aplicará no seu trabalho (Pinto; Menezes; Villa, 2010).

Criada pelo Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 o Programa Saúde na Escola (PSE) com suas finalidades; e a Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008 que regulamentou a responsabilidade orçamentária do Ministério da Saúde (MS)



com os municípios que aderem ao PSE que tem como objetivos promover a saúde e a cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde; articular ações do setor de saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades desta clientela; e incentivar a participação comunitária contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede básica (Carneiro Neto, 2017).

Dentre muitas destas ações de base estão os programas: Brasil Sorridente, que é uma política Federal, direcionada ao Centro Especializado de Odontologia (CEO), mas é pelas ESFs que a avaliação inicial é feita, diretamente nas escolas realizando escovação dentária pelas crianças e adolescentes. Caso constatado alteração na saúde bucal, haverá o encaminhamento para

a terceira via que é o tratamento realizado pelo CEO (Figueiredo, 2011).

O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, foi outro programa que se tornou estratégia direcionada ao suprimento de vagas de médicos em unidades básicas de saúde, foi o maior provimento de médicos em regiões prioritárias para o SUS, para o ingresso temporário de médicos na assistência primária em saúde (APS). Logo, o número de médicos foram insuficientes e então criou vagas para médicos intercambistas: médicos estrangeiros habilitados ao exercício da medicina em outros países. O Nordeste foi a região que recebeu o maior número de médicos pelo PMM nos cinco primeiros ciclos de adesão e início de atividades profissionais, influenciada pela ocorrência de doenças socioeconômicas (Santiago et al, 2012).



Outro programa que foi inserido às UBSs, que é considerado um marco na inclusão e identificação de comorbidades é o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (HiperDia), sendo oriundo do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, criado em 2001 pelo Ministério da Saúde (Carvalho, et al, 2021).

A principal função do HiperDia foi a notificação de agravo da hipertensão e diabetes, na forma de monitoramento dos pacientes e a geração de informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos a respeito dessas doenças crônicas (Gonçalves et al, 2016).

Conjugado a atenção à gestante, temos a estratégia criada pelo Ministério da Saúde, vinculada a notificação de agravo de doenças à menores de 01 ano, as

internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). A ação em formato de política de pública (PP) visa reduzir o adoecimento e as internações, bem como a morte nosocomial (provocada por agente biológico em unidades hospitalares) após longo período de internação (Assis; Simões; Cavalcanti, 2021).

Contundente a todas ações e programas, descentralizados e inseridos a ESFs temos a maior ação que foi o Pacto pela Vida em (2006), criado pelo Ministério da Saúde (Freire, 2019). Incorporou atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids; promoção da saúde; fortale-



cimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem (Pinto Junior, 2018).

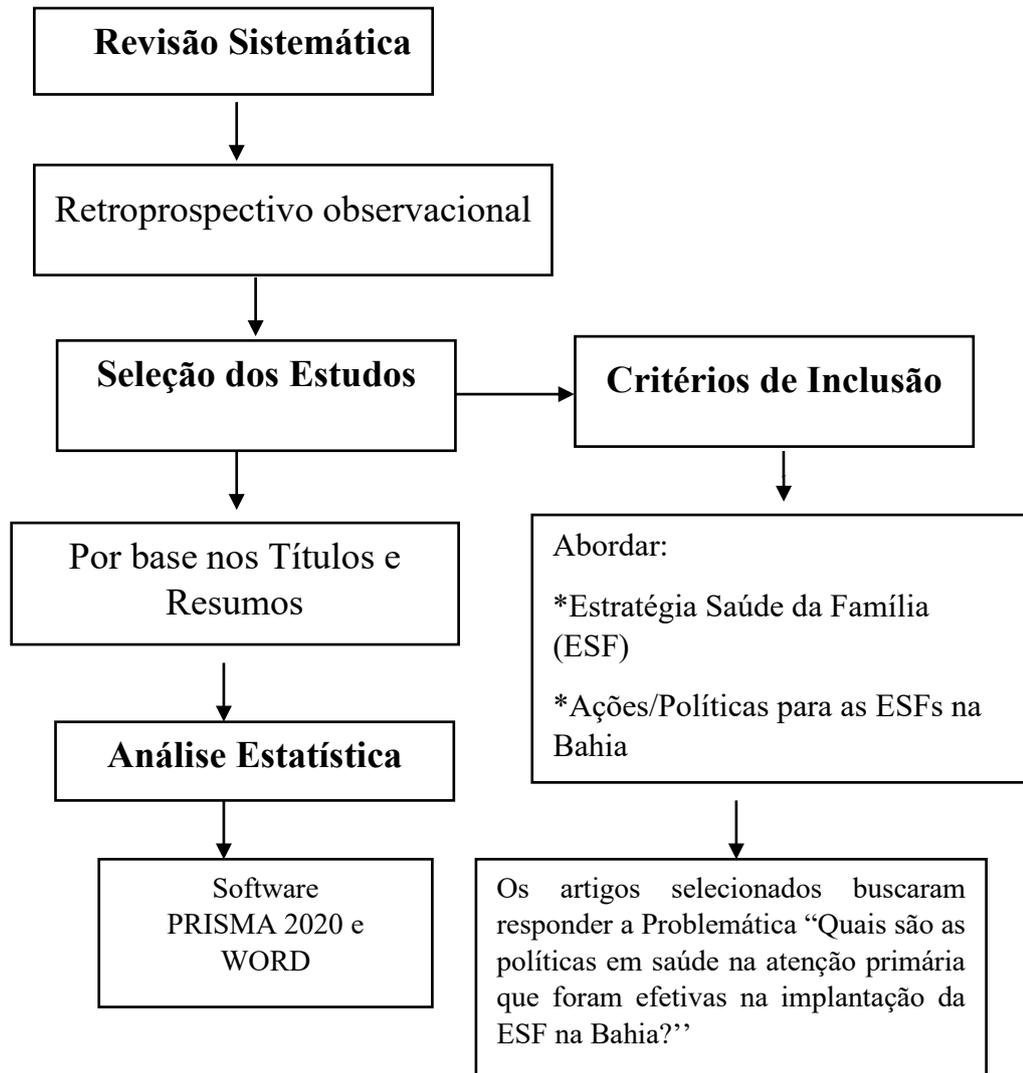
e síntese da informação selecionada por meio de uma pergunta norteadora (Bello 2017). A figura 1 apresenta o desenho metodológica da presente pesquisa.

## **METODOLOGIA**

Neste estudo foi realizada uma revisão sistemática que consiste em identificar um problema, que surgiu durante o levantamento das informações, em que a solução esteja retratada na literatura retrospectiva à coleta dos dados.

Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica



**Figura 1.** Fluxograma PRISMA da seleção dos estudos.

Fonte: AUTOR, 2021

O estudo foi retroprospectivo observacional, com análise descritiva, da literatura em nove anos sobre o alcance e percentual da PP na atenção primária à população Baiana. Os

resumos e os títulos apontaram descritores “Estratégia Saúde da Família”; “Atenção Primária”; “Bahia” na língua portuguesa, em periódicos nacionais como Cadernos de Saúde Pública CPS,



Brazilian Journal of Health Review, Ciência & Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Enfermagem, etc. Bem como, foram categorizados artigos, teses e dissertações que abordaram a temática de políticas públicas observando a efetividade destas no Nordeste e os impactos à Bahia.

Foram excluídos, estudos que abordavam políticas públicas de modo nacional, sem apresentar contrapontos sobre saúde na atenção básica voltado a (ações e programas) direcionados à população baiana. Para fins de análise dos dados obtidos, a seleção e extração dos resumos, e a organização das informações como a resposta à problemática foi apresentada em um quadro contendo autor, ano de publicação, periódico e resposta ao Problema de Pesquisa no software PRISMA (2020) e com delineamento no microsoft WORD

(2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos trabalhos lidos, para compor esta revisão sistemática foram usados 29 títulos divididos em artigos, legislações, portarias, trabalho de conclusão de curso (TCC) e dissertações. Após analisar os textos, apenas 10 artigos científicos se propuseram a apontar o quão efetivas foram as políticas públicas e ações desenvolvidas à ESF na atenção primária em saúde na Bahia. No quadro 1, pode ser observada as respostas à problemática.



**Quadro 1.** Resposta à problemática levantada sobre a ESF e sua efetividade na Bahia.

AUTOR (ES) E ANO	PERIÓDICO OU REVISTA	QUAIS SÃO AS POLÍTICAS EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA QUE FORAM EFETIVAS NA IMPLANTAÇÃO DA ESF NA BAHIA?
ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTE, 2012)	Brazilian Journal of Health Research	Farmácia Popular criada em 2004, cumprindo uma das diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Na Bahia, teve êxito ao descentralizar a entrega dos anti-hipertensivos e anti-diabéticos das Unidades Básicas de Saúde para farmácias particulares.
BARBOSA et al., 2020	Cadernos de Saúde Pública CPS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) criada em 2006, tornou o Brasil referência em tratamento em mais 29 áreas em saúde por meio de terapias fitoterápicas e homeopáticas. Incluiu Acupuntura em 2017, a um dos seus procedimentos paliativos, como as algias provocadas pelos cânceres. Nos 417 municípios Baianos, as PICS somam 38% dos tratamentos realizados pela equipe multiprofissional da atenção primária.
CORDEIRO E CARNEIRO NETO, 2017	Revista Brasileira Pesquisa em Saúde	Agente Comunitário em Saúde (ACS) criado em 1991, passando por inúmeras transformações no rol de suas funções, desintegrando a Política Nacional dos Agentes Comunitários e sendo inserido à Política Nacional de Atenção Primária. Na Bahia, é o maior número de profissionais da atenção básica ativos, conseguem chegar a lugares com péssima logística, estes colaboram para atenção primária ser 56% do diagnóstico alcançado pelo SUS.



CARVALHO et al., 2021	Brazilian Journal of Health Review	Brasil Sorridente criada em 2004. Uniria a educação em saúde das escolas do fundamental à assistência odontológica realizada pelos Centros Especializados Odontológicos (CEO) em que é iniciado o diagnóstico na atenção básica. Na Bahia, a implantação desta meta alcançou cerca de 87% do público-alvo. Hoje, é efetiva em comunidades carentes.
FERREIRA et al., 2018	Revista Saúde e Sociedade	Criação dos Conselheiros Municipais de Saúde (CMS) contribuem na observação dos problemas locais e regionais voltados à saúde, apresentação de problemas sociais e ambientais à Secretaria Municipal de Saúde e somam cerca 72% das respostas aos problemas levantados, sendo efetivos na atenção primária. Na Bahia são 8.200 conselheiros, atuam juntamente com a comunidade, principalmente em bairros periféricos com maior desigualdade social.
FREIRE et al., 2019	Revista Baiana de Saúde Pública	O programa HiperDia foi implantado em 2006, estando disposto aos agravos de doenças crônicas não-transmissíveis à época como hipertensão e diabetes, atualmente corresponde a 61% das estratégias primárias mais efetivas na Bahia.
GONÇALVES et al., 2016	Ciência & Saúde Coletiva	Programa Mais Médicos (PMM) implantado em 2013, devido à sazonalidade geográfica do país e ao déficit de alcance da atenção primária. O Nordeste recebeu cerca de 33% do total desses profissionais, a Bahia foi o segundo Estado à época com maior efetividade.



PINTO JUNIOR et al., 2018	Cadernos de Saúde Pública	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) criada em 2008, reduziria o número de óbitos em nascidos até um ano, devido doenças e agravos hospitalares. Na Bahia, é a segunda estratégia nos grupos em saúde da Família à gestante em pré e pós-parto.
BELLO, 2017	Revista de Educação e Saúde	Pacto pela Vida, criado em Brasília em 2006, visava integrar a saúde do trabalhador, os cânceres de mama, próstata, pele, colo uterino, hematológicos e doenças de desordem genética. No Nordeste, foi estratégia para ampliar a assistência das comunidades de zona rural e urbana devido às doenças emergentes. Na Bahia, correspondeu a 48% das ações de combate aos vetores <i>Aedes aegypti</i> (dengue) <i>Anopheles</i> (malária), <i>Micobacterium leprae</i> (hanseníase), Bacilo de Koch (tuberculose), doenças sexualmente transmissíveis (HIV, HTLV, Hepatites B e C).
SANTIAGO et al., 2012	Revista Brasileira de Enfermagem	Programa Saúde na Escola (PSE) criado em 2007, idealizado pelo Plano Nacional de Educação e Humanização (2004). Realizado por dentistas das UBSs, e por atividades pedagógicas de escolas públicas, sendo para os <i>Baianinhos</i> a maior estratégia de prevenção a cáries nos dentes. Na Bahia, representa 87% do diagnóstico em estratégias de saúde primária, ligando a criança e adolescente do fundamental I e II à saúde dentária.

Fonte: AUTOR, (2021).

Diante da sistematização dos textos, as políticas públicas em saúde que se efetivaram foram: Farmácia Popular, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Brasil Sorridente, Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Programa HiperDia, Programa Mais Médicos (PMM), Interna- ções por Condições Sensíveis à



Atenção Primária (ICSAP), Pacto Pela Vida e Programa Saúde na Escola (PSE). Outrossim, esses programas e ações se tornaram estratégias na atenção primária, assistindo à população baiana.

A efetividade de cada programa e ação corrobora para mostrar o quanto teve de impacto na saúde primária e reportar aos governos estaduais que essas deveriam ter caráter permanente e não transitório. Assim, à medida que um grupo prioritário de mulheres, gestantes, crianças, idosos e trabalhadores é alcançado minimizando os agravos a sua saúde por meio da atuação de uma equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF), maior a necessidade de se investir nessas políticas públicas.

A Bahia, foi um dos estados do nordeste que mais investiram em atenção primária nos últimos anos, suas equipes em

saúde, reorganizadas em 2012 na Conferência Nacional dos Determinantes Sociais (DSS) alocaram a prestação do atendimento que até então era regionalizado de zona urbana para a zona rural, facilitando o acesso da prevenção, diagnóstico e tratamento aos moradores daquele núcleo familiar (Brasil, 2021).

O fato da atenção primária corresponder a 56% dos atendimentos em saúde básica se deve às campanhas de promoção em saúde, realizadas pelas equipes em Estratégias Saúde da Família (ESFs) disseminadas com apoio de rádio, propagandas televisivas em jornais, revistas e cartazes, além da multitarefa dos agentes comunitários durante as visitas domiciliares de conscientizar as famílias a realizarem consultas com as equipes multiprofissionais em saúde (Camuri; Dimenstein, 2010).



As políticas públicas (PPs) em atenção primária efetivas na saúde do homem puderam promover o fortalecimento do acesso a serviços básicos, como prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial); saúde reprodutiva, por meio do aconselhamento e planejamento familiar e doenças urbanas, como os acidentes de trabalho (Madeira, 2014).

Desde a implantação da Política Nacional de Humanização (2004) com suas ações e estratégias incorporadas à atenção primária, com a educação preventiva, mediada pela saúde bucal, tendo o fato do alcance dos 87% de efetividade de atuação desta ação, se deu devido à junção das estratégias serem aliadas à educação básica municipal, em que as escolas e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuavam

em conjunto, e isso pôde tornar o estado da Bahia o segundo com maior alcance dessa política pública (Santos, 2018).

A efetividade das ações de base, como a saúde preventiva incorporada pelo Pacto pela Vida (2006), somou significativamente em melhorias para a saúde do Nordeste, aumentando o número de homens e mulheres buscando a realização de exames preventivos, enviando a ESFs para as zonas rurais e rastreando doenças de caráter crônico, promovendo um diagnóstico eficiente, viabilizado pelo assistencialismo previsto pela Lei. 8142/90 (Cecilio; Reis, 2018).

Outro grande marco para os municípios baianos, foi a criação e implantação dos complexos reguladores em saúde pela Portaria nº 1.559/2008, que passou a ser temática discutida a partir da implantação do Pac-



to pela Vida (2006), os conjuntos reguladores aumentariam o número de diagnósticos em saúde e com isso promoveria o prognóstico de pacientes portadores de doenças crônicas e não-crônicas (Pinto, 2017).

Analisando longitudinalmente a atenção primária à saúde da mulher, gestante, idosa e criança do sexo feminino na Bahia, foram os públicos mais beneficiados em estratégias de promoção, prevenção e tratamento de agravos à saúde (Galvao; Pereira, 2014). A promoção da conscientização da realização do exame Papanicolau; a vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) na faixa etária dos 10 a 14 anos; a realização da mamografia rastreando alterações granulares na mama; o acompanhamento da gestante por meio do pré-natal de forma pluralizada, atendendo desde a mãe ao bebê, o controle

da hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo I e II por meio de medicação do Programa HiperDia e a atividade física promovida pelas academias de saúde, foram os maiores benefícios à população feminina (Carrapato; Correia; Garcia, 2017).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB, 2021) foi lançado um e-book, sobre o Programa Mais Médicos na Bahia com registros de 2013-2021. Em 8 anos, uma média anual de 1.300 médicos brasileiros, cubanos, angolanos e suíços passaram por 367 municípios baianos, ou seja, 88% do território baiano foi alcançado pelo programa, atendendo cerca de 5,6 milhões de pessoas desprovidas de serviços de saúde primária com a assistência médica como o acolhimento psicológico, emocional e afetivo (Brasil, 2016).

Embora as práticas com-



plementares em saúde (PICS), a criação do conselhos municipais de saúde, idealizados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a regionalização da farmácia popular, voltado principalmente para os municípios incidentes de doenças crônicas, tenham sido fundamentais na melhora da assistência à saúde no interior da Bahia, a peça fundamental que levou ao sucesso dos programas foi a implantação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) que faziam ações de promoção divulgando esse acesso, conseguindo fazer com que a população se tornasse adepta a essas estratégias em saúde (Davim, 2005).

Como desafios de melhoria na Estratégia Saúde da Família no Nordeste podem ser citados aperfeiçoar a capacidade de gestão de pessoas da Coordenação da ABS, os processos de

monitoramento e avaliação com base em indicadores, auxiliar as equipes na análise e no manejo de informações em saúde, inclusive, de modo que tenham valor de uso e sirvam para a tomada de decisão no âmbito local, realizar reformas das unidades próprias existentes e processos de compra dos equipamentos necessários ao funcionamento da equipe (Bahia, 2021).

Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) republicada em 2017, quatro variáveis promovem a ineficiência do processo de acolhimento, diagnóstico e cura cedido a ESF como subfinanciamento, mudança de perfil epidemiológico, crise econômica, empobrecimento da população e o surgimento de um “novo usuário” mais atento e demandante (Mendes, 2019).

Na atenção primária a resposta para que as políticas



sociais implantadas na ESF funcionem se dá no uso primário das Redes de Atenção em Saúde (RAS), que levanta no Estado, os problemas enfrentados pela assistência primária em saúde e por meio da Secretaria municipal em saúde, cria um cronograma com as necessidades específicas daquela comunidade, daquela Unidade Básica de Saúde (UBSs), buscando melhores estratégias para solucioná-las (Davim, 2005)

Assim, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2019) os objetivos definitivos da atenção básica em celeridade à Estratégia Saúde da Família são o alcance de um nível ótimo de saúde distribuído de forma equitativa, a garantia de uma proteção adequada ante aos riscos, o acolhimento dos cidadãos, a efetividade e a eficiência no serviço prestado (Conass, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante apontar, que a ESF desde a sua criação e implantação em 1997 até os dias atuais, vem passando por inúmeras reformas nas suas diretrizes que foram garantidas pela Política Nacional de Saúde (PNS), após a promulgação da Constituição Federal de 1988 que incluiu em seu rol de direitos e deveres a saúde como bem de todos e dever do Estado.

Somado a isso, percebeu-se que muitas políticas públicas foram criadas e inseridas na atenção primária com a prerrogativa de melhora do processo gerencialista, instalado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Outrora, devido a sazonalidade geográfica e a ausência de financiamentos e até cortes no orçamento da União no investi-



mento da Atenção Primária tem em muito prejudicado o êxito da efetividade da ESF seguindo os princípios constitutivos das Leis Orgânicas 8080 e 8142 de 1990.

Portanto, dada a relevância que foi a criação da atenção primária, a inserção da Estratégia de Saúde da Família, os programas sociais e ações que são políticas públicas de governo e estado observa-se o avanço que a saúde Baiana conquistou.

Os programas de saúde instalados pela atenção primária na Bahia, conseguem demonstrar expressivamente o quanto a população aderiu ao diagnóstico precoce, nos dias atuais com expressivos 56% de adesão às consultas das UBSs que incorporadas nos 417 municípios Baianos promoveram o desenvolvimento econômico e social. Visto que, se a saúde do trabalhador vai bem, a economia tende a funcionar me-

lhor, por haver mais indivíduos saudios e ativos gerindo a entrada de receita à máquina pública.

A atenção primária ao baiano foi essencialmente revista quando incorporada à política dos médicos estrangeiros em zonas rurais de difícil acesso, foi melhor avaliada quando implementada as práticas integrativas, e priorizada pela Política Nacional em Saúde que instituiu para homens, mulheres e crianças, estratégias como os programas Hipertensão, Pacto pela Vida e Saúde na Escola.

A estratégia saúde da família busca priorizar públicos como gestantes, idosos e trabalhadores, principalmente por serem público-alvo da maioria das políticas públicas em saúde, sendo nas UBSs, onde o diagnóstico patológico a qualquer Baiano é realizado precocemente e sua vida sexual, emocional, nutricional,



nal e física é orientada.

Portanto, foi essencial a descentralização do programa Saúde da Família (1994) para a Estratégia Saúde da Família (1997) no momento em que as regiões Brasileiras norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul estavam se desenvolvendo geopoliticamente, criando novas cidades, distritos e municípios, em que necessitariam de assistência primária, logo após a promulgação e criação do maior programa de saúde pública do mundo, o SUS.

Essa reorganização para o atendimento aos baianos, seja da zona urbana ou rural, só foi possível por meio da criação dos conselhos municipais de saúde que permitiram avaliar os problemas sociais como falta de infraestrutura: rede de esgoto, asfalto, condução mantida pelos transportes intermunicipais e interestaduais e acesso a programas de

trabalho e renda que em muito impactam na qualidade de vida.

Desse modo, é cada vez mais necessário formar profissionais de saúde atentos aos direitos da comunidade, primando pela atenção biopsicossocial do indivíduo, resguardando seu direito e acesso a serviços assistencialistas mantidos pelas Leis 8080/90 e 8142/90 no rol dos princípios doutrinários como a Universalidade, Equidade e Eficiência.

Soma-se a isso as garantias constitucionais que foram a criação e efetivação das redes de Atenção à Saúde (RAS) sendo essenciais para dirimir e maximizar o processo de acolhimento do paciente ao SUS, além de adequar e atender as famílias, priorizou-se o profissional da equipe das EMs, e criou-se cursos de aprimoramento por meio da UNA-SUS para que estes pudessem atender os grupos sociais



de forma mais humanizada.

Cabe, portanto, aos profissionais gestores, tanto secretários, quanto coordenadores na área de saúde, manter essas políticas públicas de Estado, bem como prefeitos e governadores, criar novas propostas como reformas das UBS, melhorar o piso salarial e rever a carga horária dos profissionais da atenção primária. Remete a população baiana, a necessidade de avaliar os representantes eleitos pela democracia e observar onde investem os impostos municipais e estaduais, cobrando melhorias na Atenção Primária em Saúde.

## REFERÊNCIAS

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília, 2015.

Santos, NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1729-1736, 2018.

Peruzzo, Hellen Emília et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452018000400205&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452018000400205&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 set 2021.

Pereira, Renata Cristina Arthur de. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bits->



- tream/icict/23245/1/933.pdf >. Acesso em 18 ago 2021.
- Ferreira, Jéssica et al., (col). Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.1, p.69-79, 2018. Disponível em: < <https://scielosp.org/pdf/sau-soc/2018.v27n1/69-79/pt> >. Acesso em 16 mar 2021.
- Madeira, Mori Lígia de. Avaliação de Políticas Públicas. – Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014. 254 p
- Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira; Reis, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2018, v. 34, n. 8
- Donato, Helena; Donato, Mariana. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática/Stages for Undertaking a Systematic Review. Acta Med Port 2019 Mar;32(3):227-235. Disponível em:<<https://doi.org/10.20344/amp.11923>>. Acesso em 29 out 2021
- Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 18 nov 2021
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organi-



zação do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun. 2011.

Barbosa et al. 2020. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. Cadernos de Saúde Pública CPS. a 2020;36(1):e00208818. Disponível em <[www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n1/e00208818/pt](http://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n1/e00208818/pt)>. Acesso em 20 ago. 2020

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do

Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997

Pinto, Antônio Germane Alves et al. Vínculos Subjetivos do Agente Comunitário de Saúde no território da Estratégia Saúde Da Família. Rev. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 789-802, set./dez. 2017

Camuri, Danilo; Dimenstein Magda. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. Work Processes in Health: mental health care practices in the Family Health Strategy. Saúde Soc. São Paulo,



v.19, n.4, p.803-813, 2010. Disponível em <[www.scielo.br/j/sausoc/a/pdf](http://www.scielo.br/j/sausoc/a/pdf)>. Acesso em 13 de mar 2021

Pinto, Erika Simone Galvão; Menezes, Rejane Maria Paiva de; Villa, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Rev Esc Enferm, USP. 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/j/reusp/a/pdf](http://www.scielo.br/j/reusp/a/pdf)>. Acesso em 18 set 2021

Carneiro Neto, José Nunes e Cordeiro, Técia Maria Santos Carneiro. Situação de saúde de um município do interior da Bahia: uma proposta de intervenção. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 19(4): 23-33, out-dez, 2017

Figueiredo, Elisabeth Niglio de. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. UNI-

FESP 2011. Especialização em Gestão em Saúde. Disponível em <[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)>. Acesso em 18 abr 2021

Santiago et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. Brasília, 2012 nov-dez; 65(6): 1026-9

Carvalho, Amanda Araújo de, et al. Avaliação de efetividade de programa de atenção à saúde bucal de 0-36 meses em Salvador-BA, 2017-2018. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.2, p. 8773-8787 mar./apr. 2021

Gonçalves et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação



das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2815-2824, 2016

Assis, Luana Couto; Simões, Mônica Oliveira Silva da; Cavalcanti Alessandro Leite. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil, 2012. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*. Disponível em < <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/4189>>. Acesso em 18 nov 2021

Freire, Ivna Vidal et al. Mortalidade e acompanhamento do diabetes e da hipertensão na atenção básica de um município do nordeste brasileiro. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 43, n. 1, p. 9-22 jan./mar. 2019

Pinto Junior, Elzo Pereira, et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2018

Bello, Silas Santana. Estratégias de saúde para otimizar o controle e aderência dos hipertensos da ESF Maria Aristides - Lagoa do Bádico - Novo Triunfo/BA. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2017

Brasil. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece o Pacto pela Saúde, na Vida e Gestão, e as orientações de pactuação para o biê-



nio 2010 – 2011. Disponível em  
<[http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1268250072520portaria2669-versao\\_impresao.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1268250072520portaria2669-versao_impresao.pdf)>.  
Acesso em 13 jan 2021

Galvao, Taís Freire; Pereira, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014

Carrapato, Pedro; Correia, Pedro; Garcia, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. Health determinants in Brasil: searching for health equity. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Mi-

nistério da Saúde, 2016. 230 p

Davim, Rejane Marie Barbosa et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(3):296-302

Bahia (2021). E-book sobre o Programa Mais Médicos Bahia 2013-2021. Disponível em<<http://www.saude.ba.gov.br/2021/08/18/sesab-lanca-livro-sobre-programa-mais-medicos-na-bahia/>>. Acesso em 18 out 2021

Mendes, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. CONASS, Brasília, 2019. 869 p

Cavalcanti, Pauline Cristine Silva da; Neto, Aristides Vitorino Oliveira de; Souza, Maria Fátima de. Quais são os desafios para a



qualificação da Atenção Básica  
na visão dos gestores municipais?  
Revista Saúde Debate. Rio  
de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-  
336, ABR-JUN 2015



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESENVOLVIMENTO GLOBAL DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE EM UM DISTRITO NO INTERIOR DA BAHIA**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND GLOBAL DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 5 YEARS OF AGE IN A DISTRICT IN THE INTERIOR OF BAHIA**

Cintia da Silva Araújo<sup>1</sup>

Sara Nayelle Ferreira de Sousa<sup>2</sup>

Sabrine Cortiana Rodrigues Lima<sup>3</sup>

Clevane Maia Souza<sup>4</sup>

Mayara dos Santos Amorim<sup>5</sup>

**Resumo:** Introdução: A primeira infância corresponde ao período do nascimento até os 6 anos de idade, é neste período que a criança conquista habilidades fundamentais para um desenvolvimento pleno de diversas habilidades. No entanto, muitos fatores podem influenciar esse desenvolvimento, como questões

117

1 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, BA

2 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, BA

3 Especialista em neonatologia e pediatria (ASSOBRAFIR), Alagoinhas, BA

4 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, BA

5 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, BA



físicas, familiares e ou ainda sociais. O isolamento social, por exemplo, ocasionou um processo de transformação do ambiente doméstico, que passou a agregar um conjunto de atividades, relacionadas ao trabalho, à escola e até mesmo à atividade física. O contexto de pandemia por exemplo, gerou impactos na educação, no convívio familiar, econômico e no desenvolvimento global das crianças, pois com o isolamento, muitas atividades ficaram restritas, bem como o funcionamento de creches e escolas, as quais muitas vezes tem um papel fundamental na nutrição e desenvolvimento social e cognitivo de algumas crianças. Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico e o desenvolvimento global de crianças de 0 a 5 anos de idade de um distrito no interior da Bahia. Materiais e métodos: A pesquisa foi realizada em Capoeiruçu,

distrito de Cachoeira-Ba, e foram incluídas no estudo crianças de 0 a 5 anos residentes no distrito, a coleta de dados se deu por meio da aplicação presencial de questionários aos responsáveis, sendo um questionário epidemiológico; o Ages & Stages Questionnaires -3, e o Índice de Desenvolvimento da Primeira Infância 2030. Os dados coletados foram tabulados em um banco de dados no Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22. Resultados: De acordo com a análise, cerca de pelo menos 47,20% das famílias sobrevivem com 2 ou menos salários mínimos por mês e 32,4% dos pais possuem ensino médio completo. Além disso, 55,9% das mães apresentaram problemas de saúde durante a gestação, tais como anemia e hipertensão. Outro fator impactante, é que 41,20% desses pais e cuidadores ficaram desem-



pregados na pandemia, relatando que 64,7% dessas famílias foram infectadas pelo vírus da COVID-19. Do total de famílias entrevistadas, 55,9% relataram que seus filhos se tornaram mais dependentes para atividades como brincar, correr ou qualquer outra coisa. Conclusão: Em conformidade com os resultados apresentados, podemos apontar que apesar de algumas dessas crianças terem alguns fatores que possam influenciar para um déficit no desenvolvimento global, a maioria ainda assim apresentara um rendimento bom, pois essas qualidades podem estar ligadas ao fato de que a comunidade em sua grande maioria ser composta por universitários da área de saúde, o que favorece a obtenção de mais informações sobre assuntos referentes ao desenvolvimento típico de crianças.

**Palavras chaves:** Primeira Infância; Desenvolvimento Infantil; Fatores Epidemiológicos.

**Abstract:** Introduction: Early childhood corresponds to the period from birth to 6 years of age, it is during this period that the child gains fundamental skills for a full development of various skills. However, many factors can influence this development, such as physical, family and social issues, social isolation, for example, caused a process of transformation of the home environment, which began to aggregate a set of activities related to work, school and even physical activity. The current context of pandemic, have generated impacts on education, family life, economic and the global development of children, because with isolation, many activities were restricted, as well as the



functioning of daycare centers and schools, which often had a fundamental role in the nutrition of some children. Objective: To profile the global development of children from 0 to 5 years of age from a district in the interior of Bahia. Materials and methods: The research was carried out in Capoeiruçu, Cachoeira-Ba district, and children from 0 to 5 years of age living in the district were included in the study, data collection was performed through the application of questionnaires to those responsible, being an epidemiological questionnaire; Ages & Stages Questionnaires -3, and the Early Childhood Development Index 2030. The collected data were tabulated in a database in the Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22. Results: According to the analysis, about 47.20% of families survive

on 2 or fewer minimum wages per month and 32.4% of parents have completed high school education. In addition, 55.9% of the mothers presented health problems during pregnancy, such as anemia and hypertension. Another impacting factor is that 41.20% of these parents and caregivers were unemployed in the pandemic, reporting that 64.7% of these families were infected with the COVID-19 virus. Of the total number of families interviewed, 55.9% reported that their children became more dependent for activities such as playing, running or anything else. Conclusion: According to the results presented, we can point out that although some of these children have some factors that can influence a deficit in global development they still presented a good income, because these qualities may be linked to the fact that the



community is mostly composed of university students in the health area, which favors obtaining more information on issues related to the typical development of children.

**Keywords:** Early Childhood; Child Development; Epidemiological Factors.

## INTRODUÇÃO

A primeira infância corresponde ao período do nascimento até os 6 anos de idade, pois é neste período que a criança desenvolve estruturas e circuitos cerebrais, tal como a conquista de capacidades fundamentais, as quais irão contribuir para a evolução de diversas habilidades futuramente (Anima D. D, Quentin T W, K. Sayre R, K. Elder L, B. Rawlings L, Lombardi J, 2014). Durante esse período a criança

pode estar exposta a fatores que contribuem para desvios do desenvolvimento global, podendo estar relacionados com questões socioeconômicas, físicas e ambientais (Zajonz R, Müller AB, Valentini NC, 2008). Esses fatores estão associados a pobreza extrema, fatores como a desnutrição, alcoolismo, brigas entre os pais, aumento do estresse materno, depressão, baixos níveis de escolaridade materna, redução de vagas ou fechamento de creches escolares, e a falta de saneamento básico, podem contribuir, para atrasos no desenvolvimento global (Beting G., 2021).

Para identificação dos fatores que atrasam o desenvolvimento infantil, é necessário um monitoramento da primeira infância e dos diversos fatores que ocorrem no contexto geral desse período. O questionário Ages and Stages Questionnaires, 3ª ed.



(ASQ-3) destaca-se por ser um método de avaliação abrangente e de fácil aplicação, cobrindo cinco domínios do desenvolvimento infantil, todas as idades da primeira infância e é importante inclusive para monitorar a triagem de habilidades específicas como comunicação, coordenação motora ampla, coordenação motora fina, pessoal/social e resolução de problemas a fim de identificar possíveis atrasos no desenvolvimento infantil (Singh Ajay, Yeh Jung, Blanchard Sheresa, 2021).

O atual contexto de pandemia, têm gerado impactos na educação, no convívio familiar, bem como econômico e no desenvolvimento global das crianças, pois com o isolamento, muitas atividades ficaram restritas, como o funcionamento de creches e escolas, as quais muitas vezes tinham um papel fundamental na nutrição de algumas

crianças (Morais RL, Carvalho A, Magalhães L, 2020). De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO 2020), aproximadamente 1,5 bilhão de crianças se encontravam fora de creches e escolas, devido às medidas tomadas para a contenção de casos da COVID-19. Além disso, o fechamento de alguns setores com serviços considerados não essenciais, levou a uma diminuição da renda salarial, afetando ainda mais as famílias que já tinham a condição de vida mais pobre, onde em muitos casos era considerada a única fonte de renda de muitas famílias (Santos VA, Vieira JL, 2013).

O isolamento social provocou uma transformação do ambiente doméstico, que passou a agregar um conjunto de atividades, relacionadas ao trabalho, à escola e até mesmo à atividade



física. A expressão corporal, bem como gestos, expressões faciais, proximidade de contato e o diálogo, são os meios básicos pelo qual o indivíduo interage com o ambiente físico e social, e uma vez que essas expressões se tornam menos utilizadas, diminuem a interação social da criança (Salazar Guizzo B, de Amorim Marcelo F, Müller F, 2020). Um estudo realizado com 320 crianças, revelou que 18% sofreram falta de apetite, 14% tiveram pesadelos constantes, e 13% sentiram desconforto e agitação durante o período de isolamento social. Outro aspecto com contexto desfavorável para o desenvolvimento dessas crianças, foi o aumento em 41% da piora dos trabalhos informais, elevando o número de crianças que passaram por processo de desnutrição e estado de pobreza (CADUNICO, 2015).

Logo, a adaptação mun-

dial desencadeou fatores que podem afetar o desenvolvimento das crianças, especialmente no atual cenário pandêmico, é de suma importância que as crianças sejam monitoradas, pois o ambiente e as pessoas do convívio influenciam grandemente a resposta da criança a estímulos (Morais RL, Carvalho A, Magalhães L, 2020). Sabe-se que a maioria dos trabalhadores de Cachoeira são informais, onde 64% dos trabalhadores recebem em torno de 1 a 3 salários mínimos, e 20,8% recebem menos de um salário mínimo, chegando a ser insuficiente para as necessidades básicas, como alimentação, energia, água e muitas vezes moradia (Ferreira Sobrinho Junior J, de Cássia Pereira Moraes C., 2020). Considerando que as crianças de 0 a 5 anos representa 6,9% da população total de Cachoeira-BA (2.225 de 35.013) e que, em 2017,



tinha-se 22,73 óbitos por mil nascidos vivos no município, o objetivo deste estudo é traçar o perfil global dessas crianças e descobrir os fatores que possivelmente contribuem para o atraso no seu desenvolvimento, especialmente em tempos de pandemia onde elas podem estar mais expostas a fatores de risco (Becker J, Oliveira R, 2021).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Tipo de estudo e local**

Este é um estudo observacional, de corte transversal, quantitativo. A pesquisa foi realizada em Capoeiruçu, distrito situado no Recôncavo Baiano, a 3km de sua sede municipal, Cachoeira-Ba, com uma população estimada em aproximadamente 33.477 habitantes. A pesquisa ocorreu durante os meses de se-

tembro a outubro de 2021, na unidade básica de saúde Esmeraldo Damasceno.

### **População e amostra**

Foram incluídos no estudo 34 crianças de 0 a 5 anos residentes no distrito de Capoeiruçu, Cachoeira-Ba, cadastradas na UBS e que seus responsáveis legais concordaram em participar da pesquisa, assinando o TCLE. As crianças acima de 6 anos de idade, não cadastrada na UBS citada ou que os pais se recusaram a assinar o TCLE foram excluídas deste estudo.

### **Instrumentos de coleta de dados**

Foram coletados os dados epidemiológicos através do questionário epidemiológico elaborado pelas autoras, com as



seguintes informações: dados gerais da criança e da família, história gestacional do parto, aspectos da saúde atual da criança, aspectos da alimentação, condições de moradia, lazer e relacionamento familiar, dados socioeconômicos e aspectos relacionados ao contexto da pandemia do novo Coronavírus. Para avaliar o desenvolvimento global foi aplicado o ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaires, 3ª ed.), que é composto por 21 questionários distintos, um para cada intervalo de idade, que permite uma padronização dos métodos de avaliação de todas as crianças até 5 anos e meio de idade. Para responder ao ASQ-3, o informante deve conhecer muito bem a criança avaliada e ter observado com clareza as habilidades já adquiridas por ela.

Os questionários têm a mesma estrutura e são formados por 5 blocos, um para cada

domínio avaliado do desenvolvimento: comunicação, coordenação motora ampla, coordenação motora fina, resolução de problemas e pessoal/social. Cada bloco é composto por 6 perguntas, totalizando 30 perguntas em um questionário. Há ainda um sexto bloco, que investiga “informações adicionais” sobre a criança, seu objetivo é fazer a triagem de crianças que deveriam ser encaminhadas para uma avaliação mais cuidadosa.

Todos os questionários foram preenchidos pelos aplicadores, de forma presencial e foi evitado contato/toque físico direto com os participantes do estudo, inclusive os instrumentos utilizados era solicitado à genitora para que não houvesse nenhuma propagação por meio de objetos.

### **Procedimentos de coleta**



Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizada uma coleta de dados no cadastro das famílias na UBS, a fim de obter o quantitativo de crianças de 0 a 5 anos residentes no distrito, e seus respectivos endereços. Seguido de um mapeamento territorial com o objetivo de identificar a quantidade de crianças por idade na UBS e o local em que residem. O convite para a participação foi realizado por telefone e/ou WhatsApp, caso o responsável aceitasse, um avaliador da pesquisa devidamente treinado para a coleta de dados era encaminhado à sua residência para realizar a assinatura do TCLE, coleta de dados sociodemográficos e também aspectos sobre o desenvolvimento global, sendo também adotadas todas as medidas prescritas pela OMS para evitar a contaminação por covid.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados em um banco de dados no Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22. As variáveis quantitativas geradas pelo questionário epidemiológico e ASQ-3 foram descritas por média e desvio padrão quando apresentavam distribuição normal pelo teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, ou mediana e intervalo interquartil quando o pressuposto de normalidade dos dados não era verdadeiro. As variáveis qualitativas destes questionários foram descritas em frequência absoluta e relativa. Medidas de associação entre fatores sociais e econômicos e desenvolvimento global foram feitas através do teste qui-quadrado ( $X^2$ ) quando as variáveis eram nominais, e



Correlação de Pearson em casos de bivariáveis quantitativas. Foi adotado um alfa de 5%, Beta de 80% e intervalo de confiança de 95%.

## RESULTADOS

A rastreio para a amostra deste estudo foi composta de 69 crianças cadastradas na UBS Esmeraldo Damasceno de Capoeiruçu. Destas, apenas 34 participaram da pesquisa, pois 10

crianças não se encontravam no distrito nos meses da pesquisa, 3 crianças estavam com o cadastro desatualizado, tendo passado da idade proposta no estudo, 8 crianças não foram encontradas pelo endereço e telefone cadastrado em suas fichas na UBS, 2 crianças as quais os responsáveis não assinaram o TCLE e 3 mudaram de endereço. As características da amostra incluída na pesquisa podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 01. Características da amostra.

SEXO	n (%)
FEMININO:	73,5% (25)
MASCULINO:	26,5% (9)
RAÇA/COR	n (%)
BRANCO:	23,5% (8)
PRETA:	14,7% (5)
PARDA:	58,8% (20)
AMARELA:	2,9% (1)
NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PAIS	n (%)
ENSINO MÉDIO COMPLETO	32,4% (11)
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO:	8,8% (3)
ENSINO SUPERIOR COMPLETO:	17,6% (7)
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO:	29,4% (10)
PÓS-GRADUAÇÃO:	11,8% (4)
RENDA MÉDIA MENSAL SALARIAL:	n (%)
< 1 SALÁRIO MÍNIMO	7 (20,6%)
1 A 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	22 (64,7%)
3 A 4 SALÁRIOS MÍNIMOS	3 (8,8%)
> 4 SALÁRIOS MÍNIMOS	2 (5,9%)



CONDIÇÕES DE MORADIA:	n (%)
PRÓPRIA/QUITADA:	10 (29,4%)
PRÓPRIA/FINANCIADA:	2 (5,9%)
EMPRESTADA:	2 (5,9%)
CONSTRUÍDA EM LOTE DE PARENTE:	0
ALUGADA:	20 (58,8%)
RESIDÊNCIA POSSUI QUINTAL:	n (%)
SIM:	19 (55,9%)
NÃO:	15 (44,10%)

Fonte: Os autores

No que diz respeito ainda ao questionário epidemiológico, em relação às características voltadas à gestação da mãe, parto e informações do nascimento da criança, podemos visualizar esses dados na Tabela 2.

Tabela 02. Dados da gestação, do parto e da criança.

DADOS DA GESTAÇÃO, DO PARTO E DA CRIANÇA.	
PROBLEMAS DE SAÚDE DURANTE A GESTAÇÃO:	n (%)
ANEMIA:	9 (26,5)
HIPERTENSÃO:	5 (14,7)
ANSIEDADE:	2 (5,9)
DIABETES:	3 (8,8)
TIPO DE PARTO	n (%)
CESÁRIA:	15 (44,1)
VAGINAL:	19 (55,9)
PARTO PREMATURO	n (%)
SIM:	5 (14,7)
NÃO:	29 (85,3)
PESO AO NASCER	n (%)
Entre 1.500 e 2.500 kg BAIXO PESO	6 (17,6)
= > 2.500 kg NORMAL	27 (79,4)
APGAR DA CRIANÇA:	n (%)
0 A 3 (ASFIXIA GRAVE):	0
4 A 6 (ASFIXIA MODERADA):	0
7 A 10 (BOA VITALIDADE):	9 (26,5)
NÃO PREENCHIDA:	25 (73,5)

Fonte: os autores

Quanto ao perfil epidemiológico, no que diz respeito aos fatores ambientais que influenciam no desenvolvimento



e crescimento da criança, temos em destaque o cenário pandêmico, período no qual foi coletada a amostra deste estudo. Esses dados estão descritos na tabela 3.

Tabela 03. Dados sobre impacto da COVID nas famílias.

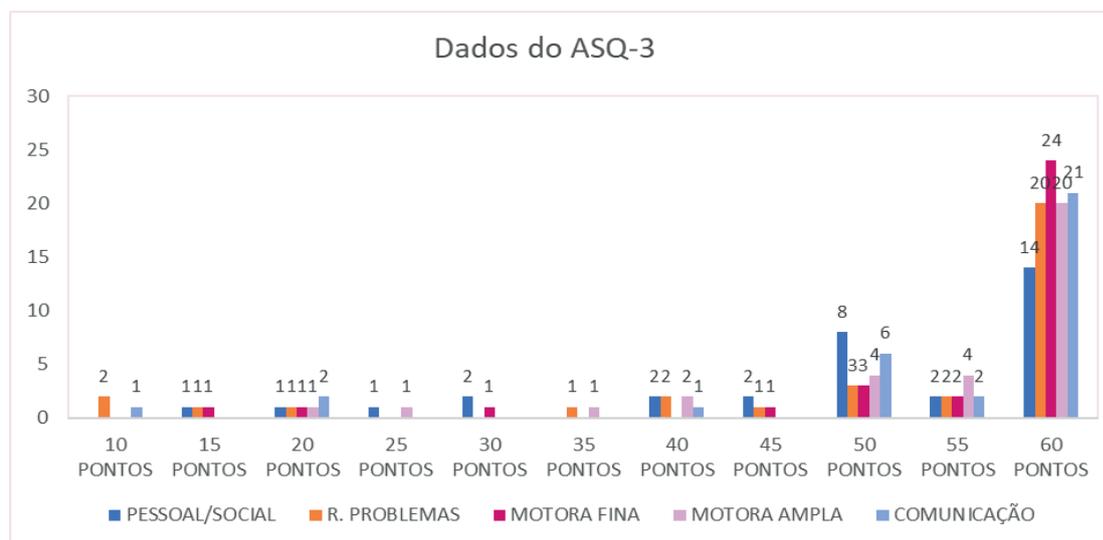
DADOS SOBRE A COVID-19 E SUAS REPERCUSSÕES	
DESCRIÇÃO	n (%)
FAMÍLIAS INFECTADAS PELA COVID-19:	22 (64,7%)
FAMILIAR DESEMPREGADO NA PANDEMIA:	14 (41,20 %)
RECEBEM BENEFÍCIO DO GOVERNO:	23 (73.5%)
CRIANÇAS QUE SE TORNARAM MAIS DEPENDENTES DOS PAIS DURANTE A PANDEMIA:	19 (55,9%)
FREQUENTAVA CRECHE ESCOLA ANTES DA PANDEMIA:	5 (15,2%)
PARARAM DE ESTUDAR POR CONTA DA PANDEMIA	4 (11,8%)

Fonte: Os autores

### Desenvolvimento Global segundo o ASQ-3

Os resultados do Desenvolvimento Global da primeira infância podem ser visualizados na figura 1.

Figura 01. Dados sobre desenvolvimento global segundo ASQ-3.



Fonte: Os autores



## DISCUSSÃO

Partindo da perspectiva de que o desenvolvimento infantil está ligado de forma direta ao meio em que a criança vive e em conformidade com os resultados deste estudo, podemos analisar que alguns fatores socioeducacionais dos genitores interferem na qualidade de desenvolvimento da criança. Por exemplo, na tabela 1 podemos correlacionar que dos 8,8% em que os responsáveis pelas crianças possuíam o ensino médio incompleto, ou ainda em que suas famílias sobrevivem com menos de 2 salários mínimos por mês, foi observado que todos eles realizaram menos que 7 consultas do pré-natal, que segundo a OMS é preconizado um padrão de 6 ou mais consultas e que suas crianças nasceram com baixo peso. Ainda dentro dos 8,8% do total das 34 crianças, foi

observado que em 6,8% desses genitores, as crianças nasceram de parto prematuro e ou ainda passaram por uma gestação de risco. Em um estudo realizado por SCOPEL (2011) ele afirma que “os estudos que relataram influência da escolaridade materna e paterna no desenvolvimento infantil mostraram que quanto maior o tempo de estudo dos pais menor é a chance de as crianças apresentarem alterações”, o que indica a importância do nível de escolaridade dos pais na promoção do desenvolvimento infantil.

No que diz respeito à renda salarial dos genitores também descrito na tabela 1, foi constatado que pelo menos 47,20% das famílias sobrevivem com 2 ou menos salários mínimos por mês, sendo que destes, todas as genitoras das famílias tiveram algum ou alguns desses problemas na gestação como diabetes,



anemia, hipertensão, depressão ou ansiedade. O fator salário mínimo ou renda familiar interfere diretamente no suporte em que a mãe pode ter no período gestacional ou ainda quando as crianças nasceram, por exemplo: as mães e ou famílias que possuem poucos recursos para investir durante a gestação, acabam tendo um menor suporte a informações, cuidados gerais e até mesmo pouco tempo de qualidade de pai para filho, uma vez que a pobreza produz a necessidade de que os pais consigam algum recurso para manter essa família, fator esse que inclusive pode expor a gestora a riscos, dependendo do trabalho que ela estará se submetendo (Araújo CA, 2021).

De acordo com o Asq-3, um quantitativo maior que 50% das crianças deste estudo possuíam entre 12 a 36 meses de idade, sendo que maiores propensões a

atraso foram identificadas também dentro dessa faixa etária.

Um outro fator a ser analisado são os resultados do desenvolvimento global visualizado na figura 1, temos a margem de porcentagem estabelecido pelo próprio questionário Asq-3, sendo que no quesito comunicação e resolução de problemas um valor igual ou menor que 30 pontos corresponde risco nesse fator, no quesito motor amplo, um valor menor que 35 pontos corresponde a atraso no motor grosso, no quesito motor fino, um valor menor ou igual a 15 pontos correspondem a atraso no desenvolvimento do motor fino, e no quesito pessoal social um valor menor ou igual a 25 corresponde ao atraso do desenvolvimento dessa atividade nessas crianças (Cruz EJS da, Dias GB, Pedroso J da S, 2014).

Foi observado que das 34 crianças, pelo menos 28,6%



apresentaram 2 ou mais componentes negativos no quesito comunicação. Em relação ao motor grosso, pelo menos 25,8% dessas crianças possuíam até 2 tarefas não realizadas, e ainda um total de 20,2% que não realizavam pelo menos 2 tarefas relacionadas a coordenação motora fina. No que diz respeito à resolução de problemas, foi observado um total de 31,6% de crianças que não sabiam ou ainda não conseguiam resolver algum problema, como por exemplo: colocar um brinquedo na boca depois da mãe o ter entregue nas mãos da criança, e um total de 48,7% contava-se 2 ou mais problemas relacionados ao item pessoal/social em que a criança relaciona-se com o ambiente ao seu redor e com os pais, ou ainda situações do dia a dia. Em um estudo realizado por PICOLINI (2009) com 19 crianças, foi afirmado que a presença

de todos esses fatores de atraso no desenvolvimento global da criança interferirá de forma direta ao longo do seu crescimento dentro das habilidades sociais que ela desenvolve, é um quesito que pode influenciar sobre o outro, como por exemplo atraso na comunicação pode interferir no fator pessoal/social e ao contrário (Martinello M, Nazario PF, Marques LZ, Ries LG, Lando C, 2011).

Das 55,9% crianças em que os pais responderam que elas se tornaram mais dependentes deles durante a pandemia, foi observado que 11 (57,8%) apresentaram algum item negativo na seção Pessoal/Social do ASQ-3 que se trata da interação do bebê para com os pais e/ou ambiente e objetos ao seu redor. Pelo menos 7 (36,8%) desse total de 17 crianças apresentaram problemas relacionados à comunicação, sendo a



seção do ASQ-3 que avalia a comunicação da criança em relação aos pais, pessoas próximas ou situações. Outro estudo realizado em 2020 sobre o comportamento das crianças durante a pandemia, revelou que as crianças obtinham a reação de dependência dos pais para as atividades por apresentarem sentimentos como ansiedade, letargia, medo e ainda depressão por serem privados de suas necessidades mais básicas e ou ainda a interação social para com outros familiares e colegas de escola ou creche, sendo importante e recomendado uma maior atenção e diálogo por parte dos pais para preconizar um bem-estar dessas crianças mesmo depois desse período, pois as marcas desse comportamento permanecem (da Mata IR, Dias LS, Saldanha CT, de Almeida Picanço MR, 2021).

## CONCLUSÃO

O presente artigo foi escrito com o intuito de trazer à tona que um adequado desenvolvimento global depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo as influências dos pais e do ambiente no qual a criança está inserida de grande importância. O resultado deste estudo nos faz refletir que a realidade exposta em matérias de jornais nem sempre estão de acordo com a realidade, e que mesmo em um município próximo a capital e a algumas cidades desenvolvidas, é preciso estratégias governamentais que beneficiem as crianças em condições mais precárias, pois mesmo que vista como baixo número neste distrito, elas existem e necessitam de apoio. Uma outra consideração é que apesar desses fatores, observamos que grande parte das crianças dessa



localidade têm ainda um desenvolvimento global dentro da janela, pois vemos uma percepção por parte dos cuidadores que pode estar ligado ao fato de ser uma comunidade em sua grande maioria de universitários da área de saúde, mas que ainda assim precisa-se ter mais atenção por parte dos pais e estratégias a serem realizadas.

Outra consideração é que apesar da maioria das crianças estarem dentro da janela no quesito comunicação, motor grosso, fino, e resolução de problemas, o grande percentual de crianças com problemas relacionados ao comportamento pessoal/social nos faz entender que o contexto ambiental em que a criança está inserida repercute ao longo da vida da criança,

Logo, para um maior grau de aprofundamento são sugeridos estudos que abran-

jam uma quantidade maior de crianças, pois entendemos que o número foi ínfimo para uma comunidade que está em constante crescimento e desenvolvimento populacional. Outra opção seria a realização de estudos longitudinais que avaliem o DNPM dessa população, assim como estudos de educação em saúde em crianças com atraso no seu desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

Anima D. D, Quentin T W, K. Sayre R, K. Elder L, B. Rawlings L, Lombardi J. Intensificando o Desenvolvimento da Primeira Infância [Internet]. World Bank Group; 2014 [cited 28 March 2021]. Available from: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/672591468329077347/pdf/929880PORTUGUE0CD0Oct20140PRT0FINAL.pdf>



Zajonz R, Müller AB, Valentini NC. A INFLUÊNCIA DE FATORES AMBIENTAIS NO DESEMPENHO MOTOR E SOCIAL DE CRIANÇAS DA PERIFERIA DE PORTO ALEGRE. UEM [Internet]. 2008 [cited 2021 Apr 6];19(2):159-171. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3220/3496>

Beting G. Caderno 17 Primeira Infância [Internet]. Estatico.redeglobo.globo.com. 2021 [cited 31 March 2021]. Available from: [http://estatico.redeglobo.globo.com/2019/11/06/caderno\\_globo\\_primeira\\_infancia.pdf](http://estatico.redeglobo.globo.com/2019/11/06/caderno_globo_primeira_infancia.pdf)

Medina-Papst J, Marques I. Avaliação do desenvolvimento motor de crianças com dificuldades de aprendizagem. Ver. Bras. Cineantropom Desempenho Humano.

2010, 12(1):36-42(Medina-Papst and Marques 2009)

Fuertes M, Luís H. VINCULAÇÃO, PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA E INTERVENÇÃO PRECOCE. Interacções. 2014 Jun 20;10(30):1-7.

Índice de Desenvolvimento da Primeira Infância 2030: Uma nova ferramenta para medir o indicador SDG 4.2.1 [Internet]. Faculdade de Medicina de Minas Gerais UFMG; 2021 janeiro. Ferramentas de implementação; [cited 2021 Mar 17]; Available from: <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-ecdi2030>

de La Salette da Cunha Teixeira M, Cristiana Gonçalves Lopes S, Roberto de Meireles Graça P, Serrano A, Rockland A. RAS-



TREIO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ESTUDO EXPLORATÓRIO DO ASQ-2. 10th ed. Repositorium. Revista da Educação Especial; 2010. p. 85-100.

Silva da Cruz Edson, Brarymi Dias Greicyani, da Silva Pedroso Janari. Ages and Stages Questionnaires” study with caretakers of institutionalized children. Psico-USF [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 31];19(3):411-420. DOI 10.1590/1413-82712014019003004. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pi82712014000300005&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pi82712014000300005&script=sci_arttext)

Singh Ajay, Yeh Jung, Blanchard Sheresa. Questionário de Idades e Estágios:: um questionário de escala de triagem global. Boletín Médico del Hospital Infan-

til de México [Internet]. 2017 [cited 2021 May 1];74(1):5-12. DOI <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.07.008>. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114617300102>

Basilio R, Krug R. Coronavírus: o desenvolvimento motor das crianças durante a pandemia do covid-19. Seminário de pesquisa em educação física [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr];(13). Available from: <https://revistaanais.unicruz.edu.br/index.php/sef/article/view/807>.

Morais RL, Carvalho A, Magalhães L. O contexto ambiental e o desenvolvimento na primeira infância: estudos brasileiros. Journal of Physical Education [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr];27(1). Available from: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2448->



24552016000100201&script=s-  
ci\_abstract&tlng=pt

Schneider A, Ramires V. Primeira Infância Melhor [Internet]. 7th ed. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2007 [cited 29 March 2021]. Available from: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/3623>.

Santos VA, Vieira JL. Prevalência de desordem coordenativa desenvolvimental em crianças com 7 a 10 anos de idade. Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde [Internet]. 2013 Mar [cited 2021 Apr 6];15(2):233-242. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-669463>.

Salazar Guizzo B, de Amorim Marcelo F, Müller F. A reinvenção do cotidiano em tempos de

pandemia. INFÂNCIA, POLÍTICA E EDUCAÇÃO. São Paulo: Educação e Pesquisa; 2020. p. 46.

Diagnóstico Intersetorial Municipal: Desenvolvimento das Ações Estratégicas Programa de Erradicação do Trabalho Infantil [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Censo CADÚNICO; 2016. Dados do Cadastro Único (CADÚNICO); [cited 2021 May 1]; [5-16]. Available from: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia\\_social/PETI/Diagonostico\\_Brasil/BA/2904902\\_BA\\_Cachoeira.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/PETI/Diagonostico_Brasil/BA/2904902_BA_Cachoeira.pdf).

Ferreira Sobrinho Junior J, de Cássia Pereira Moraes C. A COVID-19 e os reflexos sociais do fechamento das escolas [Internet]. Goiânia: Dialogia; 2020 [Cited 31 March 2021]. Available from: <https://periodicos.uninove.br/dia->



logia/article/view/18249/8708

Morais RL, Carvalho A, Magalhães L. O contexto ambiental e o desenvolvimento na primeira infância: estudos brasileiros. *Journal of Physical Education* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr];27(1). Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2448-24552016000100201&script=sci\\_abstract&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2448-24552016000100201&script=sci_abstract&tIng=pt).

Becker J, Oliveira R. Avaliação da satisfação do usuário quanto a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de uma Unidade de Saúde da Família do município de Cachoeira-BA, Brasil. [Internet]. [cited 2021 Apr]. Available from: [http://www.adventista.edu.br/\\_imagens/pos\\_graduacao/files/ARTIGO\\_JANIANA.pdf](http://www.adventista.edu.br/_imagens/pos_graduacao/files/ARTIGO_JANIANA.pdf).

Scopel RR, Souza VC, Lemos

SMA. A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: revisão de literatura. *Revista CEFAC* [Internet]. 2011 Dec 13 [cited 2021 May 27];14(4):732–41. Available from: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/nmNzvNdp-54VRxQP4pqDJRVx/?lang=pt>

Araújo CA. A fecundidade nas macrorregiões do Brasil no cenário da pandemia do Covid-19 e da crise econômica (Bachelor's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cruz EJS da, Dias GB, Pedrosa J da S. Estudo do “Ages and Stages Questionnaires” com cuidadores de crianças institucionalizadas. *Psico-USF*. 2014 Dec;19(3):411–20.

Martinello M, Nazario PF, Marques LZ, Ries LG, Lando C.



Avaliação do desenvolvimento motor de lactentes matriculados em creches públicas. HU Revista. 2011;37(2).

da Mata IR, Dias LS, Saldanha CT, de Almeida Picanço MR. As implicações da pandemia da COVID-19 na saúde mental e no comportamento das crianças.



# ALTA QUALIFICADA: UM NOVO MÉTODO PARA PREVENIR REINTERNAÇÕES

## HIGH QUALIFIED: A NEW METHOD TO PREVENT HOSPITALIZATION

Meire Héllen Melo Pereira de Britto<sup>1</sup>

Samara Ferrarezi do Sim<sup>2</sup>

**Resumo:** Introdução: Com o aumento da expectativa de vida no Brasil (com uma população mais idosa), do número de acidentes, doenças crônicas e degenerativas, exigiu que o sistema de saúde atual elaborasse e oferecesse uma assistência visando o cuidado holístico. A alta responsável se configura como um processo no qual os usuários saem de um ponto da rede de atenção à saúde, no caso o hospital e são recebidos na atenção básica. Objetivo: Conceituar a alta qualificada. Metodologia: Foi usada uma

metodologia de pesquisa de caráter integrativo no qual foram pesquisados artigos em bancos de dados online, com o objetivo de demonstrar o impacto acerca dos cuidados e do conhecimento sobre o tema abordado. Resultados: A alta de comunicação entre equipe multidisciplinar e entre o meio intra e extra hospitalar são os maiores empecilhos para que ocorra a efetividade da alta qualificada.

**Palavras-chaves:** Atenção à Saúde; Atenção Integral à Saúde;

---

1 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Barretos

2 Profa Mestra em Ciências da Saúde da Faculdade Barretos



Assistência Centrada na Pessoa, Alta Hospitalar, Planejamento da Alta.

**Abstract:** Introduction: With the increase in life expectancy in Brazil (with an older population), the number of accidents, chronic and degenerative diseases, required the current health system to develop and offer assistance focused on holistic care. Responsible discharge is a process in which users leave a point in the health care network, in this case the hospital, and are received in primary care. Objective: Conceptualize highly qualified. Methodology: An integrative research methodology was used, in which articles were searched in online databases, in order to demonstrate the impact on care and knowledge on the topic addressed. Results: The high level of communication between the

multiprofessional team and between the intra- and extra-hospital environment are the biggest obstacles to the realization of qualified discharge.

**Keywords:** Health care; Comprehensive Health Care; Person-Centered Care, Discharge, Discharge Planning..

## INTRODUÇÃO

O crescimento da expectativa de vida no Brasil (gerando assim uma população cada vez mais idosa), do número de eventualidades, doenças crônicas (relacionadas aos novos hábitos de vida, sedentarismo, mudança de alimentação e etc...) e doenças degenerativas, e também o crescente aumento populacional exigiu que o sistema de saúde atual criasse, planejasse, implemen-



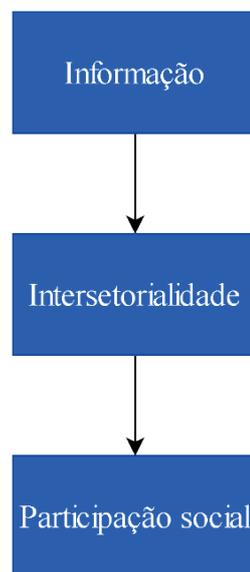
tasse e oferecesse uma assistência de cuidados que conseguisse abranger o cuidado de forma holística (LIMA et al., 2022, p. 1), não somente no ambiente hospitalar, mas de uma forma integral frente à necessidade da continuidade do cuidado independentemente do local em que é prestado ou acompanhado.

No âmbito de qualidade de cuidado, o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de várias ferramentas para melhor assistência

e acompanhamento do indivíduo de forma inteiramente gratuita (englobando todas os níveis de atenção e faces das determinantes sociais de saúde) direcionada a pessoa que está recebendo os cuidados tanto de forma direta quanto de forma indireta.

As políticas em relação aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) tem como base três pilares, nos quais consegue-se compreender as aplicabilidades básicas, estes pilares são:

Figura 01 : Três pilares da DSS



Feita pela pesquisadora



Que podem ser compreendidos da seguinte forma (PELLEGRINI FILHO, 2013):

- Sempre embasado em evidências científicas que, mostram mecanismos através dos quais as causas primordiais que estabelecem desigualdades, nos mostram onde e como se deve intervir para que não ocorram essas desigual-

dades;

- Sincronizam as coordenações intersetoriais para articular os afincos dos inúmeros setores relacionados com os DSS;

- A ampla participação social que garanta o apoio político para a redistribuição de poder e recursos para manter os programas.

Figura 02 - Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte CNDSS20008

As DSS têm um papel fundamental para a compreensão e para um olhar diferenciado visando o ser humano como um todo não apenas a patologia

em si, quando se fala em cuidado centrado no paciente deve-se compreender que o paciente é um quebra cabeça complexo e que tem várias “peças” que ao se jun-



tarem formam um ser altamente complexo e subjetivo que necessita de um planejamento de um plano terapêutico singular.

Para ilustrar e melhor compreensão da figura 02 cada etapa e divisão será descrita na tabela a seguir:

**TABELA 01** - As principais características desse modelo de acordo com a CNDSS 2008

<b>Camadas</b>	<b>Principais características</b>
Na base do modelo	Envolve as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.
Na camada Imediatamente externa	Surgem o comportamento e os estilos de vida individuais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos não só dependem de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.
Na camada seguinte	Destaca-se a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.
No próximo nível	Estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e a serviços essenciais, como saúde e educação, com indicação de que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menos acesso aos serviços.



No último nível

Estão situados os macrodeterminantes que exercem grande influência nas demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo determinantes supranacionais, como o processo de globalização.

imagem inspirada em informações do Livro Romulo Passos (SUS E EPIDEMIOLOGIA PARA RESIDENCIA E CONCURSOS)

A Lei 8.080/19901 institui o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e define suas diretrizes de funcionamento, como a organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à organização institucional e integração no chamado pacto federativo para consolidação do SUS (CRUZ; OLIVEIRA, 2021, p. 1 ).

A alta em seu contexto geral significa que o paciente, no olhar clínico, se recuperou suficientemente ou que pode ser adequadamente tratado em algum

outro lugar que não necessariamente seja o ambiente hospitalar, então ele receberá o que chamamos de alta hospitalar, permitindo que possa manter os seus cuidados em casa, e passa a ser considerado um paciente de baixa complexidade, sem exigência de cuidados hospitalares contínuos (PISTORIA, 2021).

Uma das formas de melhor assistir esse paciente é a alta responsável/qualificada que tem como pretensão acompanhar este paciente quando vai para casa, consiste em uma nova metodologia de atendimento que tem muitos benefícios a longo prazo para o paciente que irá receber o cuidado. Para não ter a descon-



tinuidade no cuidado ou a perda deste paciente quando ele recebe alta, é necessário a implementação desta nova metodologia, no processo antigo de alta o paciente saia de alta (muitas vezes sem as orientações de que o cuidado iria precisar ser contínuo e com a exigência de cuidados a longo prazo pela UBS/ESF mais próximo de sua casa)

A alta qualificada tem objetiva também reduzir os índices de reinternações e diminuir o tempo de internação, elaborando com o apoio da equipe multiprofissional (que é disponibilizada pelo hospital em que é aplicada) um plano de cuidados, e se possível preferência, em conjunto com o médico (a) e uma enfermeira (o) de estratégia de saúde da família que deve ser inserido no meio hospitalar para fazer este “link” entre os cuidados de atenção primária/secundária e o hospital

(terciária) garantindo assim que este paciente receba os cuidados no pós alta e que como consequência consiga ser assistido da melhor forma possível.

A alta responsável se configura como um processo no qual os usuários saem de um ponto da rede de atenção à saúde, no caso o hospital e são recebidos na atenção básica. (FAGUNDES et al., 2018, p. 181).

Quando esse paciente é internado, o hospital em que ele está se torna responsável por providenciar e planejar a alta deste paciente, assim como se torna consciente sobre a “lista” de insumos que serão necessários para que esse paciente consiga manter os cuidados em casa de forma a não prejudicar a recuperação, reabilitação e reinserção das ati-



vidades diárias desse paciente. Sempre com a pretensão de planejar a alta e a qualidade do cuidado da assistência, é importante ressaltar a necessidade de uma comunicação efetiva e harmônica entre a equipe multidisciplinar e o paciente ou o acompanhante.

O complexo processo de alta de pacientes de hospitais de cuidados agudos requer colaboração efetiva entre equipes multidisciplinares e pacientes. A falta de comunicação sobre as instruções do paciente e as consultas de acompanhamento podem levar a eventos adversos pós-hospitalares, insatisfação do paciente e atrasos na alta. Além disso, mais da metade dos eventos adversos evitáveis que ocorrem logo após a alta podem ser atribuídos à má comunicação duran-

te o processo de alta. (HEMALI PATEL et al., 2019)

O modelo da alta qualificada ou alta responsável se baseia desde a entrada do paciente no Pronto Socorro, ou o mais tardar no seu o primeiro dia de internação tendo que se definir um plano terapêutico singular (RAMOS; PIO, 2010) cada paciente tem sua subjetividade e precisa de atenção diferenciada no seu cuidado, o plano terapêutico no qual já esteja sendo programado a alta, tentando determinada uma provável data, não pensando apenas na assistência hospitalar, mas também pensando nos cuidados desse paciente quando for receber alta, ou seja, em casa aos cuidados do familiar/cuidador.



**Figura 3** - A diferença do modelo Hospitalocêntrico e Saúde da Família.

Feita pela pesquisadora

Apesar de não ser um tema muito abordado no Brasil e estar começando a ser executado em alguns projetos atuais, os resultados internacionais de estudos executados em outras partes do mundo têm tido resultados positivos não só apenas para o paciente, mas também diminuindo os custos e conseqüentemente o período de internação.

Determinando e implementando uma comunicação efetiva entre o nível primário, secundário e terciário de atenção em saúde introduzindo medidas

socioeducativas, e tentando se adaptando a realidade familiar do contexto deste paciente, este paciente recebendo as devidas orientações limitando a descompensação, reinternação ou até mesmo maiores danos ao indivíduo pelo motivo da internação anterior.

Para entender melhor os níveis de prevenção na tabela abaixo estará a descrição de cada nível de atenção



TABELA 02 - Níveis de prevenção e suas definições!

<b>Nível de prevenção primária</b>	<b>Denota-se o nível de promoção da saúde e proteção específica;</b>
<b>Nível de prevenção Secundária</b>	<b>Diagnóstico e tratamento precoce e limitação da invalidez em decorrência do agravo da doença;</b>
<b>Nível de prevenção terciária</b>	<b>Reabilitação geralmente após a descompensação da doença que os dois níveis anteriores não conseguiram prevenir);</b>
<b>Nível de prevenção Quaternário</b>	<b>Proteção contra ações de saúde desnecessárias.</b>

Feita pela pesquisadora

Quando se fala do plano de alta, significa que esse indivíduo ao receber alta hospitalar já deve sair com um plano de cuidados acertados e orientados durante a internação (isso quer dizer que este paciente e o seu acompanhante durante a internação receberão diariamente dicas sobre os cuidados com curativos, drenos, posições no leito, exercícios simples para serem executados durante o dia etc.) Para que em domicílio os cuidados tenham

continuidade e com as orientações dadas durante a internação o paciente/cuidador/familiar será capaz de identificar alterações e assim procurar o serviço de atenção mais próximo prevenindo a descompensação “repentina”. No momento da alta deve-se esclarecer eventuais dúvidas de tudo o que foi orientado durante a internação e que necessitará de continuidade no cuidado e tratamento, prevenindo assim novos danos ou agravo de danos atuais neste



paciente enquanto o mesmo estiver se reabilitando em casa, se o paciente/acompanhante/familiar tiverem o conhecimento necessário sobre a patologia e o quadro clínico (empoderamento sobre seu diagnóstico e tratamento) este paciente será capaz de desempenhar um melhor autocuidado e uma melhor identificação das alterações que devem ser dignas de atenção.

Para que ocorra a alta qualificada é necessário a constituição e participação de uma equipe multidisciplinar que esteja bem alinhada onde cada indivíduo realize suas ações seguindo as diretrizes e regulações do conselho responsável por cada profissão, para assim fornecer uma assistência de qualidade onde cada área consegue atuar de forma a promover maior segurança e qualidade para o indivíduo que está sendo cuida-

do, construindo um lugar onde cada profissional possa se sentir seguro e com maior autonomia (seguindo seus respaldos legais) fazendo com que a assistência e o plano de cuidados que antes era centrado apenas no médico se torne obsoleta.

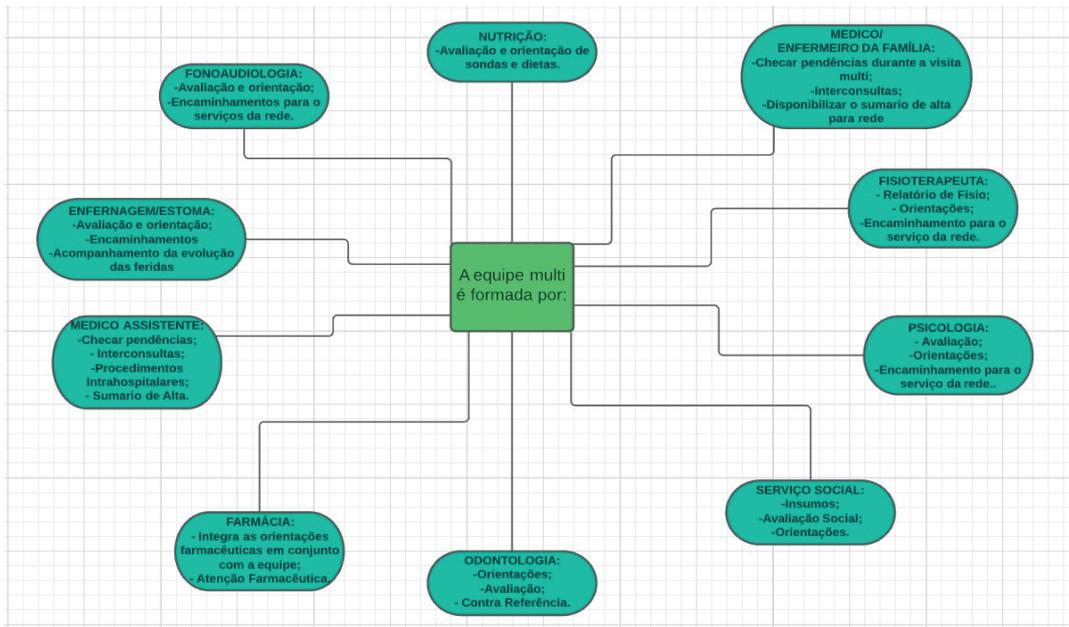
Uma equipe multidisciplinar tem que envolver todos os níveis de profissionais dentro de um atendimento hospitalar que tem disponível no hospital. Geralmente a equipe tem que reunir auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, assistentes administrativos, e quando possível, de preferência um enfermeiro e um médico de família (para fazer a conexão da assistência hospitalar a assistência de atenção primária) (ALMEIDA, 2021).



A equipe multiprofissional é um conjunto importantíssimo para que ocorra uma melhor qualidade no cuidado prestado

em todas as faces do cuidado, englobando cada área profissional, de forma integral.

**Figura 03 - Função e Funcionamento da Equipe Multidisciplinar**



**Feita pela pesquisadora**

Uma das grandes questões e pontos positivos na equipe multiprofissional é o trabalho em equipe que é desenvolvido, tirando o foco total da assistência do médico, e dividindo e respaldando legalmente cada área a cada profissão, diminuindo também a chances de erros médicos (erro médico se define todo erro gera-

do pela assistência dos profissionais de saúde, independentemente da classe profissional).

Considera-se trabalho em equipe quando um grupo ou uma sociedade resolve criar um esforço coletivo para resolver um problema (SIGNIFICADOS, 2020), neste contexto não apenas no âmbito da patologia, mas con-



siderando os princípios da OMS (Organização mundial da Saúde).

Em 1947 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. (OPAS, 2018, p. 63)

Como foi citado antes é preferível que na equipe multidisciplinar faça parte um médico e um enfermeiro de saúde da família, visto que em alguns aspectos tem um olhar diferenciado não voltado apenas para o modelo hospitalocêntrico que é o modelo de organização dos serviços de saúde focado na assistência a condições agudas e agudizações de condições crônicas (CATOIRA, 2016), como esses profissionais de saúde da família tem uma experiência e um conhecimento

profissional embasado na teoria do modelo de pensamento Holístico sendo considerado uma maneira de se pensar o todo unificado (MDGO; RIEGEL, 2017), é necessário que se tenha um olhar além do hospital, considerando todos os campos e contexto em que o indivíduo vive, como por exemplo saber se aquele paciente entendeu como as medicações devem ser tomadas em casa ou se ele irá conseguir manter as medicações prescritas no momento da alta, considerando da mesma forma o custo de algumas medicações que um considerável número de pessoas não consegue comprar por serem populações carentes e que dependem das medicações fornecidas pelo seus municípios.

Existe um documento que se chama REMUME que nada mais é um dos marcos da instituição do



Sistema Municipal de Assistência Farmacêutica, que engloba ações desde a seleção de produtos farmacêuticos até o momento de sua utilização pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, e serve como base para orientar a aquisição de produ-

tos eficazes e seguros, a prescrição e a dispensação, constituindo a melhor gerência para os recursos públicos que devem ser aplicados de modo equânime (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA, 2018).

**Figura 05** - Exemplo de Remume

### **REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**

#### **Medicamentos por Grupo Farmacológico\***

\*a classificação e numeração dos grupos farmacológicos é baseada na Rename 2013 – 8ª edição

#### **Seção A: Medicamentos usados em manifestações gerais de doenças**

<b>1. Anestésico e adjuvantes</b>
<b>1.2. Anésticos locais</b>
cloridrato de lidocaína solução injetável 2%

<b>2. Analgésicos, antipiréticos e medicamentos para alívio da enxaqueca</b>
--

(REMUME RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS 2021 2022)

Infelizmente muitos profissionais da saúde não conhecem a REMUME e como consequência disso no momento da alta prescrevem medicações de alto custo a qual o paciente não terá acesso para continuar o tratamento em casa, por exemplo, pacientes cardiopatas com problemas trombolíticos ou com Infarto agudo do miocárdio (IAM) recebem a prescrição do oxypynal (xarelto) que custa em média 400,00 (pesquisa feita no google),



populações carentes que às vezes não tem acesso nem ao saneamento básico ou mesmo acesso ao posto de saúde mais próximo de sua casa, não irão conseguir acesso a esse medicamento, por conta do preço altíssimo (às vezes por custar mais de 2/3 do salário) e por consequência tem uma probabilidade muita alta que esse paciente tenha uma reinternação ou uma nova agudização da patologia pré-existente, visto que não fazem o uso da medicação o tratamento extra hospitalar se torna ineficaz e todo o processo que foi trabalhado e orientado acaba sendo perdido e o objetivo principal da alta qualificada acaba sendo perdido.

A alta qualificada tem por proposito, também, através de diálogos, reuniões (de preferência diariamente) a efetivação da autonomia da equipe multidisciplinar, fornecendo uma visão

diferenciada para os cuidados no hospital e nos pós alta, tirando o foco apenas da doença/patologia, para um foco no ser humano em si (levando em conta o seu contexto psicossocial).

## **OBJETIVO**

Demonstrar o impacto acerca dos cuidados da equipe multiprofissional e do conhecimento sobre o tema abordado, a fim de auxiliar profissionais de saúde a conhecerem o tema e incentivar os mesmos a buscarem a aprender mais e garantir que os pacientes tenham uma prestação de cuidados eficiente e uma assistência de enfermagem embasada na forma holística e integral a esse paciente.

### **Objetivos específicos**

- Conceituar a alta qua-



lificada

- Demonstrar o quanto o embasamento científico é importante para uma assistência de qualidade.

- Mostrar a importância da equipe multiprofissional na integralidade do cuidado.

- Mostrar a importância da integração dos níveis de atenção ao cuidado.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão Integrada da literatura, realizada através da formulação da pergunta de pesquisa; localização e seleção dos estudos; e classificação do material em níveis de evidência. A pergunta que subsidiou esta revisão integrada teve como ponto de partida a seguinte questão norteadora: Qual a importância e qual a diferença na assistência do paciente que é inserido no

programa de Alta responsável/ qualificada?

Foram selecionados 15 artigos, periódicos e materiais online para a elaboração deste projeto, todos com várias informações fragmentadas que foram selecionadas e filtradas pela autora para que pudesse fazer sentido e pudesse ser adaptada à realidade na qual foi embasada essa revisão.

Foram realizadas buscas de dados online LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) /PUBMED/GOOGLE ACADÊMICO/ PERIÓDICOS, com o intuito de realizar uma revisão integrativa de cunho narrativo, que consiste em um método científico para busca e análise de artigos de um determinado tema (CONFORTO et al, 2011, p1.) e caráter qualitativo (BUONO (2014)).

Foram selecionados ar-



tigos recentes sobre o tema, os quais teriam maior relevância no âmbito da enfermagem e da equipe multiprofissional como um todo. Como em primeiro momento a busca pelas bases de dados virtuais trouxeram muitos artigos e alguns com temas que não iriam agregar ao tema, alguns deles foram descartados.

Após, foram realizadas buscas de amplo espectro nos bancos de dados online, onde foram encontradas várias informações fragmentadas que tiveram que ser dispostas de forma a enfatizar a importância do tema. Por se tratar de um tema relativamente novo e ainda em processo de desenvolvimento, as informações encontradas tiveram que ser adaptadas à realidade atual em que se atua um profissional de saúde no Brasil.

#### COMO FUNCIONA A ALTA

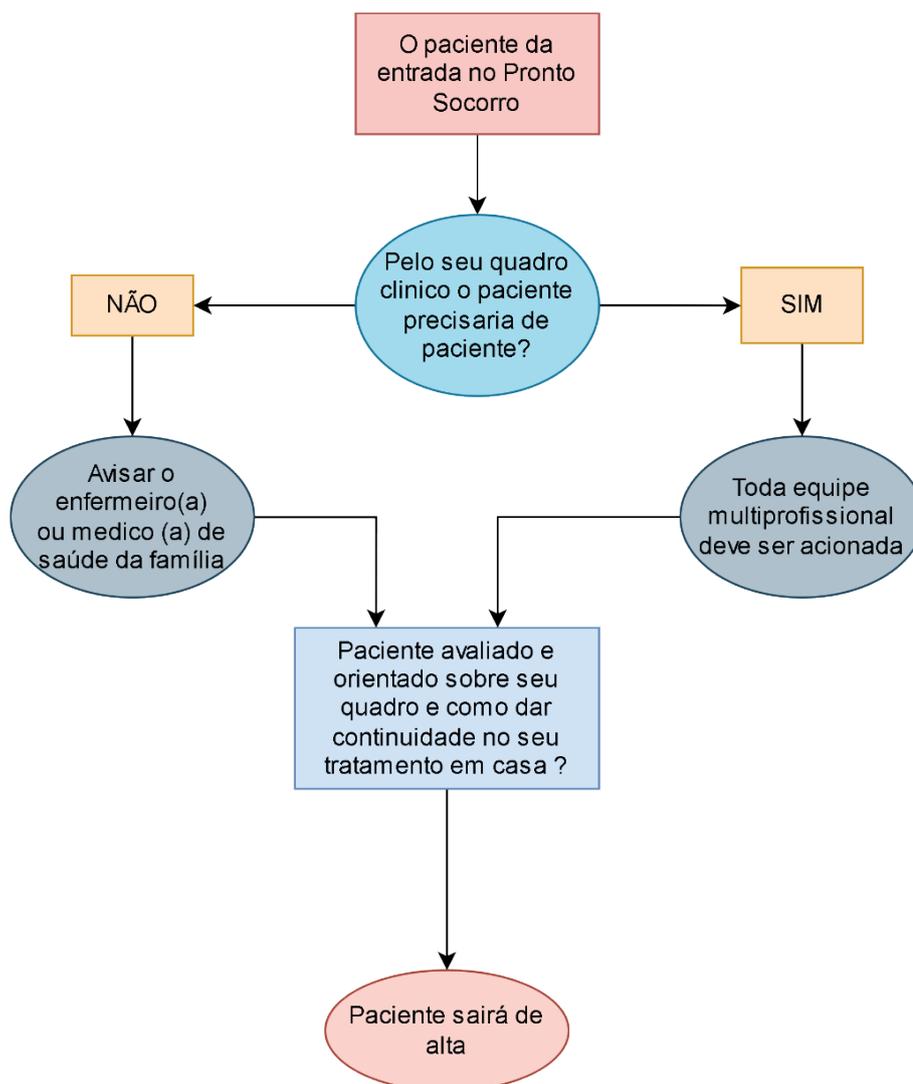
#### QUALIFICADA

O processo de planejamento da alta hospitalar deve começar a partir do momento da internação do paciente, ou seja, desde o acolhimento do Pronto Atendimento (P.A.).

Basicamente funciona assim:



Figura 06: Resumo de como funciona a alta qualificada



Feita pela pesquisadora

Deve-se atentar que quando um paciente é internado ele dificilmente sairá da internação 100% recuperado, alguns tem que passar por um processo lon-

go e doloroso de recuperação que podem incluir fisioterapia motora ou cuidados permanentes, então, tendo isso em consideração é de vital importância que no momen-



to da alta:

a) O paciente entenda o seu estado clínico

b) O acompanhante entenda o estado clínico do paciente

c) O paciente esteja ciente do tratamento e cuidado em casa

d) O acompanhante esteja ciente do tratamento e dos cuidados em casa; e não menos importante

e) Que toda equipe multiprofissional que prestou cuidados a esse paciente durante a intenção esteja de acordo com a alta desse paciente e passe as devidas orientações.

Visando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) podemos dizer que embasamos os cuidados nos seguintes fundamentos:

- Troca e construção de saberes

- Diálogo entre os profissionais

- Trabalho em equipe

- Considerações às necessidades, aos desejos e aos interesses dos atores da saúde.

A alta qualificada, só pode ter continuidade quando o paciente tem a alta hospitalar que pode ser considerada a transferência do cuidado que antes realizado por profissionais da saúde no ambiente hospitalar para o próprio paciente, seus familiares e seus cuidadores em seu domicílio (LIMA, 2018).

Orientações e treinamentos específicos para o cuidador e para o paciente, em uma linguagem acessível e Adaptada a realidade do indivíduo para quem é ministrado torna possível planejar o cuidado de forma integrada e implantar este cuidado durante a internação desse pa-



ciente em conjunto como o cuidador, para prevenir futuros danos aos pacientes quando ele receber alta. Como exemplo de orientações pode-se citar a prevenção de lesão por pressão com o uso de coxins improvisados com edredons, cobertores e travesseiros; a elevação de decúbito na hora da alimentação do paciente para evitar uma provável pneumonia bronca aspirativa, a forma correta da mudança de decúbito etc.

De modo geral um olhar diferenciado para o contexto psicossocial e espiritual deste paciente gera um vínculo maior entre profissional e paciente/cuidador dando mais liberdade e autonomia para esclarecimento de dúvidas e ativamente incentivar a inserção no cuidado de forma natural.

## RESULTADOS

De modo geral todos entram em acordo em como a integração deste programa é benéfico para o cuidado integral do paciente e o quanto o trabalho da equipe multidisciplinar é importante no prognóstico final do paciente, ou seja, a utilização desse tipo de equipe pode limitar a ocorrência de eventos adversos. Um dos objetivos também é diminuir o período de internação com isso reduzir os custos, aumentar as rotatividades dos leitos (diminuindo assim a taxa de poucos leitos)

Mesmo sendo um bom projeto e com todos os cuidados planejados ainda não é possível prever as altas com exatidão (dependendo do motivo da internação, pode-se ter aproximadamente uma estimativa do período de internação que pode variar), podendo ocorrer atrasos por descompensação ou por falta



de planejamento de insumos (por exemplo não conseguir fazer a instalação de O2 para pacientes que serão O2 dependentes), ou que não se tenha a implementação da educação continuada entre paciente, acompanhante e/ou cuidador durante a internação também é importantíssima, não se pode citar os cuidados em domicílio sem orientar o paciente e o acompanhante/cuidador dos cuidados que se deve ter e como esses cuidados poderão ser adaptados aos cuidados em casa.

É importante orientar o cuidador sobre sua importância e sobre a necessidade do mesmo se envolver ativamente no cuidado, pois o mesmo será responsável pelos cuidados do paciente e precisa estar ciente que este paciente não poderá efetuar os seus cuidados sozinho e dependendo do motivo da internação, idade ou tratamento proposto o mesmo

necessitará de cuidados de cuidados pelo resto da vida, vale ressaltar que é preciso orientar este cuidador e traçar um plano de cuidado para não sobrecarregar este cuidador em domicílio.

Na prática a falta de comunicação interna entre equipe multidisciplinar pode e muito provavelmente vai prejudicar o resultado final dos cuidados ao paciente, se a equipe não se comunicar bem a segurança da alta pode ficar “comprometida” fazendo com que este paciente também não se sinta seguro no momento de sua alta, sendo assim é importante ressaltar que o bom funcionamento da equipe multidisciplinar e a autonomia que deve ser dada a cada profissional em sua subjetividade e respaldo legal de seus conselho, sempre visando o cuidado que irá prestar focando em sua área de atuação é extremamente importante, visto



que um trabalho complementa o outro (realizando uma reação em cadeia, cada parte completa o resultado final que seria a alta deste paciente), quando se pesquisa sobre esse assunto a maior parte dos artigos são individuais e subjetivos de cada profissão, mesmo que seja citado a equipe multiprofissional nota-se que os temas acabam sendo individualizados.

A forma de assistência a esses pacientes deve ser sem dúvida alguma forma sempre pensar de alguma forma a inclusão desse paciente em seus cuidados (planejar o autocuidado quando possível e orientação ao cuidador quando este paciente for dependente para as atividades diárias), avaliando que não terá efetividade apenas tratar a doença no meio hospitalar se no momento da alta esse paciente e/ou essa família não tiverem as devidas orientações para manter o cuidado e

levar o paciente a reinternação novamente pela descompensação do problema anterior.

Um dos principais empecilhos quando se analisa os dados sobre esse tema relacionado a enfermagem é que pouco se fala das funções, atribuições e competências do enfermeiro/auxiliar/técnico, ou seja, apesar de ser a classe dominante no hospital, infelizmente, não se tem uma posição de conhecimento ou artigos nacionais discorridos sobre o assunto voltado exclusivamente para os cuidados e assistência de enfermagem quando se fala no contexto do Brasil. Outra problemática notória também é a falta de comunicação entre o meio intra-hospitalar e a parte de estratégia de saúde da família, por mais que os dois visem cuidados e atenções de assistência de níveis diferentes um complementa o outro.



## CONCLUSÃO

Quando se fala em alta qualificada não se pode pensar apenas na pessoa idosa, qualquer indivíduo, de qualquer idade que tenha uma descompensação de qualquer coisa que exija internação e/ou uma reabilitação sendo necessário cuidado parcial ou integral ou algum tipo de limitação deve-se planejar e executar a alta qualificada, claro que sempre sendo adaptada a realidade da instituição e ao contexto social do paciente.

Para a implantação da Alta qualificada é necessário empenho e um trabalho árduo para modificar culturas enraizadas na assistência e tirar o foco central do cuidado da medicina e subdividir entre toda a equipe multidisciplinar.

Além da melhora da as-

sistência e a melhora dos resultados, também é possível notar a diminuição do tempo de internação e aumentar a satisfação do paciente e diminuir a probabilidade desse paciente internar novamente por esse mesmo motivo.

Quando se fala em cuidado, todos os artigos visavam o que melhor seria para o paciente ser assistido por toda equipe multiprofissional e menciona a importância da boa comunicação entre equipe, paciente e cuidador.

Além de diminuir o tempo de internação, também ressalta que o paciente se sente mais seguro quando recebe alta.

O crescimento da expectativa de vida no Brasil (gerando assim uma população cada vez mais idosa), do número de eventualidades, doenças crônicas (relacionadas aos novos hábitos de vida, sedentarismo, mudança de alimentação e etc.) e doenças



degenerativas, e também o crescente aumento populacional exigiu que o sistema de saúde atual criasse, planejasse, implementasse e oferecesse uma assistência de cuidados que conseguisse abranger o cuidado de forma holística (LIMA et al., 2022, p. 1), não somente no ambiente hospitalar, mas de uma forma integral frente à necessidade da continuidade do cuidado independentemente do local em que é prestado ou acompanhado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, LUCAS. Equipe multidisciplinar hospitalar: como alcançar melhores resultados. *GESTÃO EM SAÚDE*, [S. l.], p. 1, 18 fev. 2021. Disponível em: [https://nexxto.com/equipe-multidisciplinar-hospitalar-como-alcancar-melhores-resultados/#:~: text=O%20que%20](https://nexxto.com/equipe-multidisciplinar-hospitalar-como-alcancar-melhores-resultados/#:~:text=O%20que%20)

%C3%A9%20uma%20equipe,nutricionistas%2C%20anestesiologistas%2 C%20entre%20outros. Acesso em: 14 fev. 2022.

CATÓIRA, DANIEL. *Atenção Básica vs Modelo Hospitalocêntrico*. [s. l.], 1 jun. 2016. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/94727-atencao-basica-vs-modelo-hospitalocentrico/>. Acesso em: 7 fev. 2022

CRUZ, Andrey Oliveira da; OLIVEIRA, Jene Greyce Souza de. Ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde. *Revista Bioética Print version ISSN 1983-8042 | On-line version ISSN 1983-8034*, p. 1 - 11, 14 dez. 2021. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/bioet/a/GPkK\\_hJtdMHZW9pjbsYWbKMb/?format=pdf&lang=pt](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/bioet/a/GPkK_hJtdMHZW9pjbsYWbKMb/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 3 maio 2022.



- FAGUNDES, P. F.; SCANDOL, E. M. R. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 17, n. 1, p. 181–204, 2018. DOI: 10.20396/sss.v17i1.8655207. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655207>. Acesso em: 12 maio. 2022.
- LEITE DE LIMA, M. B.; TOZZI, A.; FERRAZ, N.; LEITE, L.; LIMA, S. Desafios frente à alta responsável vivenciado pela equipe multiprofissional. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)* ISSN - 2594-9888, v. 5, n. 2, p. 61, 19 jun. 2020.
- LIMA, Ana Paula. Alta responsável: tecnologia educacional para pacientes e cuidadores. *Alta responsável*, [S. l.], p. 12, 14 ago. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121427>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- MDGO, Crossetti; RIEGEL, F. VIII Simpósio do Processo de Enfermagem e I Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Estratégia para Resultados Seguros na Prática Clínica*, [s. l.], 8 ago. 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163323/001024106.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 fev. 2022.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA. *Remume. Relação municipal de medicamentos essenciais*,



[s. l.], 24 abr. 2018. Disponível em: <https://www.santaterezinha.sc.gov.br/noticias/index/ver/codMapaItem/20125/codNoticia/483667#:~:text=A%20REMUME%2D%20%C3%A9%20um%20dos,produtos%20eficazes%20e%20seguros%2C%20a>. Acesso em: 17 fev. 2022.

PISTORIA, Michael Joseph. A alta do hospital. [S. l.], p. 1-1, 18 ago. 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/assuntos-especiais/cuidados-hospitalares/a-alta-do-hospital>. Acesso em: 16 maio 2022.

SIGNIFICADOS, Encontre aqui explicações sobre as diversas áreas do conhecimento humano. Significado de Trabalho em equipe. O que é Trabalho em equipe, [S. l.], p. 1-1, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.significados.com.br/trabalho-em-equipe/>.

Acesso em: 8 mar. 2022.

OPAS (Washington, DC). Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de Saúde. Considerações conceituais e operacionais, [S. l.], p. 63 - 71, 5 jun. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49056>. Acesso em: 30 mar. 2022.

HEMALI PATEL, MD et al. Improving Early Discharge Using a Team-Based Structure for Discharge Multidisciplinary Rounds. Melhorando a alta precoce usando um Estrutura baseada em equipe para alta Rodadas Multidisciplinares, [S. l.], p. 0-0, 18 set. 2019.

RAMOS, PF et al. Construção de um Projeto de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica., [S. l.], p. 0-0, 30 set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/>



pcp/a/FXVBwBZcg9PxnG3Ch-  
tJWsbT/?format=pdf&lang=pt.

Acesso em: 27 abr. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO,  
Alberto Pellegrini. A saúde e  
seus determinantes sociais. He-  
alth and its social determinants,  
[S. l.], p. 0-0, 15 mar. 2007. DOI  
[https://doi.org/10.1590/S0103-  
73312007000100006](https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006). Dispo-  
nível em: [https://www.scielo.  
br/j/physis/a/msNmfGf74RqZs-  
bpKYXxNKhm/abstract/?lan-  
g=pt](https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZs-bpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt). Acesso em: 27 abr. 2022.



## UM OLHAR E UMA ESCUTA PARA A DIFERENÇA

### A LOOK AND A LISTEN FOR THE DIFFERENCE

Eugênia Chaves de Souza Pelogia<sup>1</sup>

“Somos diferentes em uma porção de coisas, inclusive em  
nossos potenciais, mas continuamos sendo humanos”.

Laura Monte Serrat Barbosa

**Resumo:** A proposta desse texto é pensar uma educação inclusiva, através da práxis na psicopedagogia, onde o profissional da educação através do “espaço entre” o sujeito que aprende e o objeto de conhecimento consiga direcionar um olhar e uma escuta singular, com a finalidade de atuar na potencialidade do sujeito/aprendente e não nas suas dificuldades, e dessa forma contribuir para que esse sujeito viva suas próprias experiências e se coloque como autor do seu conhecimento, para

que a “inclusão possível” aconteça. E, para locupletar a ideia, o texto apresenta um caso clínico onde a ampliação do olhar, da escuta e o acolhimento do psicopedagogo quanto ao sujeito que aprende, bem como, a sua relação com o mundo na qual está inserido, proporcionou que a percepção dos envolvidos no contexto família/escola oferecesse condições necessárias ao aprendente autorizando-o encontrar seu lugar de sujeito, diferente do outro.

---

1 Pedagoga/ Psicopedagoga/ Psicanalista da ABPp/Pr 445



**Palavras chaves:** psicopedagogia, autismo, inclusão

**Abstract:** The purpose of this text is to think about an inclusive education, through the praxis in psychopedagogy, where the education professional through the “space between” the subject who learns and the object of knowledge can direct a look and a singular listening, with the purpose of to act on the potentiality of the subject/learner and not on his/her difficulties, and in this way contribute for this subject to live their own experiences and place themselves as the author of their knowledge, so that the “possible inclusion” takes place. And, to enrich the idea, the text presents a clinical case where the expansion of the look, the listening and the reception of the psychopedagogue regarding the subject who learns, as well as his relationship

with the world in which he is inserted, provided that the perception of those involved in the family/school context offered the necessary conditions to the learner, authorizing him/her to find his/her place as a subject, different from the other.

**Keywords:** psychopedagogy, autism, inclusion

**Aspectos do diagnóstico psicopedagógico na educação inclusiva.**

Um sujeito<sup>1</sup>, motivado por um desejo, se mobiliza para o conhecimento, permitindo que o processo de aprendizagem aconteça em um percurso contínuo e escalonado, por meio de sua vivência e experiência de vida. Entretanto, se nesse percurso houver

---

1 Aquele que se constitui na relação com o Outro através da linguagem.



alguma interrupção ou até mesmo uma recusa, o processo estaciona, congela ou se obstaculiza, e dessa forma o aprendizado não se realiza. A prática e a supervisão psicopedagógicas fazem com que seja possível ao profissional da psicopedagogia ampliar o olhar para o aprendizado do outro. Essa diferença, com vista ao acolhimento da singularidade, é o que permite ao psicopedagogo pensar em uma educação voltada à diferença. Nessa busca pela diferença, Barbosa (2013, P.123) comenta que:

Quando podemos interagir com alguém diferente de nós, temos a oportunidade rara de desenvolver a nós mesmos. Digo rara porque nós, seres humanos, temos a tendência de buscar nossos pares assinando nossas semelhanças.

Diante dessa possibilidade de desenvolvimento, é importante reforçar que a diferença está atrelada ao humano, porque as “nossas diferenças fazem parte da nossa humanidade” (BARBOSA, 2013, p.122). Consequentemente, pensar uma educação de inclusão é acolher a diferença, contrário a uma educação de integração, dedicada à premência “de modificar a pessoa com necessidades educacionais especiais, de maneira que esta pudesse vir a se identificar, com os demais cidadãos, para então poder ser inserida, associada, a convivência igualitária em sociedade.” (HAMZE, Amélia). Mas como, então, incluir as diferenças entre os seres humanos em um processo de educação inclusiva? Como criar ambientes favoráveis às relações entre os sujeitos diante de uma humanidade complexa e distinta em toda sua singularidade?



Barbosa (2013, p.128) nos auxilia nesta reflexão quando diz:

Somos diversos, somos humanos, temos uma história que nos diferencia do outro, mas somos pessoas iguais às outras. Possuímos temperamentos diferentes, mas temos possibilidade de conviver; temos conhecimentos diferentes, mas podemos trocá-los; temos fisionomias diferentes, mas podemos nos identificar como pessoa. Dessa forma, somos diferentes e podemos aprender sem deixar nossas diferenças de lado, mas colocando-as a favor de nossa aprendizagem.

Um profissional de educação pautado em uma educação inclusiva pode contribuir significativamente pesquisando e desenvolvendo ferramentas que fa-

voreçam as relações necessárias entre às diferenças. Nesse sentido, é preciso atentar também, conforme Zenicola (2007, p.180), à possibilidade de inclusão desse sujeito:

(...) a inclusão possível é a que permite que o sujeito deixe sua marca, ou seja, ocupe um lugar onde saiba quem é e do que é capaz; por mais grave que a criança ou o adolescente seja, há sempre, oferecidas as condições necessárias, um sujeito a desenvolver, cujo potencial se desconhece e cuja paixão pela vida será a força que manterá acesa sua possibilidade de aprender e de ser”.

Com base nisso, aprender linguagens não verbais (gestos, sinais, imagens, etc), que permitam essas diferenças se comunicarem, interagirem com



o mundo e realizarem trocas possíveis de aprendizado, pode ser considerado como um instrumento eficaz. Para Dunker (2019/ Casa do Saber), a linguagem não é um fim em si mesma, mas uma troca de experiência que propicia uma “experiência maior” em que o eu e o outro são quase anulados. O processo a que ele dá o nome de “experiência/linguagem” é um processo que visa sobretudo uma troca fundamental entre o psicopedagogo e o aprendente.

Essa troca de linguagem entre os sujeitos implica também em ampliar a escuta ao outro à ponto de criar um espaço comum entre quem fala e quem escuta. Desse modo, a outra ferramenta pode ser nomeada como acolhimento do psicopedagogo, assemelhando-se a uma escuta terapêutica onde é indispensável o esvaziamento do eu, para se colocar no lugar do outro. Há

uma necessidade de um silenciar narcísico, como afirma Dunker (2019/ Casa do Saber):

“uma boa relação de escuta é aquela que consegue suportar a incerteza, que consegue produzir algum fragmento de angústia, e suportar que nem você nem eu temos a razão, (...) escutar o outro é renunciar a telepatia, renunciar à eu sei o que você está pensando e eu vou colocar palavras na sua boca, também é renunciar a atitude de tudo bem, então se você sabe, você fica com todo o saber e eu me recolho na minha caverna, escutar o outro é renunciar a posição de poder... e deixar que a linguagem/ experiência esteja em primeiro lugar.”

O silenciar para que



haja a escuta é tão imprescindível quanto a fala de seu interlocutor, porque é no silêncio que se desenvolve a capacidade atencional, em outras palavras, o silêncio estabelece um espaço entre aquele que ouve e aquele que fala, uma interrupção necessária para que a mensagem seja absorvida e tenha relevância para o interlocutor, caso contrário a comunicação tornaria um ruído de informações. Fernández (2012, p. 41) nos aponta que:

“Para aprender a falar necessitamos ser escutados, para aprender a olhar, necessitamos ser olhados. A capacidade atencional se constrói nessa continuidade e descontinuidade, que abre um espaço entre: espaço atencional. Está aqui o valor do silêncio que nada tem a ver com silenciar-se, mas muito com escu-

tar e escutar-se”.

Levando em consideração as afirmações acima, constata-se que o processo de avaliação exige do psicopedagogo uma escuta atencional de cada etapa do processo diagnóstico. Esse processo, segundo Jorge Visca (2010, p.70) “consiste na série de passos pela qual se realizam o reconhecimento, o prognóstico e as indicações da aprendizagem e suas dificuldades”, sendo assim, nesse processo, se faz relevante entender o contexto onde o sintoma de aprendizagem se apresenta envolvendo o aprendente, a escola, o trabalho e a família.

### **Reflexões sobre um caso concreto**

Deparo-me, durante a realização de um processo de diagnóstico psicopedagógico,



com uma demanda que exigia não só um olhar, mas também uma escuta de vida. A percepção de atitudes e linguagens, ampliada por esses instrumentos, originou reflexões que me levaram a realização da devolutiva à família.

O caso do G. chegou ao consultório de psicopedagogia por solicitação de uma escola e se deu início na consulta contratual realizada com a mãe do aprendiz. Ela trouxe a seguinte queixa: G. apresentava uma dificuldade em se expressar, apesar de conseguir interagir com outras crianças e de possuir amigos na escola. Na época, ele estava com 06 anos e 08 meses, cursando o 2º ano regular do ensino fundamental I, em turno integral. G. morava com a mãe e o irmão mais velho, um filho do primeiro relacionamento da mãe. Eles faziam tudo por ele, desde a preparação

do alimento até higiene corporais. Ele também já tinha passado recentemente por um neurologista, obtendo um diagnóstico sem patologias, e também por uma avaliação fonoaudiológica, em andamento. Ela relatou, quando questionada sobre a aprendizagem, que ele ainda não lia e nem escrevia. Após toda explanação e enquadramento sobre o processo de avaliação psicopedagógica, agendamos as sessões iniciais.

Com base na Epistemologia Convergente, meu enfoque teórico e prático, o primeiro contato estabelecido com G. foi para realização da EOCA (Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem)<sup>2</sup>. Este instrumento é o ponto de partida para o processo de investigação específico de

2 Como diz BARBOSA (2006, p. 43), a EOCA é um instrumento dinâmico, atual, exige conhecimento do examinador, pois é muito difícil observar condutas emergentes em movimento.



cada sujeito, é também uma fonte para o levantamento de hipóteses que dá rumo à investigação. Neste momento, a escuta do profissional é fundamental, porque quem fala é o aprendente. A seleção de materiais – previamente selecionados conforme a faixa etária – dá suporte ao aprendente para colocá-lo em processo, a fim de evidenciar o que ele realmente sabe fazer, o que aprendeu e o que lhe ensinaram.

Na realização da EOCA, G. começou a se apresentar. Entretanto, foram necessárias várias intervenções para que G. pudesse iniciar sua interação comigo e com os materiais apresentados. De início, ele, sem se manifestar através de palavras, mas apenas através de alguns ruídos e gestos excessivos, enquanto manuseava um ou outro material que lhe chamava a atenção. Após a escolha de um material específi-

co, G. não permitia a troca nem o compartilhamento desse material. Sempre que alguma pergunta lhe era dirigida, G. direcionava seu olhar a mim e respondia com outra pergunta: “O que? ou há?”, retornando a sua interação com o material escolhido. Durante a realização da EOCA, costumo registrar a entrevista; dessa vez, porém, não foi possível. As informações acerca de G. nesse processo só apareceram a partir de sequências de intervenções. Ademais, foram cinquenta minutos de uma observação quase constante e de uma escuta necessária para o inaudível<sup>3</sup>. Após a sessão, durante o registro da EOCA, surgiram várias perguntas (hipóteses) que originou o meu primeiro sistema de hipóteses. Neste sentido, como diz CARLBERG (2012, p. 51):

“...um registro não  
3 Inaudível: imperceptível aos ouvidos



serve somente para um momento, mas também para muitas situações que o levam a compreender o sujeito pesquisado, desde os momentos de classificação de hipóteses e de seleção de instrumento de pesquisa, até os momentos de supervisão ou de apresentação do estudo em situações científicas.”

<sup>2</sup> Como diz BARBOSA (2006, p. 43), a EOCA é um instrumento dinâmico, atual, exige conhecimento do examinador, pois é muito difícil observar condutas emergentes em movimento.

<sup>3</sup> Inaudível: imperceptível aos ouvidos

Após as análises do registro realizado, foi possível

estabelecer os instrumentos de pesquisa para continuidade do processo de investigação. Diante de cada hipótese, foram escolhidos alguns testes padrões para auxiliar na elaboração dos conceitos e na construção da visão do sujeito como um ser em aprendizagem. Durante a aplicação dos testes, G. vai se mostrando cada vez mais singular, conduzindo a minha escuta para um sujeito inteiro, complexo em sua estrutura e em suas ligações com o mundo. Vale a pena ressaltar que G. compreendia as orientações e interagia com o material a sua maneira. Não utilizava, porém, a linguagem verbal para responder às questões, restringindo-se, apenas, a frases imaginárias, sem ligações entre palavras, somente com ruídos, com sua maneira repetitiva de interagir com os objetos e com sua forma própria de interpretar os comandos e de ne-



gar regras.

Essas observações permitem-me ampliar meu olhar e minha escuta para o aspecto subjetivo presente na sessão. Dessa forma, como diz BARBOSA (2013, p.57) passei a “compreender que quem apresenta dificuldade (indivíduo ou grupo) sofre e, por isso, necessita ser acolhido para, posteriormente, ser provocado a fim de superar ou minimizar suas dificuldades”. Diante disso, tornou-se explícito que era o momento de buscar a supervisão, neste caso, a psicopedagógica, porque, diante de um outro olhar mais experiente e em outra posição neste contexto, ela seria ideal não só para acolher a singularidade de G., mas também para aprimorar a escuta e o olhar na continuidade deste processo investigatório. Neste sentido, cabe observar as orientações de Pereira aos profissionais da área:

“O trabalho de supervisão psicopedagógica, exige muita responsabilidade, muita experiência, e certa dose de desprendimento daquilo que, você já sabe com relação à ação psicopedagógica, ao material de estudo e certa abertura quanto aos novos dados trazidos que chegam por aquele que pede a supervisão. É o momento de troca, de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional. PEREIRA (2016, revista ABPp)

Tal como afirmou Pereira, na retomada do processo de investigação, constatou-se, com as trocas ocorridas durante a supervisão, uma série de novas possibilidades de recursos psicopedagógicos, de atividades livres e de material de estudo para per-



ceber, interrogar, mediar e gerar o segundo sistema de hipóteses. Dando sequência ao processo investigativo, foi agendado o contato com a escola do aprendente para realização da etapa de observação no âmbito escolar. Objetivou-se, nesta etapa, observar as condutas do aprendente, neste contexto específico, e suas relações com os colegas, professores e conteúdo pedagógico.

É importante ressaltar que nem todas as escolas permitem este tipo de acompanhamento. No caso de G., porém, a escola permitiu observá-lo em sala de aula e ter uma conversa ampla tanto com o professor quanto com o pedagogo. A queixa da escola, responsável pela solicitação da avaliação psicopedagógica, era em relação, sobretudo, ao comportamento dependente de G. em sala de aula. Em outras atividades a escola relatou que G. não

possuía orientação espacial dentro da escola (como, por exemplo, em uma saída ao banheiro); não tinha iniciativa para mostrar do que gostava ou não (como na hora do lanche, por exemplo); além de mencionar que ele estudava em tempo integral e estava em seu primeiro ano na escola.

Em conversa com os profissionais, o professor relatou ter percebido algumas atitudes dependentes de G. muito parecidas com o comportamento de sua filha, diagnosticada com Autismo. De acordo com esse relato, o professor passou a ter um olhar diferente e mais cuidadoso em relação G., atribuindo-lhe atividades diferenciadas dos demais alunos, já que G. não correspondia ao mesmo nível de desempenho dos demais colegas. O aprendente, conforme o relato ainda, dividia uma mesa com um colega, praticamente nas últimas



fileiras da sala de aula. Tinha, além disso, o hábito de se locomover por entre as pernas das cadeiras e de manter-se distante ou deslocado dos colegas. Seus movimentos eram repetitivos, sua fala era entrecortada e sem nexo sintático. A única maneira dele permanecer sentado em sala de aula era com o auxílio de um professor/ estagiário que lhe dispunha atenção direta, mas somente por alguns dias. Seus colegas tinham um cuidado excessivo com ele, ao considerarem-no “diferente” deles. Dessa forma, sempre o auxiliavam em tudo, seja na fila, seja na hora de pegar os materiais, ou até mesmo na hora de entrar na VAN escolar.

Ainda em conversa com os profissionais, todo o relato indicava um comportamento autista em G., destacado muitas vezes por eles. Conforme o relato da pedagoga da escola, a mãe tomou

ciência da possibilidade do diagnóstico de autismo em seu filho, inicialmente, não tendo aceitado muito bem essas orientações.

Com base nesses relatos, optei pelo trabalho interdisciplinar que já faz parte do processo psicopedagógico, no qual compete compreender o sujeito como um todo em movimento em diversos ambientes de aprendizagem. Tais ambientes são constituídos por sistemas que se conectam continuamente para o funcionamento desse sujeito. Nesse sentido, a escuta de outros profissionais no processo avaliativo é de extrema importância e necessidade. Assim, após o contato com a escola, convidei uma profissional Psicóloga/Psicanalista para atuar na avaliação de G.. Este trabalho interdisciplinar visava a ampliação da minha escuta para outras áreas de conhecimento, tal como a psicanálise.



Por último, a fim de finalizar o processo investigativo, foi realizada a entrevista histórica com a mãe e o irmão mais velho de G. Durante a entrevista, foram obtidas as seguintes informações: a gravidez de G. foi desejada, mas ocorreu em um momento de crise no casamento entre seus pais. Ele nasceu em outro país, em meio a um casamento desgastado e conflituoso. A família volta ao Brasil quando G. estava com 09 meses. Aos 03 anos, sua mãe e seu irmão mais velho mudaram de estado e G. ficou com o pai em um sítio, por um ano. Durante esse período, ele não frequentou a escola, permanecendo apenas na companhia do pai. Passado um ano, sua mãe retornou e o levou para uma nova moradia em um outro estado, separando-o do pai. Eles, mãe e irmão, relatam ainda na entrevista que a adaptação de G.

foi difícil: ele acordava diversas vezes à noite, tinha pesadelos, era teimoso, ainda que bem-humorado. Em relação à ludicidade, ele brincava apenas com adultos, não contava histórias e não sabia brincar de “faz de conta”: em uma brincadeira com personagens, ele não se coloca no lugar do mesmo e, quando questionado sobre o papel que representa, ele não se identifica com o personagem, limitando-se a responder que é o G.. Em relação à motricidade e ao comportamento geral, relatou-se que ele recebe tudo pronto, desde a comida até a roupa para vestir, além de ter medo do escuro e de fechar a porta do banheiro. Quanto à sua saúde, G. é uma criança saudável, não havendo narrativas de doenças e acidentes sérios. Quanto ao convívio social, ele passa maior parte de seu tempo na escola. O contato com a mãe é noturno e



muito superficial, tendo, porém, um vínculo muito grande com o irmão mais velho. Para a realização de atividades escolares só faz acompanhado de alguém e, segundo o relato ainda, sem iniciativa. Possui, além do mais, dificuldades em cumprir regras, já que, enquanto conviveu com o pai, fazia tudo o que desejava. Atualmente, o contato dele com o pai é por telefone e durante as férias em torno de 20 a 30 dias. Por último, foi ressaltado que G. estudou em outra escola, anterior a atual, mas não houve queixa da escola quanto ao comportamento e à aprendizagem de G.

Finalizado todas as etapas da avaliação psicopedagógica (observação com G., entrevista com a instituição escolar e entrevista histórica com a família) foi concluído o Informe Psicopedagógico e apresentado à instituição escolar e à família

de G. De acordo então com a Epistemologia Convergente foram observados quatro aspectos ou dimensões que compõem o sistema de hipóteses no decorrer da avaliação: cognitivo, funcional, afetivo e social. Quanto ao desenvolvimento cognitivo e funcional, ele encontrava-se no estágio pré-operatório; quanto ao desenvolvimento afetivo e social, sinalizava uma ausência de simbolização (metáfora), alucinando como forma particular de estabelecer uma relação com a linguagem.

Vale ressaltar ainda que o informe psicopedagógico não foi o final do processo de G., mas o início de um trabalho com uma criança que estava fechada na sua relação com a linguagem, mas aberta ao laço social, onde interagia com o outro de um modo singular e precisava saber qual lugar ocupar. Dessa forma, enfatiza-se



que a criação de ambientes favoráveis ao acolhimento é de fundamental importância para criação de uma educação inclusiva.

### **Considerações finais**

O processo diagnóstico como uma práxis psicopedagógica pode atuar como um meio de incluir as diferenças em um processo de educação através do acolhimento e da escuta do aprendente. Além disso, esse processo, quando o profissional não busca por uma compreensão imediata, proporciona um saber fazer com a escuta para mediar o aprendente em seu contexto social.

Em relação ao acolhimento do aprendente, o psicopedagogo pode ampliar a possibilidade de pensar na singularidade, visto que não há um aprendente igual a outro. Assim, abre-se uma oportunidade, para buscar

em conjunto com a instituição e com a família, um lugar diferente ao sujeito que aprende não mais como aquele ao qual o submetiam.

Isso se confirmou no caso apresentado onde a submissão de G. a um rótulo de autismo não foi realizada de forma intencional, mas com o propósito de auxiliá-lo. Diante disso, percebe-se que algumas instituições escolares vivem em um contexto político-social norteado por alguns discursos que excluem a singularidade do sujeito. Ademais é sabido que a estrutura do autismo afeta a interação social, a comunicação e a linguagem. Por isso, quando houver um grau severo de atuação do autismo o sujeito demandará cuidados e tratamentos específicos. Inclusive, no caso apresentado, a nossa indagação,



porém recai sobre a forma como o sujeito é submetido a uma padronização de comportamentos tanto para a conhecida normalidade quanto para a patologização.

O caso de G. corroborou na consideração de que o sujeito/aprendente ao entrar na clínica psicopedagógica apresentando uma queixa de dificuldade de aprendizagem, precisa ser acolhido como um sujeito único, que estabelece relações com um mundo sociocultural e, portanto diferente em sua própria natureza. Para isso, o processo diagnóstico precisa seguir seu rumo investigativo sem estereotipar o sujeito, considerando que os sintomas representam uma possibilidade de superação e não o seu engessamento. Isso evita que ele permaneça alienado e dependente de seus medos e inseguranças.

Por fim, foi possível

perceber que o contexto em que o aprendente está inserido deve conter uma série de oportunidades, permitindo-lhe encontrar o seu próprio lugar de sujeito, diferente dos demais. Dito isso, é possível pensar na Psicopedagogia como uma área favorável às relações entre os sujeitos frente a uma humanidade complexa e distinta em toda sua singularidade. Requisita-se então do Psicopedagogo um encontro com ele mesmo, com o mundo e com o outro, uma vez que trabalhar com o processo de aprendizagem é mergulhar em um saber fazer. Ou seja, é esvaziar-se diante do outro e escutá-lo para se tornar um continente que acolha diferenças e devolva ao sujeito aprendente um lugar de saber, a fim de que a inclusão possível aconteça, atuando na potencialidade do sujeito e não nas suas dificuldades, de maneira que o sintoma não



torne seu sinal ou seu lugar no mundo. Só uma educação inclusiva é capaz de proporcionar esse olhar e essa escuta.

### Referências:

BAPTISTA, Angela, et al. Intoxicações eletrônicas: O sujeito na era das relações virtuais. Salvador: Ágalma, 2017

BARBOSA, Laura Monte Serrat. Temas transversais: como utilizá-los na prática educativa?. Curitiba: InterSaberes, 2013.

BARBOSA, Laura Monte Serrat. A Psicopedagogia e o momento de aprender. São José dos Campos: Pulso, 2006.

CARLBERG, Simone. Psicopedagogia: uma matriz de pensamento diagnóstico no âmbito clínico. Curitiba: Intersaberes,

2012.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Canal Casa do Saber: <https://youtu.be/Zo-jk4kVtE8>. 2019

FERNANDEZ, Alicia. A Atenção Aprisionada: Psicopedagogia da Capacidade Atencional . Edição do Kindle. 2012.

HAMZE, Amélia. Brasil Escola, UOL. <https://educador.brasilecola.uol.com.br/trabalho-docente/integracao.htm>. 2021

PEREIRA, Débora Silva de Castro. A supervisão psicopedagógica e o pensamento crítico. Revista Psicopedagogia 2016; 33 (100) - Artigo Especial

VISCA, J. L. Clínica Psicopedagógica: a Epistemologia Convergente. Porto Alegre: Artes Médicas. 2010.



ZENICOLA, Ana Maria; BARBOSA, Laura Monte Serrat; CARLBERG, Simone. Psicopedagogia: saberes/ olhares/ fazeres. São José dos Campos: Pulso, 2007.



**A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM CRIANÇAS  
COM RETARDO NEUROPSICOMOTOR DIAGNOS-  
TICADAS COM SÍNDROME DE RETT**

**THE ROLE OF THE PHYSICAL THERAPIST IN  
CHILDREN WITH NEUROPSYCHOMOTOR RE-  
TARDATION DIAGNOSED WITH RETT SYNDRO-  
ME**

Sara Nayelle Ferreira de Sousa<sup>1</sup>

Cintia da Silva Araújo<sup>2</sup>

Lígia Cardoso Azevedo<sup>3</sup>

Elen Silva de Oliveira<sup>4</sup>

Uilma Sacramento Santana<sup>5</sup>

Francielly dos Santos Silva<sup>6</sup>

Maycon Carvalho de Andrade<sup>7</sup>

Jéssica Mendes dos Santos<sup>8</sup>

---

1 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Brasil.

2 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Brasil

3 Fisioterapeuta Especialista em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal

4 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Brasil

5 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Brasil

6 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Brasil

7 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Brasil

8 Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia,



**Resumo:** Introdução: A síndrome de Rett foi descrita inicialmente como uma condição de “Atrofia cerebral associada à hiperamonemia”, pelo médico pediatra alemão Andreas Rett em um estudo com 31 meninas, onde era perceptível regressão mental e motora nessas pacientes. É uma síndrome de ordem genética, associada a mutações no gene MECP2, localizado no cromossomo X. A SR, sendo considerada rara, e apesar das dificuldades provocadas pela condição da síndrome, essas crianças podem sobreviver até a idade adulta, ainda que com expectativa de vida baixa comparada a indivíduos normais. Objetivos: Verificar na literatura as abordagens fisio-

terapêuticas utilizadas em crianças com retardo neuropsicomotor diagnosticadas com síndrome de Rett. Materiais e Métodos: Este estudo se caracteriza como uma revisão sistemática da literatura. A coleta dos dados foi realizada de maio a junho de 2021, utilizando as bases eletrônicas Lila, Scopus, PubMed e Medline. Os descritores e operadores booleanos utilizados foram Rett syndrome AND Physiotherapy intervention. Foram incluídos na amostra artigos publicados anteriormente ou igual ao ano de 2021, nos idiomas inglês e português. Resultados: O fisioterapeuta tem várias opções de terapêuticas, desde a convencional até as alternativas. Quanto à importân-



cia da fisioterapia em pacientes portadores da Síndrome de Rett, é visto que a mesma tem grande relevância para a prorrogação da sobrevida desses indivíduos, sendo parte fundamental no manejo da síndrome. Conclusão: A pesquisa demonstrou que a atuação do fisioterapeuta em crianças diagnosticadas com síndrome de Rett tem sido de significância, uma vez que esses profissionais, proporcionam a essas crianças a oportunidade de poderem realizar suas atividades diárias de forma mais funcional e muitas vezes menos dolorosa, isso porque as crianças com síndrome de Rett apresentam retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, o que contribui futuramente para um adulto com consequências que dificultam atividades simples do dia-a-dia.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Síndrome de Rett; Intervenção fisioterapêutica

**Abstract:** Introduction: Rett syndrome was initially described as a condition of “Cerebral atrophy associated with hyperammonemia”, by german pediatrician Andreas Rett in a study with 31 girls, where mental and motor regression was noticeable in these patients. It is a genetic syndrome, associated with mutations in the MECP2 gene, located on the X chromosome. SR, being considered rare, and despite the difficulties caused by the condition of the syndrome, these children can survive until adulthood, although with low life expectancy compared to normal individuals. Objective: To verify in the literature the physical therapy approaches used in children with neuropsychomotor retardation diagnosed with



Rett syndrome. **Materials and Methods:** This study is characterized as an integrative review of the literature. Data collection was performed from May to June 2021, using Lilacs, PubMed and Medline electronic databases. The Boolean descriptors and operators used were Rett syndrome AND Physiotherapy intervention. Articles previously or equal to the year 2021 were included in the sample, in English and Portuguese. **Results:** The physiotherapist has several options of therapies, from the conventional to the alternatives. Regarding the importance of physiotherapy in patients with Rett Syndrome, it is seen that it has great relevance for the extension of survival of these individuals, being a fundamental part in the management of the syndrome. **Conclusion:** The research demonstrated that the role of the physiotherapist

in children diagnosed with Rett syndrome has been of incredible significance, since these professionals provide these children with the opportunity to perform their daily activities in a more functional and often less painful way, this is because children with Rett syndrome have a delay in neuropsychomotor development, which contributes in the future to an adult with consequences that hinder simple day-to-day activities.

**Keywords:** Physiotherapy; Rett syndrome; Physiotherapy intervention.

### **Introdução**

Em 1966 foi descrita pela primeira vez por Andreas Rett, um médico pediatra que fez um estudo com 31 meninas,



uma condição referida como “Atrofia cerebral associada à hiperamonemia”, onde se percebia a regressão mental e motora nessas pacientes. Em 1983 Hagberg et al publicaram um trabalho onde descreviam 35 meninas e a partir daí a condição passou a ser mais conhecida e recebeu o nome de Síndrome de Rett (SR) (SCHWARTZMAN, 2003).

É uma doença de causa genética e está associada a mutações no gene MECP2 (do inglês, methyl-CpG-binding protein 2), localizado no cromossomo X. Embora existam formas atípicas da doença, os achados clínicos característicos são: perda de habilidades e objetivos de comunicação, perdas no desenvolvimento motor, ataxia ou distaxia, tendência autista, microcefalia e convulsões (SANTOS, et al.,2019). A SR é considerada rara, e apesar das dificuldades,

essas crianças podem sobreviver até a idade adulta com uma expectativa de vida de 50 anos.

Nota-se então a importância do conhecimento da síndrome pelos pais, o cuidado diário para com a pessoa acometida e principalmente a forma de abordagem e tratamento oferecida pelo fisioterapeuta. Diante disso, uma busca na literatura, torna-se um investimento, uma vez que traz à tona as diversas formas de tratamento do fisioterapeuta com esses pacientes. Dessa maneira, faz-se aumentada a possibilidade de um melhor desenvolvimento dessa população, reduzindo chances de problemáticas futuras no convívio dessas crianças para com a sociedade.

Esta revisão da literatura teve como objetivo descrever a atuação do fisioterapeuta em crianças com retardo neuromotor diagnosticadas com



síndrome de Rett, bem como descrever as abordagens fisioterapêuticas utilizadas em crianças com retardo neuropsicomotor; verificar a relação entre pais/cuidador e indivíduo; e classificar o perfil e o estilo de vida das crianças após o contato com o fisioterapeuta.

### **Metodologia**

Este estudo evidenciase por caráter exploratório, do tipo revisão integrativa. O levantamento bibliográfico para a coleta de dados foi realizado por meio das bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e PubMed (National Library of Medicine). Utilizou-se os seguintes descritores e operadores booleanos: Síndrome de

Rett/Rett syndrome AND Intervenção fisioterapêutica/Physiotherapeutic Intervention, onde os mesmos foram encontrados através de Descritores em ciência de saúde – DeCS e Medical Subject Headings – MeSH, no portal regional da BVS. Para esta revisão, foram incluídos na amostra artigos publicados anteriormente ou igual ao ano de 2021, nos idiomas inglês e português. Foram excluídos artigos que abordam a temática da síndrome de Rett associada a outras doenças, artigos e periódicos repetidos.

Deste modo, com o descritor Rett Syndrome AND Physiotherapy intervention foram encontrados 53 resultados na PUBMED ,1 na LILACS e 2 na MEDLINE, totalizando 56 artigos (Tabela 1). Para fins de descrição, após a busca nas bases de dados, foram analisados os resumos (abstracts) objetivos,



metodologia e resultados de cada bibliografia.

Tabela 1. Artigos encontrados

DESCRITORES	BASE DE DADOS		
	PUBMED	LILACS	MEDLINE
Rett syndrome and Physiotherapy intervention.	53	1	2

### Resultados e Discussão

O resultado da busca de artigos através das bases de dados, totalizou em 56 artigos, sen-

do que apenas 10 se enquadraram nos critérios de inclusão. Os artigos selecionados estão descritos na tabela 2.

Autor e ano	Objetivo	Metodologia	População	Finalidade da Intervenção Fisioterapêutica
Eficácia de um Programa de exercício aquático para 3 Casos de síndrome de Rett. TORRES, Lourdes Escobar et al. 2019.	Examinar os efeitos fisiológicos funcionais da participação em um programa de exercícios aquáticos por 3 meninas, com diagnóstico de síndrome de Rett (RS), para explorar áreas para possíveis novas pesquisas.	Relato de Caso	Três meninas (4, 6 e 7 anos), com diagnóstico de RS estágio III.	Os participantes melhoraram a capacidade funcional, estado de humor, relações com a família e colegas de escola, mobilidade articular, força muscular e resistência durante as atividades funcionais. A avaliação periódica das frequências cardíacas de exercício apresentou, em média, um aumento na intensidade de 33% acima da linha de base, indicando estímulo cardiorrespiratório.



Capacidade motora grossa na síndrome de Rett - o poder da expectativa, motivação e planejamento.	Mostrar a possibilidade de recuperar a função, obter variação e evitar contraturas por vários anos.	Relato de caso	Três meninas (36, 9, 15 anos) diagnostica das de RS estágios III e IV	Este estudo mostra que recuperar uma caminhada considerável era possível para uma mulher de 36 anos de idade com síndrome de Rett mesmo depois de 15 anos em uma cadeira de rodas.
Larsson e Engerstrom. 2001.				
Perspectivas dos pais sobre as habilidades de comunicação de suas filhas com síndrome de Rett.	Descrever da perspectiva dos pais, como as mulheres com síndrome de Rett se comunicam na vida cotidiana e as barreiras e facilitadores para uma comunicação bem-sucedida.	Artigo-longitudinal	15 indivíduos com mãe e 1 com ambos os pais.	De acordo com os pais, meninas e mulheres com síndrome de Rett são capazes de se envolver em interações significativas com seus parceiros de comunicação, apesar da variabilidade nas habilidades de comunicação expressiva e receptiva. A avaliação da comunicação deve considerar as perspectivas dos pais e os fatores que atuam como barreiras ou facilitadores para uma comunicação bem-sucedida, no contexto da vida cotidiana.
Urbanowicz A, Leonard H, Girdler S, Ciccone N e Downs J. 2014				
Intervenção terapêutica alternativa para indivíduos com síndrome de Rett.	Analisar intervenções terapêuticas alternativas como: terapia assistida por animais, como terapia de golfinhos e terapia assistida por cães; treinamento de integração auditiva; Câmara	Artigo de revisão	Pacientes com síndrome de Rett.	Explorar novas opções de intervenções e encontrar algumas possibilidades dentro do escopo do artigo.
Meir Lotan, 2007				



Hiperbárica  
dentre outras.

Participação e envolvimento em atividades familiares entre meninas e mulheres jovens com síndrome de Rett que vivem em casa com seus pais - um estudo transversal	Descrever a extensão da participação e envolvimento nas atividades familiares e explorar as variáveis que têm um impacto potencial sobre esses fatores nas atividades familiares entre meninas e mulheres jovens com síndrome de Rett (RTT) com menos de 21 anos.	Artigo de revisão - estudo transversal	23 famílias com meninas e mulheres jovens com síndrome de Rett.	Meninas e mulheres jovens com RTT que vivem em casa com seus pais apresentaram o maior grau de participação e envolvimento em atividades familiares sociais e estacionárias em comparação com as atividades familiares mais ativas e aquelas que requerem uma certa quantidade de função manual. Atividades internas mostrou um alto grau de frequência de ocorrência, participação e engajamento e Atividades ao ar livre mostrou um baixo grau de ocorrência e participação, apesar de um alto grau de engajamento. Impactos significativos foram encontrados em algumas atividades entre a participação e número de irmãos que vivem em casa, e engajamento e idade.
Ditte Kruse Gyldhof, Michelle Stahlhut e Eva Eilersen Waehrens, 2021				
Síndrome de Rett. Diretrizes para intervenção Individual.	Este artigo faz uma breve revisão das abordagens de intervenção comuns para indivíduos com SR e sua aplicação atual.	Artigo publica do em forma de diretriz	Não se aplica.	O artigo colocará diretrizes básicas para intervenção individual em clientes com SR.
Meir Lotan, 2006				



Intervenção fisiológica para indivíduos com síndrome de Rett.	O artigo apresenta alguns insights sobre a intervenção com indivíduos com RS, uma visão geral dos problemas neuromusculares típicos associados à RS e sugestões apropriadas relativas à intervenção clínica que contribuem para o bem-estar dessa população.	Artigo de revisão	Não se aplica	O artigo teve o intuito de apresentar a síndrome de Rett (RS) ao fisioterapeuta, familiarizá-lo com essa população e oferecer a experiência clínica de alguns autores na aplicação de programas de intervenção fisioterapêutica para esses indivíduos. Algumas diretrizes básicas são traçadas a fim de ajudar a iniciar uma intervenção física com essa população.
Meir Lotan e Susan Hanks, 2006				
Monitoramento de dor e sofrimento processuais em uma criança com síndrome de Rett: um relato de Caso.	Determinar a viabilidade e a utilidade do INRS para avaliar e controlar as reações de dor e sofrimento durante a terapia de WBV em uma criança com RTT.	Estudo de caso	uma menina de 13 anos com diagnóstico de Síndrome de Rett , Estágio IV	É importante que os fisioterapeutas reconheçam que as intervenções podem causar dor e angústia e que existem procedimentos para avaliar a dor e angústia durante as intervenções fisioterapêuticas. O uso do INRS para avaliar e controlar a dor e o sofrimento do procedimento durante uma intervenção fisioterapêutica em uma criança não verbal com déficits intelectuais.
Swiggum M, Grant L. 2019				
“Vivendo um Curso de Obstáculos”: Um estudo qualitativo que examina as experiências de cuidadores de	Explorar as experiências de um grupo de cuidadores de crianças com síndrome de Rett	Estudo de caso qualitativo.	31 cuidadores de crianças com síndrome de Rett.	A experiência de ser cuidador de uma criança com síndrome de Rett foi expressa como sendo semelhante a uma “pista de obstáculos”, e



crianças com no que diz síndrome de Rett. respeito a viver e cuidar de seus filhos.  
Ceña D, et al. 2018

foi descrita por meio de três temas principais: (a) em busca de respostas, com dois subtemas identificados, a saber, 'os primeiros sintomas' e 'a necessidade de um diagnóstico'; (b) gerenciamento do dia a dia, com os subtemas 'aplicando tratamentos' e 'aprendendo a cuidar'; e (c) questões de dinheiro.

HIDROTERAPIA PARA SÍNDROME DE RETT.

Bumin G, Uyanik M, Yilmaz I, Kayihan H, Topçu M. 2003

Examinar os efeitos da hidroterapia em uma menina no estágio III da síndrome de Rett. Relato de caso em

Uma menina de 11 anos com síndrome de Rett clássico estágio III

Após a sessão de hidroterapia, os movimentos de mão-a-boca e apertar as mãos desapareceram. Além disso, a quantidade de movimentos estereotipados diminuiu imediatamente após a hidroterapia e continuou a diminuir durante as 8 semanas seguintes. As habilidades de alimentação e habilidades manuais para transferir objetos e segurá-los por 10 segundos melhoraram após 8 semanas de hidroterapia. O equilíbrio da caminhada melhorou, a interação com o meio ambiente aumentou e o comportamento hiperativo e a ansiedade diminuíram.

Em conformidade com o estudo apresentado, a atuação do fisioterapeuta em crianças com Síndrome de Rett tem sido

associada a melhora de mobilidade articular, atividades diárias (AVDs), melhora em transferências, controle anal, caminhada,



comunicação e interação social. Dois relatos de casos publicados no ano de 2019 avaliaram algumas funções em meninas entre 4 e 7 anos de idade diagnosticadas com SR, elas foram avaliadas em exercícios na piscina onde o resultado demonstrou evolução de sentar-se com assistência no tapete flutuante para sentar-se sem ajuda. Dentre os 10 estudos utilizados para compor a amostra deste artigo, todos apresentaram resultados benéficos nas crianças que realizaram intervenção com o fisioterapeuta, sendo eles a maioria a longo prazo de intervenção (TORRES, 2019).

Quanto à importância da fisioterapia em pacientes portadores da Síndrome de Rett, é visto que a mesma tem grande relevância para a prorrogação da sobrevivência desses indivíduos; sendo parte fundamental no manejo da síndrome. Nesse aspecto,

uma das atividades terapêuticas que a fisioterapia dispõe é o uso da hidroterapia no tratamento de indivíduos diagnosticados com a síndrome de Rett, que já demonstrou ser eficiente na potencialização dos movimentos, favorece o equilíbrio, ajuda a desenvolver respostas protetoras, melhora a amplitude de movimento (ADM) e habilidades básicas na água tem sido útil no tratamento da espasticidade e tem levado a uma diminuição imediata na quantidade de movimentos estereotipados após a hidroterapia (BURMIN, et al., 2003).

Alguns estudos ressaltam a importância de trabalhar o equilíbrio e postura nesses indivíduos, já que os mesmos possuem perda de movimento e coordenação. Um estudo com relato de 3 casos apresentou a condição de algumas meninas, onde na maioria dos casos, elas apresen-



tavam risco de desenvolver escoliose por sustentarem equilíbrio de forma unilateral, com perda de sustentação de membros e retorno da linha média. Um dos temas que tem sido discutido, principalmente na observação de postura de pessoas com essa síndrome é o fato de desordens na coluna vertebral, o que gera desconforto na adaptação e convívio dessas crianças com os pais (LARSSON E ENGERSTRÖM, 2001).

Swiggum e Grant (2019) através de um estudo de caso, trabalharam com uma criança de 13 anos para determinar a viabilidade e a utilidade da Escala de Classificação Numérica Individualizada (INRS) para avaliar e controlar as reações de dor e sofrimento durante a terapia de vibração de corpo inteiro (WBV). Onde concluíram que o INRS pode ajudar a sensibilizar fisioterapeutas e cuidadores para com-

portamentos de angústia e dor em crianças que não verbalizam, bem como auxiliar na avaliação da eficácia das estratégias de tratamento da dor de procedimento. Sabe-se que há muitos problemas neuromusculares nesses pacientes, o que torna provável que elas sofram dores crônicas, mas suas limitações comunicativas e a incapacidade do cuidador de interpretar sinais não-verbais podem resultar em dor não reconhecida e não tratada.

Além da avaliação de dor foram criadas algumas diretrizes para que cada paciente com SR seja atendido de uma forma individualizada. Apesar de cada paciente ser único, podemos ver que existem algumas semelhanças, assim foram escritas algumas orientações básicas. Listou-se algumas modalidades terapêuticas e dentre elas a fisioterapia. Onde o profissional pode



melhorar a aptidão física e a função da criança, reduzindo assim os perigos secundários da imobilidade, podendo também desenhar e implementar um plano de intervenção funcional aplicado pelo próprio terapeuta ou por terceiros. No meio educacional, o fisioterapeuta é responsável por integrar seu programa ao currículo educacional diário da criança por meio do plano individual educacional (LOTAN, 2006).

Além disso, na fisioterapia convencional o fisioterapeuta atua diretamente no tratamento de cada uma das 4 fases da síndrome, trabalhando em cima de cada característica funcional que o paciente venha a perder, pois a SR apresenta uma série de limitações neuromusculares que requerem uma intervenção terapêutica adequada. Temos como alguns objetivos: Normalizar o tônus muscular; aumentar a am-

plitude de movimento articular; reduzir a apraxia por meio de experiências funcionais repetitivas; aumentar e melhorar o condicionamento cardiovascular aplicando um programa apropriado; estimular o uso das mãos desafiando a criança a escalar, balançar e / ou se apoiar; obter melhores reações de equilíbrio por meio de exercícios e atividades diárias dentre outros. É importante também que as habilidades emocionais desses pacientes sejam abordadas durante o tratamento, visto que os mesmos demonstraram ter habilidades emocionais adequadas à idade (LOTAN E HANKS,2006).

Um estudo em particular observa que além da fisioterapia convencional há intervenções alternativas como terapia assistida por animais: terapia assistida por cão e com golfinhos. Há também a câmara hiperbá-



ca de treinamento de integração auditiva (AIT), terapia manual, acupuntura / acupressão, aromaterapia, quiropraxia, terapia craniossacral dentre outras. Onde cada é acompanhada de casos de pacientes que fizeram a utilização da terapêutica, alguns com melhoras, melhoras temporárias e outras terapêuticas sem resultados. O terapeuta ou pai que busca gastar a experiência da criança e explorar novas opções de intervenção encontrará algumas possibilidades dentro do escopo do artigo. A pedra angular para a implementação de uma abordagem nova e não tradicional é, obviamente, o fato de que nenhum dano será causado à criança e sua família (LOTAN, 2007).

Quanto a interação pais/cuidadores e indivíduo com Rett, PALACIOS-CEÑA (2018) 10 identifica que aquelas famílias que não compartilham a respon-

sabilidade e fardo de cuidar dos filhos, e onde toda a carga de trabalho é assumida por apenas um membro da família / casal, e quando os sintomas aparecem tardiamente, são famílias que terão um menor senso de adaptação e menor potencial para encontrar estratégias eficazes para enfrentar os desafios diários. No quesito comunicação, um estudo que foi baseado na perspectiva dos pais, afirma que meninas e mulheres com síndrome de Rett são capazes de se envolver em interações significativas com seus parceiros de comunicação, apesar da variabilidade nas habilidades de comunicação expressiva e receptiva (URBANOWICZ, et al. 2014).

Na participação e no envolvimento e atividades familiares, sociais e mais ativas, meninas e mulheres jovens com RT que vivem em casa com seus pais apresentaram o maior grau



de participação. Atividades internas mostraram um alto grau de frequência de ocorrência, participação e engajamento e atividades ao ar livre mostraram um baixo grau de ocorrência e participação, apesar de um alto grau de engajamento. Impactos significativos foram encontrados em algumas atividades entre a participação e número de irmãos que vivem em casa, e engajamento e idade (GYLDHOF, STAHLHUT E WAEHRENS, 2021).

### **Considerações finais**

A pesquisa demonstrou que a atuação do fisioterapeuta em crianças diagnosticadas com síndrome de Rett tem sido de grande significância, uma vez que esses profissionais proporcionam a essas crianças a oportunidade de poderem realizar suas atividades diárias de forma mais

funcional e muitas vezes menos dolorosa. Isso porque as crianças com síndrome de Rett apresentam retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, o que contribui futuramente para um adulto com consequências que dificultam atividades simples do dia-a-dia. Outro aspecto importante sobre o papel do fisioterapeuta nessas crianças, é que os mesmos ajudam os pais a conhecerem a doença e a condição física em que a criança se encontra ao ser portadora da síndrome, ajudando essas famílias a lidarem melhor com as consequências.

### **Referências**

- SCHWARTZMAN, J. S. Síndrome de Rett. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 25, n. 2, p. 110-113, 2003.
- SANTOS, Y.K.S. et al. SÍNDRO-



ME DE RETT: UM OLHAR PARA A FISIOTERAPIA. Revista Campo do Saber, v. 4, n. 6, 2019.

TORRES, L. E. et al. Efficacy of an aquatic exercise program for 3 cases of Rett syndrome. Pediatric Physical Therapy, v. 31, n. 4, p. E6-E13, 2019.

BUMIN. G.; UYANIK. M.; YILMAZ. I.; KAYIHAN. H.; TOPÇU. M. Hydrotherapy for Rett syndrome. J Rehabil Med. 2003.

LARSSON, G.; ENGERSTRÖM, I.W. Gross motor ability in Rett syndrome—the power of expectation, motivation and planning. Brain and development, v. 23, p. S77-S81, 2001.

SWIGGUM, M.; GRANT, L. Monitoring Procedural Pain and Distress in a Child With Rett

Syndrome: A Case Report. Pediatric Physical Therapy, v. 31, n. 4, p. E1-E5, 2019.

LOTAN, M. Rett syndrome. Guidelines for individual intervention. TheScientificWorldJOURNAL, v. 6, p. 1504-1516, 2006.

LOTAN, M.; HANKS, S. Physical therapy intervention for individuals with Rett syndrome. TheScientificWorldJOURNAL, v. 6, p. 1314-1338, 2006.

LOTAN, M. Alternative therapeutic intervention for individuals with Rett syndrome. TheScientificWorldJOURNAL, v. 7, p. 698-714, 2007.

PALACIOS-CEÑA, D, et al. “Living an Obstacle Course”: A Qualitative Study Examining the Experiences of Caregivers of Children with Rett Syndrome.



International journal of environmental research and public health, v. 16, n. 1, p. 41, 2019.

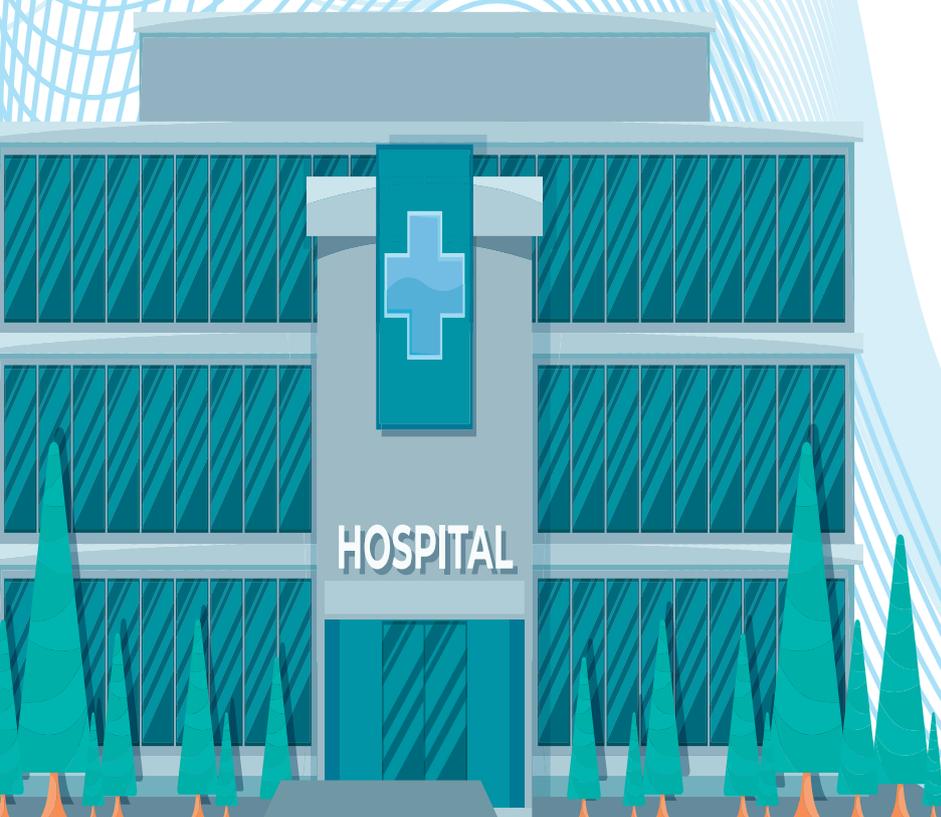
URBANOWICZ, A. et al. Parental perspectives on the communication abilities of their daughters with Rett syndrome. *Developmental neurorehabilitation*, v. 19, n. 1, p. 17-25, 2014.

GYLDHOF, D.K. et al. “Participação e engajamento em atividades familiares entre meninas e jovens com síndrome de Rett vivendo em casa com seus pais - um estudo transversal”. *Incapacidade e reabilitação*, 1-11. 23 fev. 2021.





# HEALTH & SOCIETY



Periodicojs  
EDITORA ACADÉMICA