

ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES DO CUIDAR

CLEIDE CORREIA DE OLIVEIRA
ANA CAROLINY OLIVEIRA DA SILVA
LUIS FERNANDO REIS MACEDO
ROSELY LEYLIANE DOS SANTOS

VOLUME 1

ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES DO CUIDAR

CLEIDE CORREIA DE OLIVEIRA
ANA CAROLINY OLIVEIRA DA SILVA
LUIS FERNANDO REIS MACEDO
ROSELY LEYLIANE DOS SANTOS

VOLUME 1


EDITORA
OMNIS SCIENTIA


Universidade Regional
do Cariri - URCA

Editora Omnis Scientia

ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES DO CUIDAR

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Cleide Correia de Oliveira

Ana Caroliny Oliveira da Silva

Luis Fernando Reis Macedo

Rosely Leyliane dos Santos

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

E56 Enfermagem nas dimensões do cuidar : volume 1 [recurso eletrônico] / organizadores Cleide Correia de Oliveira ... et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2023.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-6036-128-7
DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7

1. Enfermagem - Brasil. 2. Cuidados de enfermagem - Planejamento. 3. Serviços de enfermagem. 4. Assistência de enfermagem. 5. Saúde pública - Brasil. 6. Saúde coletiva. I. Oliveira, Cleide Correia de. II. Silva, Ana Carolyn Oliveira da. III. Macedo, Luis Fernando Reis. IV. Santos, Rosely Leyliane dos. V. Título.

CDD23: 610.730981

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Caro leitor!

O livro *Enfermagem nas Dimensões do Cuidar* retrata diferentes contextos do cuidado de enfermagem em saúde, através de capítulos com pautas atuais e relevantes para a saúde coletiva. Dentre os assuntos abordados nesta obra tem-se: Educação em Saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência, Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, Crise hipertensiva e manejo assistencial no serviço de emergência, Impactos da incontinência urinária em mulheres, utilização das Práticas Integrativas e complementares pela equipe de enfermagem durante o processo de parturição e estratégias não farmacológicas para reabilitação de pacientes vítimas de acidente vascular encefálico.

Boa leitura.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS EDUCATIVAS SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA

Felipe Paulino da Silva

Glauberto da Silva Quirino

Cinthia Gondim Pereira Calou

Joseph Dimas de Oliveira

Milena Silva Ferreira

Miranilton Lucena de Sousa

Elian Santos Ferreira

Vinícius Alves de Alencar Oliveira

Darly Suyane Felix Silva

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/10-19

CAPÍTULO 2.....20

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ingrid Christyne Ferreira de Sousa

Vitória de Cássia Félix Rebouças

Rosely Leyliane dos Santos

Sarah Lima Pinto

Marcia Eduarda Nascimento dos Santos

Welligton Nogueira de Oliveira Pereira

André Lucas Café Lopes

Damiana Galdino Viana

Luyanne da Silva Sousa

José Armando Silva De Lima

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/20-28

CAPÍTULO 3.....29

A CRISE HIPERTENSIVA E O MANEJO ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Vinícius Alves de Alencar Oliveira

Kelly Fernanda Silva Santana

Célida Juliana de Oliveira

Lucas Dias Soares Machado

Felipe Paulino da Silva

Marta Carol Taveira da Silva

Maria Joedna Ferreira Monteiro

Miranilton Lucena de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/29-36

CAPÍTULO 4.....37

IMPACTOS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES

Gislaine da Silva Rocha

Rauan de Alcantara Alexandre

Yvinna Marina Santos Machado

Livia Parente Pinheiro Teodoro

Luis Rafael Leite Sampaio

Elian Santos Ferreira

Sarah Emanuelle Matias Penha

Fernanda Helen Gomes da Silva

Gabriel de Alencar Melo

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7 /37-44

CAPÍTULO 5.....45

UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Elian Santos Ferreira

Taiane Rodrigues da Costa

Aline Rany Jorvino da Costa

Larissa Silva Lima

Gislaine da Silva Rocha

Damiana Galdino Viana

Ana Raiane Alencar Tranquilino

Lucas Alves Lima

Raquel Calixto Rodrigues da Silva

Felipe Paulino da Silva

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/45-54

CAPÍTULO 6.....55

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REVISÃO INTEGRATIVA

Darly Suyane Felix Silva

Valterlúcio dos Santos Sales

Emmily Petícia do Nascimento Sales

Kenya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa

Felipe Paulino da Silva_

Rufina Aparecida Matos de Alencar

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/55-66

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS EDUCATIVAS SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA

Felipe Paulino da Silva¹;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2736741621861701>

Glauberto da Silva Quirino²;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6349376581215170>

Cinthia Gondim Pereira Calou³;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2494645198162452>

Joseph Dimas de Oliveira⁴;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4646889847187266>

Milena Silva Ferreira⁵;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4220843469523266>

Miranilton Lucena de Sousa⁶;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/3861242164780624>

Elian Santos Ferreira⁷;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4548757224409586>

Vinícius Alves de Alencar Oliveira⁸;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/9611322640585437>

Darly Suyane Felix Silva⁹.

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7193274951413143>

RESUMO: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são infecções contagiosas e de alta prevalência de casos subnotificados gerando preocupação do setor saúde, especialmente direcionada aos adolescentes. A adolescência é um período de crescimento e desenvolvimento, incluindo o desenvolvimento sexual. A falta de conhecimento adequado sobre práticas sexuais seguras pode aumentar o risco das ISTs nessa faixa etária. Dessa forma, este estudo objetivou revisar a literatura sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, a educação em saúde do adolescente e material educativo para promoção da saúde do adolescente. Este capítulo trata de uma revisão narrativa da literatura. A discussão ampliada do assunto foi dividida em três tópicos: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Educação em saúde do adolescente e Material educativo para promoção da saúde do adolescente. Constata-se que, fornecer informações precisas sobre a prática do sexo seguro, associado aos modos prevenção dessas ISTs por meio de metodologias lúdicas, como jogos de tabuleiros educativos, possibilitam promover a informação e reduzir o estigma em torno dessas infecções tencionando a transformá-los em agentes de mudança e protagonistas do cuidado com sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Adolescentes. Tecnologia educacional. Ludoterapia.

HEALTH EDUCATION AND EDUCATIONAL TECHNOLOGIES ON SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN ADOLESCENCE

ABSTRACT: Sexually Transmitted Infections (STIs) are contagious infections with a high prevalence of underreported cases, generating concern in the health sector, especially among adolescents. Adolescence is a period of growth and development, including sexual development. Lack of adequate knowledge about safe sex practices can increase the risk of STIs in this age group. As such, this study aimed to review the literature on Sexually Transmitted Infections, adolescent health education and educational material for promoting adolescent health. This chapter is a narrative review of the literature. The broader discussion of the subject was divided into three topics: Sexually Transmitted Infections; Adolescent Health Education and Educational Material for Promoting Adolescent Health. It was found that providing accurate information on practicing safe sex, combined with ways of preventing these STIs through playful methodologies, such as educational board games, makes it possible to promote information and reduce the stigma surrounding these infections, with the intention of transforming them into agents of change and protagonists in caring for their health.

KEY-WORDS: Sexually Transmitted Diseases. Adolescent. Educational Technology. Play Therapy.

1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são infecções contagiosas e possuem como agentes etiológicos: vírus, bactérias, fungos e protozoários. São transmitidas, sobretudo, por via sexual direta ou indireta e de forma eventual por via sanguínea, durante a gestação, no parto e através da amamentação (SOUSA, 2018).

As IST's eram chamadas de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A mudança de nomenclatura foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para melhor abranger as infecções contagiosas assintomáticas. Dessa forma, seria inadequado chamá-las de doença, afinal, é possível uma pessoa possuir e transmitir uma dessas infecções, mesmo sem apresentar sinais e sintomas (BRASIL, 2016).

Além da mudança de sua nomenclatura é importante que se tenha conhecimento diante da repercussão dessas infecções na sociedade. Ainda se tem um índice alto de casos subnotificados o que gera preocupação do setor saúde, sobretudo pelo fato de seus aspectos preventivos serem de baixo custo (BARBOSA *et al.* 2022).

Segundo o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde são consideradas como IST: cancro mole, clamídia, gonorreia, condiloma acuminado (HPV), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), doença inflamatória pélvica (DIP), donovanose, herpes, infecção pelo vírus t-linfotrópico humano (HTLV), linfogranuloma venéreo, sífilis e tricomoníase (BRASIL, 2016).

Essas infecções remontam à Idade Média, quando a higiene e sanitização eram precárias. Ao longo dos anos, no entanto, a epidemiologia evoluiu e assumiu o papel de estudar novos casos e desenvolver novas abordagens para as práticas de prevenção e controle de IST na sociedade (RAMOS *et al.* 2016).

As IST encontram-se entre as causas mais comuns de infecções no mundo e persistem como problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016, estimou uma incidência de 376,4 milhões de casos de IST curáveis, entre os quais destacaram-se 127,2 milhões de casos de clamídia; 86,9 milhões de gonorreia; 6,3 milhões de sífilis. No Brasil, as estimativas desse agravo na população sexualmente ativa, a cada ano, são: 937 mil casos de sífilis; 1.541.800 de gonorreia; 1.967.200 de clamídia; 640.900 de herpes genital e 685.400 com HPV (SOUZA, 2018; ROWLEY *et al.* 2019).

Dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids, revelaram que no Brasil houve um aumento de 64,9% das ISTs entre adolescentes de 15 a 19 anos, entre 2009 e 2019.

E segundo o *Center for disease control and prevention*, estima-se que os adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos respondiam por quase metade dos 26 milhões das novas ISTs que ocorreram nos Estados Unidos em 2018, ressaltando que a incidência dessas infecções está aumentando em todo mundo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2019).

Os índices alarmantes das IST podem estar relacionados à situação precária dos serviços de saúde, assim como à precariedade da educação sexual. A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), a sífilis e as hepatites virais são as doenças mais presentes na adolescência (SILVA *et al.* 2021; LIMA *et al.* 2022).

Um estudo desenvolvido por Chaves *et al.* (2021), enfatizou que o início da vida sexual dos adolescentes varia de sete a 19 anos, com maior representatividade aos 15 anos de idade. A maioria, 87,7% nunca usaram camisinha em sexo oral e 79,7% nunca usaram durante a relação sexual anal.

Além disso, Costa *et al.* (2019) pontuam que os adolescentes do sexo masculino são mais vulneráveis às ISTs, com idades entre 11 e 14 anos, de cor não branca. Esses, tornam-se mais vulneráveis devido à exposição mais intensa a pessoas de seu convívio com as quais não possuem, necessariamente, um vínculo amoroso (SASASKI *et al.* 2015).

Esses levantamentos de dados estatísticos organizados e pontuados, apresentam índices alarmantes da proliferação de ISTs, caracterizando como um problema de saúde, principalmente quando relacionados a pessoas de baixa renda social, baixo nível de escolaridade e de cor negra, sendo transmitidas principalmente no contexto das relações sexuais sem o uso do preservativo (ALMEIDA *et al.* 2017).

2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

As altas taxas de incidência e prevalência de ISTs no Brasil, expõem os indivíduos a complicações mais graves, podendo levar a infertilidade, ao câncer cervical, anal e peniano. Ademais, aumenta o risco de infecção pelo HIV (SOUZA, 2018).

Chaves *et al.* (2021) identificaram comportamentos que denotam indícios de vulnerabilidade na adolescência sobre o risco de contrair alguma IST, ressaltam principalmente no que se refere à decisão sobre o uso do preservativo, os meios de obtenção do conhecimento sobre as IST's e o fato de não reconhecerem os riscos a que estão expostos.

Nesse cenário, o processo de educação em saúde necessita ser inserido no contexto de vida dos adolescentes, pois possibilita, sobretudo, a comunicação com esse público. Em seu escopo, esse processo educacional contribui ao adolescente a possibilidade de realizar escolhas a partir de uma consciência crítica sobre suas ações (JÚNIOR *et al.* 2019). Aspecto que se remete à promoção da saúde.

Ressalta-se a promoção da saúde nas escolas como fator importante para o desenvolvimento saudável da população, uma vez que os adolescentes se encontram nesse espaço em processo de formação e podem se tornar adultos saudáveis (SCHNEIDE *et al.* 2022).

Para promover ações articuladas entre saúde e educação, contribuindo para a formação integral de alunos da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE) em 2007 (BRASIL, 2020).

De acordo com Machado (2021), a eficácia dos programas de educação em saúde necessita considerar a complementaridade existente entre promoção de saúde escolar e políticas públicas estabelecidas para essa finalidade, considerando os diferentes sujeitos, com seus modos de pensar e de fazer saúde e articular diferentes setores.

Além disso, o DDAHV, bem como os Programas Estaduais e Municipais de DST/AIDS, vem intensificando esforços com o objetivo de ampliar o acesso universal e gratuito aos preservativos, para estimular a prática de sexo protegido, estratégia destinada a reduzir a ocorrência de IST's, inclusive o HIV (PINTO *et al.* 2018).

Lima *et al.* (2022) corroboram pontuando que estratégias de abordagens a respeito do assunto devem ser elaboradas com a finalidade de favorecer a interação e participação dos adolescentes nas ações de saúde sexual, intensificando o conhecimento e uso de preservativos correto, objetivando as intervenções preventivas das IST.

O desenvolvimento de debates por educadores e profissionais de saúde sobre sexualidade, em ação conjunta com os pais, visam ser bastante significativos e satisfatórios na adolescência, tendo em vista que algumas infecções, como o HIV, o condiloma e a tricomoníase são as enfermidades que mais acometem os adolescentes, necessitando de intervenção mais técnica e lúdica para o seu cuidado (SOUZA; FERREIRA, 2020).

3 MATERIAL EDUCATIVO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE

O processo de avaliação e adoção de tecnologias em saúde no Brasil mudou consideravelmente nos últimos anos. No entanto, ainda precisa de mais melhorias e é identificada como uma área de pesquisa prioritária (LIMA *et al.* 2019).

Objetivando garantir a integralidade da atenção à saúde dos adolescentes, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessária a aplicação de novas metodologias que integrem ações intersetoriais e interdisciplinares (BRASIL, 2010).

Dessa maneira, o crescente uso das tecnologias para construção do conhecimento, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) aparecem como ferramenta de discussão e formação crítico-reflexiva, que podem ampliar os caminhos da educação em saúde (BASTOS *et al.* 2018).

Estão se desenvolvendo em um ritmo acelerado e intensificado no cenário mundial, sendo as de configuração educativa bem aceitas por todos como estratégia de subsidiar a produção do cuidado (DOURADO *et al.* 2021).

Consistem em processos concretizados a partir da experiência cotidiana do cuidar em saúde e, desse modo, são derivadas de pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de atividades objetivando gerar e aplicar conhecimentos, dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, tornando-a uma abordagem científica (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014).

O uso de tecnologias em saúde estabelece uma abordagem de temas de interesse do público adolescente e o uso de recursos atrativos e dinâmicos, constituindo-se como elementos para promover a atenção na exposição e discussão da temática contribuindo favoravelmente para o êxito das ações (GONÇALVES *et al.* 2020).

Além disso, a tecnologia no ambiente de ensino, atua promovendo um novo espaço, oportuniza o uso de práticas educacionais adequadas e possibilita uma nova concepção do conhecimento, instigando a capacidade criativa do aluno (KLEIN *et al.* 2020).

Um estudo desenvolvido por Souza *et al.* (2017) relacionando aplicação de um jogo com um grupo restrito de adolescentes a respeito da sexualidade, permitiu observar que possibilitou para o jogador simular um personagem, compartilhar ideias e vivências sobre sexualidade, sem se sentir forçado ou coagido para o cumprimento de uma atividade educativa.

Para Araújo *et al.* (2022) adaptar tecnologias de acordo com os diferentes contextos socioculturais é primordial, assim como adequar abordagens conforme as necessidades de cada realidade.

A estratégia permite que ferramentas sejam desenvolvidas, organizadas ou utilizadas e operadas de forma ordenada por meio de processos interativos e dinâmicos de promoção da saúde (JIN; BRIDGE, 2014).

A utilização de tecnologias da informação e comunicação mostrou-se capaz de fortalecer o processo ensino-aprendizagem mediante o incentivo da autonomia do educando (MOTA *et al.*, 2019).

Em revisão feita por Dourado *et al.* (2021) verificou-se que essas tecnologias tornam os adolescentes protagonistas no espaço de atividades por meio da participação libertadora e os inspiram a se tornarem participantes ativos e reflexivos na experiência de ensino, em vez de meros espectadores.

Desse modo, aponta-se que a utilização das tecnologias na ação de educação em saúde como estratégia política pedagógica, transcende os modelos tradicionais ao focar na autonomia individual e na construção do conhecimento, tornando o adolescente protagonista no processo educativo (REYNOLDS; SUTHERLAND; PALACIOS, 2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O público adolescente é vulnerável para contrair as infecções sexualmente transmissíveis levando em consideração a falta de conhecimento e o início precoce das práticas sexuais sem o uso do preservativo. Para mais, esse estudo confirma pesquisas anteriores que reforçam a importância da educação em saúde com intuito de instruir os adolescentes a tomarem decisões pactuada com o conhecimento e que sejam de preferência associadas com tecnologias educativas que facilitem a compreensão e prendam a atenção dos envolvidos objetivando a interação e possibilite a reflexão crítica sobre seu comportamento sexual e a adesão de medidas preventivas. Ressalta-se que a atuação de promoção da saúde nesse aspecto é primordial, e ela pode se dar desde o aconselhamento até clarificação de dúvidas, destacando-se o exercício da função de educador social.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste capítulo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. A. S.; CORRÊA, R. G. C. F.; ROLIM, I. L. T. P.; HORA, J. M.; LINARD, A. G.; COUTINHO, N. P. S.; OLIVEIRA, P. S. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 1033-1039, 2017.

ARAÚJO, K. C.; SOUZA, A. C.; SILVA, A. D.; WEIS, A. H. Tecnologias educacionais para abordagens de saúde com adolescentes: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.

BARBOSA, A. G. F.; MELO, B. R.; SOUZA, L. V.; AOYAMA, E. A. Atuação do enfermeiro na promoção de saúde sexual e reprodutiva no contexto escolar. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 4, n. 4, p. 37-45, 2022.

BASTOS, I. B.; SILVA, I. A. B.; CAVALCANTE, A. S. P.; VASCONCELOS, M. I. O. Utilização das tecnologias de informação e comunicação para a saúde do adolescente: uma revisão integrativa. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 19, n. 2, 2018.

BRASIL. Ministério Da Saúde - Boletim Epidemiológico HIV/AIDS - 2016. 2016. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>>. Acesso em 01 jan. 2023

BRASIL. Ministério Da Saúde- Boletim Epidemiológico HIV/AIDS - 2014. 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/73>>. Acesso em 22 de nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde na Escola** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2022 Nov 24]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2018. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2019. DOI: 10.15620/cdc.79370

CHAVES, C. S.; ROUBERTE, E. S. C.; COSTA, E. C.; MOURA, A. D. A.; RODRIGUES, V. C.; SOUZA, A. L. S.; DANTAS, I. A. Vulnerabilidade dos adolescentes às infecções sexualmente transmissíveis/HIV/Vulnerability of adolescents to sexually transmitted infections/HIV. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4880-4898, 2021.

COSTA, M. I. F.; VIANA, T. R. F.; PINHEIRO, P. N. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; BARBOSA, L. P.; LUNA, I. T. Social determinants of health and vulnerabilities to sexually transmitted infections in adolescents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1595-1601, 2019.

DOURADO, J. V. L.; ARRUDA, L. P.; PONTE, K. M. A.; SILVA, M. A. M.; JUNIOR, A. R. F.; AGUIAR, F. A. R. Tecnologias para a educação em saúde com adolescentes: revisão integrativa. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 2, p. 235-254, 2021. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.85639>

GONÇALVES, G. A. A.; SILVA, K. V. L. G.; SANTOS, R. L.; MACHADO, M. F. A. S.; REBOUÇAS, C. B. A.; SILVA, V. M. Percepções de facilitadores sobre as tecnologias em saúde utilizadas em oficinas educativas com adolescentes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-7, 2020. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20200002

JIN, J.; BRIDGES, S. M. Educational technologies in problem-based learning in Health Sciences education: A systematic review. *J Med Internet Res*. v. 16, n. 12, pág. e3240, 2014. <https://doi.org/10.2196/jmir.3240>

JÚNIOR, A. R. C.; OLIVEIRA, M. A.; SILVA, M. R. F. Promovendo educação em saúde com adolescentes: estratégia didática e experiência discente. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 2, p. 175-184, 2019.

KLEIN, D. R.; CANEVESI, F. C. S.; FEIX, A. R.; GRESELE, J. F. P.; WILHELM, E. M. S. Tecnologia na educação: evolução histórica e aplicação nos diferentes níveis de ensino. **EDUCERE - Revista da Educação, Umuarama**, v. 20, n. 2, p. 279-299, 2020.

LIMA, G. S.; SOUZA, L. V.; FARIAS, M. R.; CALDEIRA, A. G.; AOYAMA, E. A. Conhecimento dos adolescentes com relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Revista Brasileira**

Interdisciplinar de Saúde, v. 4, n. 3, p. 12-9, 2022.

LIMA, S. G. G.; BRITO, C.; ANDRADE, C. J. C. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1709-1722, 2019.

MACHADO, V. A.; PINHEIRO, R.; MIGUEZ, S. F. Education and freedom in school health promotion: comprehensive perspectives on political action as a power in school communities. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

MOTA, N.P.; VIEIRA, C. M. A.; NASCIMENTO, M. N. R.; BEZERRA, A. M.; QUIRINO, G. S.; FÉLIX, N. D. C. Aplicativo móvel para ensino da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1077-1084, 2019.

NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro. Porto Alegre (RS): Moriá; 2014.

PINTO, V. M.; BASSO, C. R.; BARROS, C. R. S.; GUTIERREZ, E. B. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2423-2432, 2018.

RAMOS, F. L. P.; HORA, A. L.; SOUZA, C. T. V.; PEREIRA, L. O.; HORA, D. L. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. ESP, p. 221-229, 2016.

REYNOLDS, C.; SUTHERLAND, M. A.; PALACIOS, I. Exploring the use of technology for sexual health risk-reduction among Ecuadorean adolescents. *Ann Glob Health*, vol. 85, n. 1, 2019. <https://doi.org/10.5334/aogh.35>

ROWLEY, J.; HOORN S. V.; KORENROMP, E.; LOW, N.; UNEMO, M.; ABU-RADDAD, L. J.; CHICO, R. M.; SMOLAK, A.; NEWMAN, L.; GOTTLIEB, S.; THWIN, S. S.; BROUTET, N.; TAYLO, M. M. Chlamydia, gonorréia, tricomoníase e sífilis: prevalência global e estimativas de incidência, 2016. **Boletim da Organização Mundial da Saúde**, v. 97, n. 8, pág. 548-562P, 2019. Available from: <https://dx.doi.org/10.2471%2FBLT.18.228486>

SASASKI, R. S. A.; LELES, C. R.; MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; FREIRE, M. C. M. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 95-104, 2015. doi: 10.1590/1413-81232014201.06332014

SCHNEIDER, S. A.; MAGALHÃES, C. R.; ALMEIDA, A. N. Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. *Interface (Botucatu)*. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 2022.

SILVA, F. P.; MORAIS, L. P.; MOTA, W. S.; QUIRINO, G. S. Dúvidas sobre infecções sexualmente transmissíveis de adolescentes: revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm.**

UFPE on line, v. 15. n, 2, p. 1-24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247967>

SOUZA, J. C.; FERREIRA, J. S. Ações do programa saúde na escola no contexto das equipes de saúde da família. **Biológicas & Saúde**, v. 10, n. 35, p. 40-52, 2020.

SOUZA, L. S. **Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das Infecções Sexuais Transmissíveis (ISTs) nas escolas públicas do município de Aracaju/SE**. Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia. Universidade Federal de Sergipe. 2018.

SOUZA, V.; GAZZINELLI, M. F.; SOARES, A. N.; FERNANDES, M. M.; OLIVEIRA, R. N. G.; FONSECA, R. M. G. S. O jogo como estratégia para abordagem da sexualidade com adolescentes: reflexões teórico-metodológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 376-383, 2017.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ingrid Christyne Ferreira de Sousa¹;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<https://lattes.cnpq.br/3564779940514109>

Vitória de Cássia Félix Rebouças²;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4423631244267147>

Rosely Leyliane dos Santos³;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6767360869167673>

Sarah Lima Pinto⁴;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/9614756398723549>

Marcia Eduarda Nascimento dos Santos⁵;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7607912674670624>

Welligton Nogueira de Oliveira Pereira⁶;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0083264977997432>

André Lucas Café Lopes⁷;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<https://lattes.cnpq.br/6685432888100249>

Damiana Galdino Viana⁸;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5656535070160623>

Luyanne da Silva Sousa⁹;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2508082533677691>

José Armando Silva De Lima¹⁰.

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2508082533677691>

RESUMO: Inicialmente, os conceitos de processos de saúde e doença foram compreendidos e aplicados com base nas crenças e culturas de diferentes civilizações. Os cuidados prestados ao paciente eram, conseqüentemente, prestados no próprio local de residência ou em abrigos, de acordo com as condições prevaletentes e os meios possíveis. Com a evolução da enfermagem, teorias e conhecimentos foram desenvolvidos para a prática do cuidado de forma científica e eficaz, dentro disso pode-se citar a Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) que objetiva organizar e orientar o trabalho da equipe de enfermagem. Dentro do cenário da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a SAE torna-se imprescindível diante do grau de gravidade dos pacientes deste setor, promovendo benefícios para os profissionais e os clientes.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Initially, the concepts of health and disease processes were understood and applied based on the beliefs and cultures of different civilizations. The care provided to the patient was, consequently, provided at the place of residence or in shelters, according to the prevailing conditions and possible means. With the evolution of nursing, theories and knowledge were developed to practice care in a scientific and effective way, within which we can mention the Systematization of Nursing Care (SAE), which aims to organize and guide the work of the nursing team. Within the Intensive Care Unit (ICU) scenario, SAE becomes indispensable given the degree of severity of patients in this sector, promoting benefits for professionals and clients.

KEY-WORDS: Nursing. Systematization of Nursing Care. Intensive care unit.

INTRODUÇÃO

No início dos tempos o conceito de processo-saúde-doença era compreendido e aplicado com base em crenças e culturas das civilizações. Sendo assim, os cuidados prestados às pessoas adoecidas eram ofertados de acordo com as condições e meios possíveis da época, dentro do próprio local residencial ou em abrigos que atuavam como morada (MORAIS,2015). Dentro deste contexto, vale ressaltar que por muito tempo o

papel da enfermagem efetivou-se por meio de mães, sacerdotes, curandeiros e religiosos (OLIVEIRA, PAULA e FREITAS, 2008).

Daher, Santo e Escudeiro (2002) evidenciam que por volta do século XIX, o modelo cientificista surge como discussão para ir contra à concepção mágico-religiosa presente na sociedade desde então. Nesse período, o nome de Florence Nightingale ganha relevância na enfermagem a partir dos conhecimentos sistematizados por ela, estabelecendo “uma nova arte e uma nova ciência”, para o qual é necessário uma formação científica e organizada.

Em 1854 a 1856, Nightingale serviu como enfermeira civil e voluntária na Guerra da Criméia, onde ao chegar ao acampamento se deparou com os soldados em estado crítico e de abandono e a mortalidade chegava a 40% (DE BARROS; LOPES, 2010).

Florence desenvolveu os conceitos filosóficos da teoria da enfermagem com base em observações sistemáticas e registros estatísticos extraídos de sua experiência prática no cuidado diário dos pacientes. A partir dessa experiência, adquiriu-se quatro conceitos básicos: pessoas, meio ambiente, saúde e cuidado. Vistos como revolucionários na época, esses conceitos modificaram-se e ainda são considerados os fundamentos humanísticos da enfermagem, revigorados pela teoria holística (FERREIRA et al., 2020)

A assistência de enfermagem foi evoluindo cientificamente cada vez mais, mobilizando assim os enfermeiros a questionarem os padrões tradicionais e a se aperfeiçoarem na arte do cuidar. Na década de 1950, surgiu a necessidade de construir um conhecimento mais específico com a elaboração de teorias próprias cuidar (TANNURE; PINHEIRO, 2020).

Segundo Fialho, Pagliuca e Soares (2002) teorias instituem um olhar sistemático para o mundo explicando-o, prevendo-o ou controlando-o. Desse modo, a teoria de enfermagem é definida como uma conceituação articulada e comunicada de uma realidade, invenção ou descoberta com o objetivo de descrever, explicar, prever ou prescrever enfermagem.

Com o acontecimento da Segunda Guerra, os enfermeiros norte-americanos se organizaram em associações e refletiram sobre a posição da profissão. A partir disso, a enfermagem passou a ter um olhar mais holístico e focado no ser humano ao invés da patologia, pois os enfermeiros começaram a seguir com um processo interpessoal direcionado a promoção da saúde e percebendo os pacientes como um ser humano que precisa de cuidado (TANNURE; PINHEIRO, 2020; FERREIRA et al., 2020).

Ainda em 1950, Virginia Henderson e Faye Glenn Abdellan sob a perspectiva percorrida anteriormente, sugeriram que os diagnósticos de enfermagem deveriam ser diferentes dos diagnósticos médicos. Na década de 1960, houve nos Estados Unidos uma liberação de verbas para doutorados em enfermagem o que possibilitou ainda mais a evolução da profissão (TANNURE; PINHEIRO, 2020). Em 1973, ocorreu nos EUA a primeira conferência sobre os diagnósticos de enfermagem que abordava os estudos acerca da produção da Taxonomia I da NANDA (DOS SANTOS, 2014).

No Brasil, em 1970, Wanda de Aguiar Horta com base na teoria de Maslow da motivação humana adaptou para a enfermagem e elencou a observação, interação e intervenção do profissional enfermeiro junto ao paciente para atender as suas necessidades básicas e assim desenvolveu o processo de enfermagem (REGIS,2006).

Segundo Horta, o processo de enfermagem é um procedimento sistematizado e interrelacionado com foco na assistência do ser humano. Para ela, o PE se consistia em seis fases sendo eles o histórico de enfermagem (a coleta de dados do paciente), o diagnóstico de enfermagem (identificação das necessidades do ser humano), plano assistencial (A assistência que o indivíduo deve receber conforme o diagnóstico estabelecido), plano de cuidados, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem). (KLETEMBERG,2006)

Nas décadas de 80 e 90, iniciou-se a ligação de vários conceitos e fundamentos que explicavam a proporção do processo do cuidar científico, sendo notável pelo desenvolvimento dos teóricos: Martha Elizabeth Rogers, Margareth Newman, Rosemary Rizzo Parse e Jean Watson (MORAIS,2015).

Em 1999, ocorreu a decisão e investimento por parte do Conselho Regional De Enfermagem de São Paulo com o intuito de implantar o PE de forma permanente nas instituições públicas e privadas em todo o estado. Logo após, em 2002 o conselho federal de enfermagem torna público a resolução nº272/2002 como suporte legal para a implementação desta metodologia em todo o território brasileiro no âmbito da saúde. Ela dispunha de que essa atividade era privativa do enfermeiro. Em 2009, o COFEN revoga a resolução de 2002 através da resolução 358/2009, determinando que somente o Diagnóstico de Enfermagem como privativo do enfermeiro (DOS SANTOS,2014).

Desta forma, nota-se que com o passar do tempo a profissão passou por grandes mudanças no que diz respeito a assistência científica, requerendo dos profissionais um pensamento crítico acerca do cuidado a procura de uma assistência íntegra, individual e sistematizada (MARCOMINI,2019).

Diante do exposto anteriormente, define-se Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma metodologia que busca guiar, planejar e organizar o processo de trabalho do enfermeiro com base em métodos científicos com o objetivo orientar as ações de enfermagem para uma melhor tomada de decisão e conduzir a qualidade administrativa-gerecncial do cuidado de enfermagem (DOS SANTOS et al.,2019).

Para que ocorra a sistematização da assistência de enfermagem se faz necessário o uso de métodos, e um deles é o Processo de enfermagem (PE) que consiste na disponibilização de um plano de cuidados ao paciente, com etapas intercaladas e fundamentado em um julgamento clínico com suporte de uma teoria, além disso, documenta a prática assistencial (DOS SANTOS et al.,2019) Este instrumento é aplicado na prática da profissão seguindo três perspectivas sendo elas a objetividade, organização e propriedade. A objetividade é o foco individualizado em que o enfermeiro se comunica com o indivíduo corroborando seu raciocínio clínico com o mesmo. A organização diz respeito as fases dissemelhantes e

inter-relacionadas entre si. E as propriedades são expostas como intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado nas teorias de enfermagem (SOUZA, SANTOS e MONTEIRO, 2013).

As etapas do PE preconizadas pelo Conselho Federal de enfermagem respectivamente são: Histórico de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

A primeira etapa é o Histórico de Enfermagem ou Coleta de dados consiste na obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e sobre um dado momento do seu processo-saúde doença. A segunda etapa, Diagnóstico de Enfermagem é o processo onde o enfermeiro interpreta e agrupa os dados coletados na primeira etapa e que resulta na tomada de decisão dos diagnósticos de enfermagem que representa com mais exatidão a resposta humana e assim se torna a base para a escolha das intervenções em que objetiva alcançar os resultados esperados. A terceira etapa, o Planejamento de enfermagem, determina os resultados que se almeja alcançar e as ações de enfermagem que serão realizadas. Na quarta etapa, a Implementação, consiste na execução das ações ou intervenções de enfermagem em que foram determinadas na etapa anterior. E por fim a quinta etapa, equivale a Avaliação de Enfermagem, no qual verifica as mudanças nas respostas humanas e determina se as ações de enfermagem alcançaram o resultado esperado. (COFEN, 2009)

Nesta vertente, as etapas do PE contextualizam-se nas seguintes taxonomias: NANDA Internacional (NANDA-I), Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (SILVEIRA et al, 2021). Se faz necessário o uso de taxonomias para uma linguagem clara e padronizada entre os profissionais de enfermagem (RIBEIRO,2015).

A NANDA surgiu na década de 1970, quando os enfermeiros se depararam que era possível realizar diagnósticos distintos dos diagnósticos médicos e de forma holística. A partir de 2002, esta terminologia passa a ser chamada de NANDA I. Ela oferta uma maneira de classificar e categorizar questões do enfermeiro. Dividida em 13 domínios, 47 classes e 267 diagnósticos. Desta forma um diagnóstico pode ser focado em um problema, um estado de promoção da saúde ou um risco em potencial e com base nisso, cabe ao enfermeiro julgar clinicamente o caso (HERDMAN,2018,2021).

A NIC foi fundada em 1987 em que padroniza as intervenções realizadas por enfermeiros vinculadas a NANDA e a NOC. Essa taxonomia conta com 565 intervenções e quase 13.000 atividades que estão organizadas em sete domínios e trinta classes (BULECHEK et al, 2020). Notou-se que seria necessária a construção de uma terceira taxonomia retratando os resultados esperados, e assim surgiu a NOC na qual foi formada em 1991 e a primeira edição publicada em 1997. O enfermeiro tem o dever de monitorar e supervisionar o fornecimento da assistência diária aos pacientes. Esta classificação está

estruturada com 385 resultados (MOORHEAD et al,2015).

A CIPE é uma taxonomia padronizada que foi criada pela CIE como um meio de informação com o intuito de retratar a prática da enfermagem e utiliza sete eixos para elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. O enfermeiro necessita usufruir de uma habilidade de raciocínio clínico aperfeiçoada para seu uso (RIBEIRO,2015).

Dessa maneira, constata-se que SAE e PE possuem significados distintos, mas estão inter-relacionados visto que a instrumentalização da SAE se dá através, principalmente, pela utilização do PE, o que pode confundir os profissionais e fazê-los entender que são sinônimos (ABRANTES,2010).

Em frente a um cenário onde um paciente é submetido a uma internação em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) se torna propenso a danos orgânicos presentes e potenciais que podem expô-lo ao risco de vida. Este setor é completamente diferente das demais unidades de internação e, principalmente, do ambiente em que vivem os pacientes e seus familiares, no âmbito residencial. A admissão na UTI interrompe abruptamente o estilo de vida dos sujeitos, incluindo seus relacionamentos e papéis. Sua identidade é seriamente afetada. Devido à gravidade da doença, geralmente não é considerado um sujeito com direito de escolher, decidir, opinar, compartilhar, expressar e saber. Deste modo, este cliente se torna dependente dos cuidados da equipe de saúde, principalmente da enfermagem (NASCIMENTO ,2004).

Sob esta perspectiva, a Unidade de Terapia Intensiva é vista como o campo mais complexo e avançado nos sistemas hospitalares e assim a implementação da SAE por meio do PE vem a ser imprescindível e fundamental. A enfermagem intensivista é complexa e trabalhosa pois os profissionais se deparam com situações clínicas difíceis em que exigem uma precaução e manejo redobrado, além da integração consistente, correta, segura e humanizada dos instrumentos de cuidados, principalmente a beira leito. Decerto, o PE fortalece a organização e a estrutura do setor, pois contribui na qualidade da assistência prestada de forma positiva e assegura a segurança da equipe de enfermagem (OLIVEIRA et. al., 2012)

Nietzsche (2000), descreveu que a prática de procedimentos técnicos na unidade de terapia intensiva possui uma supervalorização resultando em uma assistência robotizada e focada somente na sintomatologia das patologias, o que dificulta a oferta de um cuidado holístico e com foco no ser humano. Além disso, ressalta que procedimentos e técnicas são importantes principalmente neste setor, no entanto não são suficientes para atender as necessidades humanas básicas de forma integral e humanizada, tão pouco proporciona a satisfação profissional. (ALVES,2008)

Dentro desta vertente, a prática do Processo de Enfermagem corre o risco de se tornar só mais uma tarefa burocrática a ser realizada, assim como evidencia Alves (2008) em seu estudo. Além disso, no ambiente hospitalar, por muitas vezes o enfermeiro realiza atribuições não pertencentes a sua profissão, e assim exerce atividades de outros

profissionais e/ou atividades de cunho administrativo resultando no desvio do cumprimento das suas atribuições e contribuindo para a não implementação da SAE (ANDRADE; VIERA, 2005).

Por fim, um estudo realizado no Rio Grande do Sul evidenciou que apesar dos obstáculos existentes, o PE propicia benefícios para assistência, como por exemplo, potencializar a qualificação da assistência e a organização do trabalho, o empoderamento e a autonomia profissional do enfermeiro e segurança para o profissional e o paciente (MOREIRA, 2021). Nesse interim, essas competências provenientes deste instrumento são de suma importância quando implantadas na UTIs, pois este ambiente contém pacientes com perfil crítico de saúde na qual existe uma gravidade na situação clínica e uma demanda de ações em que estão expostos e o PE proporciona um cuidado preciso e sistemático. O planejamento destas ações evita um trabalho repetitivo sem necessidade, além de assentir um replanejamento diário por uma reavaliação diária ou sempre que houver necessidade tanto no que diz respeito aos recursos humanos, físicos e materiais pertencentes no processo (SOUZA; 2013).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

MOREIRA, Raysa Fernandes et al. **Processo de enfermagem no ambiente hospitalar: potencialidades, fragilidades e estratégias vivenciadas por enfermeiros**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 11, 2021.

Oliveira ML de, Paula TR de, Freitas JB de. **Evolução histórica da assistência de enfermagem**. Cons. Saúde [Internet]. 7º de abril de 2008.

DAHER, Donizete Vago; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do; ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer. **Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes?**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, p. 145-150, 2002.

DE BARROS, Alba Lucia Bottura Leite; DE LIMA LOPES, Juliana. **A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem**. Enfermagem em foco, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

FERREIRA, Márcia de Assunção et al. **Fundamentos nightingaleanos, cuidado humano e políticas de saúde no Século XXI** Revista Enfermagem UERJ, v. 28, p. 50353, 2020.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. In: SAE: sistematização da assistência de enfermagem:

guia prático. 2011. p. 298-298.

FIALHO, Ana Virgínia de Melo; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; SOARES, Enedina. **Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, p. 715-720, 2002.

DOS SANTOS, Wenysson Noletto et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação.** JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

REGIS, Lorena Fagundes Ladeia Vitória; PORTO, Isaura Setenta. **A equipe de enfermagem e Maslow:(in) satisfações no trabalho.** Revista brasileira de enfermagem, v. 59, p. 565-568, 2006.

KLETEMBERG, Denise Faucz.; SIQUEIRA, Márcia Dalledone; DE FÁTIMA MANTOVANI, Maria; **UMA HISTÓRIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NAS PUBLICAÇÕES DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO 1960-1986a.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 478-486, 2006.

MORAIS, Lorraine Barreto et al. **Implicações para o processo de enfermagem na unidade de terapia intensiva.** Biológicas & Saúde, v. 5, n. 19, 2015.

MARCOMINI, Emilli Karine; PAULA, Nanci Vergínia Kuster de. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sob o âmbito teórico e prático.** Rev. enferm. UFPI, p. 81-84, 2019.

DOS SANTOS, Fabio Conceição et al. **Sistematização da assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe de enfermagem de um hospital público do norte do Brasil.** Nursing (São Paulo), v. 22, n. 256, p. 3155-3159, 2019.

SOUZA, Marília Fernandes Gonzaga de; SANTOS, Ana Dulce Batista dos; MONTEIRO, Akemi Iwata. **O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 167-173, 2013.

SILVEIRA, Anna Carla Delcy Araújo da et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem segundo o conhecimento de enfermeiros do ambulatório de um hemocentro.** Revista de Enfermagem da UFSM, [S. l.], v. 11, n.69, p. 1-17, 2021. DOI: 10.5902/2179769264111. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/64111>.

RIBEIRO, Grasielle Camisão. **Diagnóstico situacional da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade básica de saúde de Campinas-SP.** 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

HERDMAN, Heather T. Referência Bibliográfica: HERDMAN, Heather T.. **Diagnósticos de enfermagem da nanda-I: definições e classificados 2018-2020.**

BULECHEK, Bulechek et al. **NIC Classificação das intervenções de enfermagem.**

Elsevier Brasil, 2015.

MOORHEAD, Sue et al. **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2015.

ABRANTES, Rogéria Moreira de. **Sistematização da assistência de enfermagem na ótica de enfermeiros de unidades de terapia intensiva**. 2010. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; TRENTINI, Mercedes. **O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, p. 250-257, 2004.

OLIVEIRA, Ana Paula Cândido de et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Rev Rene, v. 13, n. 3, p. 601-612, 2012.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí: Ed. UNI JUÍ, 2000.

ALVES, Albertisa Rodrigues; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; JORGE, Maria Salete Bessa. **Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, p. 649-655, 2008.

ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. **Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, p. 261-265, 2005.

A CRISE HIPERTENSIVA E O MANEJO ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Vinícius Alves de Alencar Oliveira¹;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: 0000-0001-5602-0623.

Kelly Fernanda Silva Santana²;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: 0000-0002-7254-1944

Célida Juliana de Oliveira³;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: 0000-0002-8900-6833

Lucas Dias Soares Machado⁴;

Instituto Federal da Paraíba (IFPB), João Pessoa, Paraíba.

ORCID: 0000-0003-4450-3796

Felipe Paulino da Silva⁵;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: 0000-0001-7555-6239.

Marta Carol Taveira da Silva⁶;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5552048735590642>

Maria Joedna Ferreira Monteiro⁷;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: 0009-0009-6364-822X.

Miranilton Lucena de Sousa⁸.

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará. Currículo.

[lattes: http://lattes.cnpq.br/3861242164780624](http://lattes.cnpq.br/3861242164780624)

RESUMO: A crise hipertensiva é caracterizada por uma elevação abrupta dos níveis pressóricos, quando o valor da pressão arterial sistólica atinge um valor ≥ 180 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg. Diante disso, a crise hipertensiva pode ser compreendida como urgência hipertensiva, que pode cursar, por exemplo, com a cefaleia não específica e náuseas, mas não há lesões em órgão alvo; emergência hipertensiva, situação em que há iminência de morte e lesões em órgãos alvo como no cérebro e no coração; e há também, a pseudocrise hipertensiva, quando ocorre elevação transitória da pressão arterial em decorrência de episódios emocionais e dolorosos. Nesse sentido, o tratamento visa a diminuição dos níveis de pressão de maneira gradual no caso da urgência hipertensiva, ou de modo mais rápido como na emergência e na pseudocrise. Por conseguinte, dentro do manejo terapêutico, realiza-se a coleta da história clínica do paciente direcionada para a causa possível, além de uma abordagem de modo sistematizado com o exame físico e investigação complementar que auxiliem na verificação da presença de LOA aguda ou progressiva, para determinar o tratamento adequado. Desse modo, observa-se que a crise hipertensiva pode estar associada ao risco de morte e trata-se de uma condição clínica frequente. Com isso, é necessário garantir a participação ativa da Enfermagem no manejo adequado da crise hipertensiva, além de incentivo à capacitação e treinamento constante e multidisciplinar na abordagem nessas situações, o que possibilita reduzir o tempo à assistência adequada.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Cuidados de enfermagem. Atendimento de emergência.

HYPERTENSIVE CRISIS AND NURSING CARE MANAGEMENT IN EMERGENCY SERVICE

ABSTRACT: The hypertensive crisis is characterized by an abrupt rise in blood pressure levels, when the systolic blood pressure reaches a value ≥ 180 mmHg and/or the diastolic blood pressure ≥ 120 mmHg. In view of this, the hypertensive crisis can be understood as a hypertensive urgency, which can occur, for example, with non-specific headache and nausea, but there are no target organ lesions; hypertensive emergency, a situation in which there is imminent death and damage to target organs such as the brain and heart; and there is also hypertensive pseudocrisis, when there is a transient increase in blood pressure as a result of emotional and painful episodes. In this sense, treatment aims to reduce pressure levels gradually in the case of hypertensive urgency, or more quickly as in emergencies and pseudocrisis. Therefore, within the therapeutic management, the patient's clinical history is collected, directed to the possible cause, in addition to a systematic approach with physical examination and complementary investigation that assist in verifying the presence of acute or progressive LOA, to determine appropriate treatment. Thus, it is observed that the hypertensive crisis may be associated with the risk of death and is a common clinical condition. Therefore, it is necessary to guarantee the active participation of Nursing in the

adequate management of the hypertensive crisis, in addition to encouraging constant and multidisciplinary training and training in the approach to these situations, which makes it possible to reduce the time required for adequate assistance.

KEY-WORDS: Hypertension. Nursing care. Emergency care.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que os acometimentos cardiovasculares ocasionam diversas complicações e promovem 17 milhões de óbitos por ano. Dentre esses acometimentos se destaca a crise hipertensiva, que é caracterizada por uma elevação abrupta dos níveis pressóricos (Pierin *et al.*, 2019; Santin *et al.*, 2022).

Ademais, a crise hipertensiva ocorre quando essa elevação atinge uma pressão arterial sistólica ≥ 180 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg, sendo compreendida como uma emergência hipertensiva, urgência hipertensiva ou pseudocrise hipertensiva, como referido pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (Barroso, 2021).

Nesse contexto, a urgência hipertensiva pode cursar, por exemplo, com cefaleia não específica e náuseas, porém sem a presença de lesão em órgãos alvo (Barbosa *et al.*, 2022). Já na emergência hipertensiva há iminência de morte e lesões em órgãos alvo como no cérebro e no coração. Além disso, há a pseudocrise hipertensiva que se relaciona com estresse emocional e processos dolorosos psicológicos (Pessa *et al.*, 2022).

A crise hipertensiva pode ocorrer em indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou não. Sobre a HAS, ela caracteriza-se como uma doença crônica não transmissível (DCNT), multifatorial, determinada por fatores genéticos, epigenéticos e socioambientais. Dentre outros fatores específicos que oportunizam a doença, deve-se considerar o sobrepeso e/ou obesidade, ingestão elevada de sódio na alimentação e sedentarismo (Ribeiro *et al.*, 2022).

Os mecanismos da pressão arterial (PA) no indivíduo com hipertensão são determinados por uma variação entre o produto do débito cardíaco (DC) e a resistência vascular periférica total (RVPT), devido um descompasso na ativação do sistema nervoso simpático, estresse oxidativo e a alta absorção de sódio pelas células. Essa persistente hipertensão nas artérias incumbe uma redução gradativa e silenciosa da função renal, a qual ocasiona uma elevação do volume extracelular, impactando na carga de trabalho cardíaca (Lima *et al.*, 2021).

A emergência hipertensiva (EH) é uma condição grave e de ameaça da vida com possibilidade de comprometimento cardiovascular, cerebrovascular, edema agudo de pulmão, renal, entre outros. Vale destacar que é o status clínico do paciente que define a emergência. Essa ocorrência clínica, desse modo, requer uma redução rápida e gradual da hipertensão nas artérias com o acompanhamento e monitorização intensiva ao uso de fármacos endovenosos hipotensores (Mineli *et al.*, 2018).

Na urgência hipertensiva (UH) há uma elevação súbita da PA que pode cursar com confusão cognitiva, distúrbios visuais, tonturas e falta de ar. Na UH a pressão arterial diastólica apresenta nível pressórico de 120 mmHg, a qual pode ser tratada dentro de 24 horas, com a redução da PA por meio de anti- hipertensivos orais, sem apresentar riscos a sobrevida do indivíduo (Manuel *et al.*, 2022).

A pseudocrise hipertensiva (PCH), caracteriza-se pela elevação da PA sem LOA e sem risco iminente de morte, podendo ser confundida muito à situação de UH. Além disso, os indivíduos em PCH apresentam elevação transitória da PA diante de algum evento emocional como manifestações da síndrome do pânico e ansiedade ou ocasião dolorosa, com algum desconforto, como enxaqueca, cefaleias vasculares e tontura rotatória (Bortolotto *et al.*, 2018).

Por conseguinte, dentro do manejo terapêutico, faz-se necessária, inicialmente, a coleta da história clínica do paciente direcionada para a causa possível como descontinuação do uso de fármacos anti-hipertensivos (em particular inibidores adrenérgicos) em caso de HAS, ou utilização de substâncias que aumentem a PA. Realiza-se uma abordagem de modo sistematizado com o exame físico e investigação complementar que auxiliem na verificação da presença de LOA aguda ou progressiva (Barroso *et al.*, 2020).

Ademais, na consulta de enfermagem e triagem, deve-se identificar no histórico informações como sinais e sintomas sugestivos de problemas cardiovasculares como insuficiência cardíaca, doença artéria periférica e síndromes coronarianas agudas, neurovascular como encefalopatia hipertensiva e acidente vascular encefálico hemorrágico, além de doença renal e diabetes mellitus. Sinais como tontura, dispneia, cefaleia, parestesia, alterações visuais, precordiais e edema (Coren *et al.*, 2020).

Na avaliação, o enfermeiro deve realizar a aferição da PA com manguito adequado nos dois braços, monitorando continuamente até estabilização do quadro da elevação pressórica. Para identificação de EH deve ser realizado exames como a fundoscopia/exame do fundo de olho, eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma, radiografia de tórax, marcadores de necrose miocárdica, hemograma, creatinina entre outros. Ademais, deve atentar para a frequência cardíaca, alteração de pulso, estase jugular, saturação de oxigênio, sopro cardíacos entre outros (Steckelberg *et al.*, 2021).

Após a avaliação multidisciplinar e a identificação do diagnóstico clínico da crise hipertensiva no ambiente hospitalar, indica-se, por conseguinte o tratamento. Quando ocorre a UH, a conduta medicamentosa mais adequada é o uso do inibidor da enzima conversora de angiotensina e o bloqueador do canal de cálcio. Já na condição de EH são utilizados broncodilatadores, o nitroprussiato de sódio, o qual tem ação imediata, oxigenoterapia e anticonvulsivantes, a depender da LOA e quadro clínico sintomático (Torres *et al.*, 2022).

Na EH é imprescindível a redução instantânea e gradual sobre os níveis tensionais em minutos a horas, com monitoramento intensivo e uso de fármacos por via endovenosa. Isso por que ela pode se manifestar com um evento em órgão alvo. Já na UH, devido não

haver risco de morte iminente, a redução dos níveis de PA é mais lenta, em um período de 24 a 48 horas. Ademais, este estudo indaga a existência real do diagnóstico de Urgência Hipertensiva, pois a maior importância diagnóstica é os sinais e sintomas e LOA (Vilela-Martin *et al.*, 2020).

A respeito da prescrição farmacológica na UH, opta-se por inibidores adrenérgicos de ação central (clonidina, metildopa e rilmenidina), seguido dos inibidores da ECA. O segundo medicamento de escolha e mais utilizado nesses casos é o captopril com resultado alcançado em cerca de 20 minutos. Faz-se relevante salientar que no tratamento da UH se institui drogas anti-hipertensivas orais para uma redução gradual dos níveis pressóricos, enquanto que na EH, utiliza-se anti-hipertensivos parenterais para diminuição imediata da PA (Gebauer *et al.*, 2022).

Na identificação de LOA, no exame de fundo de olho procura-se identificar papiledema, hemorragias; exsudatos e alterações nos vasos como espasmos. Quanto a circunstâncias de acometimento renal observa-se edema ou desidratação periférica e hematúria, assim como os exames de creatinina sérica e ureia. Fatores neurológicos realiza-se tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de crânio e ao exame físico convulsões, rigidez de nuca, delírio ou coma. Condições cardiovasculares encontradas correspondem geralmente a dor torácica ou desconforto, dispneia e fadiga e para isso realiza-se a princípio o ECG (Barroso *et al.*, 2021).

Na avaliação física se prioriza a suspeita de LOA e a PA deve ser aferida em ambos os braços e em casos de assimetria, a aferição é realizada no membros inferiores, geralmente pelo enfermeiro. Nessa investigação deve-se identificar os medicamentos que o indivíduo já utiliza, assim como se já havia se medicado no dia. Deve-se atentar para o encaminhamento para acompanhamento do indivíduo que foi acometido com uma UH, pois apesar de não haver LOA, está associado a problemas cardiovasculares futuros (Pessa *et al.*, 2022).

Vale lembrar que os medicamentos utilizados na UH são orais e receber alta monitorada com segurança, apesar de que a PA continuará elevada em relação ao normal. Já na EH, há necessidade de internação até mesmo na UTI e medicamentos intravenosos e a redução pressórica deve ser imediata para reduzir as complicações nas LOA. Em nível hospitalar as drogas recomendadas são betabloqueadores, diuréticos, inibidores da angiotensina, antagonistas dos receptores de angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio (García *et al.*, 2020).

Quanto à prescrição medicamentosa, um estudo refere o captopril como sendo considerado uma das drogas mais seguras, quando usado via oral, em situações de elevação da PA, como crises hipertensivas, não estando associado à LOA. Nessa perspectiva, destaca-se o uso por via oral, uma vez que por via sublingual, a qual é amplamente utilizada erroneamente, trata-se de uma má prática não recomendada

pelas diretrizes. Isso devido ser potencialmente lesiva aos vasos e a possibilidade de perda farmacocinética na absorção quando usado via sublingual, o que pode diminuir seu efeito (Castro *et al.*, 2019).

Bortolloto *et al.* (2018) referem que não há evidências clínicas de alta qualidade suficientes para guiar o manejo medicamentoso em casos de EH, contudo, a Diretriz Brasileira de Hipertensão (Barroso, 2021) compreende o nitroprussiato de sódio enquanto droga de rápidos efeitos farmacológicos no organismo, atenuando em até 1 minuto a PA.

A função de assistência do enfermeiro no serviço de emergência inicia com a triagem, ou seja, a Enfermagem quem possui, geralmente, o primeiro contato com o indivíduo. O enfermeiro é responsável pela avaliação do estado de saúde, classificação de risco, encaminhamento e priorização do cuidado. O enfermeiro possui a competência de liderar a assistência de enfermagem, a qual deve ser precedida de tomada de decisões, habilidade clínica e comunicação clara para a redução dos erros e implementação eficaz no serviço de urgência e emergência (Silva *et al.*, 2022).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) ocorre por meio do Processo de Enfermagem, o qual sistematiza e torna o atendimento de acordo com as particularidades e necessidades do indivíduo. As intervenções comuns à enfermagem são manter o acesso venoso, realizar a oxigenoterapia e a monitorização com oximetria de pulso. Além disso, também intervém detectando sinais de hipofluxo cerebral ou coronariano, administrando medicamentos e, posteriormente, no estímulo do autocuidado e acompanhamento (Marciano *et al.*, 2021).

Ademais, é de fundamental importância que o enfermeiro realize orientações e incentivo ao tratamento do paciente, na sensibilização e adesão ao tratamento e auto cuidado, com foco no momento de crise na redução e o controle da PA. Não obstante, o profissional de enfermagem deve atuar de modo humanizado e com capacidade na tomada de decisões rápidas a fim de uma assistência de qualidade que evite muito sofrimento e até mesmo a morte (Lopes *et al.*, 2020).

Em casos de LOA com sinal, por exemplo, de dor torácica, a atuação do enfermeiro faz-se significativa na triagem hospitalar, quando realizada por profissionais habilitados. Nesse cenário, há uma melhora na identificação dos pacientes de maior risco e na redução de tempo de realização do ECG. Isso reduz o tempo de espera em casos de dor torácica e alterações de risco devido o alto nível de acurácia dos enfermeiros emergencistas (Nicolau *et al.*, 2021).

Desse modo, observa-se que a crise hipertensiva pode estar associada ao risco de morte e trata-se de uma condição clínica frequente. Com isso, deve-se estimular a capacitação e treinamento constante e multidisciplinar na abordagem nessas situações. Além disso, garantir a participação ativa da Enfermagem no manejo adequado da crise hipertensiva faz-se importante, tendo em vista a proximidade desse profissional com o paciente, o que possibilita reduzir o tempo à assistência adequada.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M. E. I., *et al.* Crise hipertensiva: atuação da enfermagem em uma unidade de emergência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 11747-11757, 2022.

BARROSO, W. K. S., *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial- 2020. **Arq Bras Cardiol.**, v.116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BORTOLOTTI, L. A., *et al.* Crises hipertensivas: definindo a gravidade e o tratamento. **Rev Soc Cardiol.** v. 28, n. 3, p. 254-9, 2018.

CASTRO, D. F., *et al.* Análise das prescrições farmacológicas para pacientes em crise hipertensiva em Unidade de Pronto Atendimento de Gurupi – Tocantins. **Revista Amazônia: Science & Health**, v. 7, n 3. p. 2318-1419, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ. *et al.* **Cuidado à saúde na atenção à hipertensão na atenção primária de saúde (aps): protocolo de enfermagem.** p. 26-30, 2020.

GARCÍA, L., *et al.* Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. **Revista de salud publica del Paraguay**, v. 10, n. 2, p. 59-66, 2020.

GEBAUER, D.S.N., *et al.*, Perfil dos pacientes com crise hipertensiva atendidos em uma unidade de pronto atendimento. **Cienc Cuid Saude.** v. 21, e57088, 2022.

LIMA, T. E. *et al.* “Hipertensão arterial: Uma revisão sistemática / Hypertension: A systematic review.” **Brazilian Journal of Health Review** v. 4, n. 4, p. 16417-16427, 2021.

LOPES, E. L., *et al.* Assistência de Enfermagem nas Urgências e Emergências no Atendimento aos Pacientes com Crises Hipertensiva. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, v.14, n. 53, p. 1165-1172, 2020.

MANUEL, L., *et al.* Cuidados de enfermagem a pacientes com crise hipertensiva. **Revista Científica Multidisciplinar.** v. 3, n. 7, p. e371751, 2022.

MARCIANO, M. G. F., *et al.* O papel da equipe de enfermagem frente a crise hipertensiva. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** v.33, n.3, p. 87-93. 2021.

MINELI, T.A., *et al.* Crise hipertensiva entre usuários de um serviço de pronto atendimento: estudo retrospectivo **Revista Enfermagem UERJ.** v. 26, p. e30111, 2018.

NICOLAU J. C., *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina

Instável Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arq Bras Cardiol**.v. 117 n. 1, p. 181-264, 2021.

PESSA, S. C. *et al.* Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana, **Atena Editora**. 2022.

PIERIN, A. M.; FLÓRIDO C. F.; SANTOS J. Crise hipertensiva: características clínicas de pacientes com urgência, emergência e pseudocrise hipertensivas em um serviço público de emergência. **Einstein Journal**. v. 17, n. 4, eAO4685, 2019.

RIBEIRO A.C. *et al.* A Hipertensão arterial sistêmica como fator de risco para a forma grave da covid-19: revisão de escopo. **Rev Saude Publica**. v. 56, n. 20, 2022.

SANTIN, D. M. *et al.* Fatores de riscos cardiovasculares de estudantes do curso de Enfermagem de uma universidade particular. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. v. 26, n. 3, p. 820-831, 2022.

SILVA, M. V. P. F. *et al.* O papel de liderança do enfermeiro no contexto do atendimento de urgência e emergência. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**. v. 3, n. 12, p. e3122469, 2022.

STECKELBERG, J. B. M. *et al.* Case report: hypertensive emergency with evolution for intraparenchymatic brain vascular accident. **Brazilian Journal of Health Review**. v.4, n.3, p. 11900-11910, 2021.

TORRES, A. C. O. *et al.* Crise hipertensiva: classificação e conduta no ambiente hospitalar. **RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia**. v.3, n.3, p. e331206, 2022.

VILELA-MARTIN J. F. *et al.* Posicionamento Luso-Brasileiro de Emergências Hipertensivas– 2020. **Arq Bras Cardiol** v. 114, n. 4, p. 736-751, 2020.

IMPACTOS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES

Gislaine da Silva Rocha¹;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<https://lattes.cnpq.br/5310725335920555>

Rauan de Alcantara Alexandre²;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<https://lattes.cnpq.br/1562174114518699>

Yvinna Marina Santos Machado³;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<https://lattes.cnpq.br/4046028143458328>

Livia Parente Pinheiro Teodoro⁴;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7743817570193929>

Luis Rafael Leite Sampaio⁵;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/9043584660254167>

Elian Santos Ferreira⁶;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4548757224409586>

Sarah Emanuelle Matias Penha⁷;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0249920065378593>

Fernanda Helen Gomes da Silva⁸;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/3753485143405329>

Gabriel de Alencar Melo⁹.

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/9210938420613877>

RESUMO: A Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) e a Sociedade Internacional de Continência (ICS) definiram em conjunto IU como queixa de qualquer perda involuntária de urina. O tratamento para pessoas que sofrem de IU é o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, da bexiga e outras abordagens conservadoras, sendo essas intervenções de baixa complexidade e economicamente viáveis. No presente estudo objetivou-se descrever os impactos causados pela Incontinência Urinária. Os problemas urinários se tornam objeto de ampla reflexão por acarretarem problemas na vida social, emocional e sexual, impactando sobre a qualidade de vida e proporcionando sentimentos de negatividade como depressão, superestimação ou subestimação do problema e vergonha, dentre outros sentimentos que vão levar à exclusão social. Causa incapacidades e limitações na atividade física e, nos casos mais graves, limitação das atividades sociais que acarretam morbidade entre as mulheres afetadas, como alterações psicossociais, sexuais, a exclusão do meio social, além da tendência de diminuir a ingestão de líquido, podendo causar infecção urinária e impacto no sistema renal. O estomaterapeuta na reabilitação da pessoa com incontinência vem ganhando cada vez mais espaço na prática clínica. De tal modo é a exigência do mercado de trabalho, a permanência de profissionais qualificados, empoderados e proativos, com a competência para rapidamente incorporar tecnologias e dar soluções às complexas questões dos processos de produção em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência urinária. Estomaterapia. Enfermagem.

IMPACTS OF URINARY INCONTINENCE IN WOMAN

ABSTRACT: The International Urogynecological Association (IUGA) and the International Continence Society (ICS) have jointly defined UI as a complaint of any involuntary loss of urine. The treatment for people suffering from UI is training the pelvic floor muscles, bladder and other conservative approaches, these interventions being low complexity and economically viable. The present study aimed to describe the impacts caused by Urinary Incontinence. Urinary problems become the object of broad reflection because they cause problems in social, emotional and sexual life, impacting the quality of life and providing feelings of negativity such as depression, overestimation or underestimation of the problem and shame, among other feelings that will lead to exclusion. Social. It causes disabilities and limitations in physical activity and, in the most serious cases, limitation of social activities that cause morbidity among affected women, such as psychosocial and sexual changes, exclusion from the social environment, in addition to the tendency to reduce fluid intake, which can cause urinary infection and impact on the renal system. The stoma therapist in the rehabilitation of people with incontinence is gaining more and more space in clinical practice. Such is the demand of the job market, the presence of qualified, empowered and proactive professionals, with the competence to quickly incorporate technologies and provide solutions to the complex issues of healthcare production processes.

KEY-WORDS: Urinary incontinence. Stomatherapy. Nursing.

Características da Incontinência Urinária

O assoalho pélvico é constituído por ligamentos e músculos os quais são responsáveis por sustentar os órgãos pélvicos. É imprescindível esses músculos estarem saudáveis para manter o funcionamento adequado da vagina, uretra e órgãos da pelve. Nas mulheres principalmente, se tem estudado ao longo dos anos a Incontinência Urinária (IU) pois tem causado grande desconforto e interferindo diretamente nas atividades diárias. Entre as principais funções que esses músculos do assoalho pélvico podem exercer como, um bom desempenho sexual, a manutenção da posição anatômica dos órgãos pélvicos, e quando fortalecidos previnem as disfunções pélvicas (ZILINSKAS GB, 2018).

O assoalho pélvico é constituído por músculos e ligamentos indispensáveis para sustentação dos órgãos pélvicos e abdominais. Dessa forma, manter o assoalho pélvico estruturalmente saudável é essencial para o funcionamento satisfatório da vagina, uretra e órgãos da pelve. (SAMPAIO et al., 2022).

A incontinência urinária (IU) é definida por qualquer perda ocasional de urina que pode ser dividida em IU de “Esforço” (IUE), de “Urgência” (IUU), “Mista” (IUM), Enurese Noturna e Drible Pós-miccional. A IUE consiste em mulheres tossindo ou espirrando, IUU é a com urgência para urinar e IUM é a combinação de ambos (JAFFAR et al., 2021).

Também pode ser definida por qualquer perda involuntária de urina. Existem três tipos de IU: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM). IUE é o vazamento que ocorre com atividade física, espirro ou tosse; IUU é um vazamento associado a ou imediatamente precedido por uma necessidade repentina de urinar; IUM é uma combinação dos sintomas de IUE e IUU (ÅSTROM et al., 2021).

A denominada de esforço ocorre pelo aumento da pressão intra-abdominal sem a percepção prévia do desejo de urinar. Com o aumento da pressão abdominal e falha nos mecanismos da continência ao tossir, espirrar e levantar peso ocorre a perda de urina. A gravidade também é um fator relacional com a quantidade de perda urinária (BRAGA et al., 2021).

O tipo mais comum de IU na gravidez é Incontinência urinária de esforço seguida por Incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista (POUDEL; GANDAL; SHRESTHA, 2021).

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) também define a incontinência urinária (IU) como toda perda involuntária de urina. Trata-se de modificação na definição original, que considerava como IU somente as perdas que causassem desconforto social ou higiênico às pacientes, ou seja, aquelas relacionadas negativamente a qualidade de vida (EPAMINONDAS, 2019).

A mesma é definida como toda perda urinária involuntária. A prevalência de IU demonstrou variações de 9% a 75% . Ter IU não adicionam risco à mortalidade materna, mas afetam sua qualidade de vida e causam morbidades psicológicas. Além disso, podem sofrer dificuldades nas relações socioemocionais, realização de exercícios, restrição de viagens e distúrbios do sono (JAFFAR et al., 2021).

Tem como definição básica a perda involuntária de urina. Em 1998 passou a fazer parte da Classificação Internacional de Doenças/ Organização Mundial de Saúde (CID/ OMS), deixando de ser considerada apenas um sintoma e passando a ser uma doença (BRAGA et al., 2021).

Na população feminina é um importante problema de saúde pública, devido a sua elevada prevalência e/ou elevado implicação física, psíquica e social na vida da mulher proporcionando impactos na sua qualidade de vida. No Brasil, estima-se que cerca de 50% das mulheres apresentam incontinência urinária, principalmente durante o ciclo gravídico, puerperal e após a idade reprodutiva (EPAMINONDAS et al, 2019).

A mesma é considerada uma das mais importantes e recorrentes síndromes geriátricas, devido às alterações físicas, biológicas, psíquicas e sociais que ocorrem no processo de envelhecimento (FELISBERTO et al., 2021).

Entretanto, destaca-se que a IU é muitas vezes erroneamente interpretada como parte natural do envelhecimento; deve-se lembrar que o envelhecimento por si só não é causa de incontinência, mas induz a algumas mudanças funcionais e estruturais no trato urinário inferior que tornam o idoso suscetível ao problema (FELISBERTO et al., 2021).

Impactos provocados pela Incontinência Urinária

Os problemas urinários se tornam objeto de ampla reflexão por acarretarem problemas na vida social, emocional e sexual, impactando sobre a qualidade de vida e proporcionando sentimentos de negatividade como depressão, superestimação ou subestimação do problema e vergonha, dentre outros sentimentos que vão levar à exclusão social. (ROCHA, 2020).

Entre os estudos populacionais gerais, a prevalência da IU variou entre 25% e 45% em mulheres adultas, e em homens adultos houve publicações com variações entre 1% e 39%, sendo que a proporção em mulheres é, pelo menos, duas vezes maior quando comparada com os homens, ou seja, de 2:1 (BRAGA et al., 2021).

Nesse ínterim, a IU é a condição clínica que acomete um número crescente de mulheres a cada ano. Tem impacto negativo na qualidade de vida delas, favorecendo o isolamento social devido ao medo de perder urina em locais públicos, juntamente com o constrangimento e às restrições de atividades, além de gerar sentimento de baixa auto-estima, interferir nas relações pessoais e nas tarefas domésticas (VALENÇA et al., 2016).

Além disso, podem resultar em múltiplos resultados adversos na vida diária de uma mulher. A maioria das mulheres com tal condição sente extrema vergonha, humilhação e ansiedade por causa de sua saúde. Mulheres com IU apresentam diminuição da imagem corporal, menor qualidade de vida, e algumas podem se isolar da sociedade. Também os impede de realizar suas atividades diárias como sentar para ir ao banheiro, caminhar longas distâncias ou levantar materiais pesados (BEKETIE et al., 2022).

Causa incapacidades e limitações na atividade física e, nos casos mais graves, limitação das atividades sociais que acarretam morbidade entre as mulheres afetadas, como alterações psicossociais, sexuais, a exclusão do meio social, além da tendência de diminuir a ingestão de líquido, podendo causar infecção urinária e impacto no sistema renal (EPAMINONDAS et al., 2019).

Além do comprometimento físico, o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida é amplamente documentado. As disfunções miccionais são frequentemente associadas a alterações psicoemocionais e isolamento social em pacientes de todas as idades (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2021).

A IU diminui a qualidade de vida da mulher, fazendo com que sua vida fique limitada, pois o uso cotidiano de absorventes, gastos com medicamentos, frequência miccional elevada, odor típico da urina, restrições de certas atividades físicas, além das eliminações de urina durante o ato sexual, induzem ao constrangimento e ao isolamento social (SILVA et al., 2020).

Um dos campos da vida afetado pela IU é a sexualidade, que é pouco abordado, mas envolve a subjetividade do ser humano em seus aspectos sociais, culturais, ideológicos, crenças e vivências, podendo ser afetada, acrescentado ao ato sexual em si, que ocorrendo uma abordagem tardia podem gerar consequências de uma abdicação completa da vida sexual (BRAGA et al., 2021).

O sexo feminino tem mais risco de desenvolver as disfunções miccionais por possuir fatores de risco intrínsecos como anatomia da pelve, gestações, partos e diminuição de estrogênio após menopausa. Além disso, fatores de risco como ansiedade, depressão e constipação intestinal funcional são mais prevalentes em mulheres (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2021).

Pesquisadores tem evidenciado que o DM é um fator de risco para a IU por consequência das alterações micro e macrovasculares decorrentes do mal controle glicêmico, no entanto, a abordagem de prevenção e tratamento dessas disfunções não é contemplada nos programas de saúde a pessoa com DM (ALTHOFF et al., 2021).

O diabetes mellitus esteve presente na maior frequência das participantes do estudo e observou-se associação estatística significativa com a ocorrência de IU de esforço. A neuropatia diabética enfraquece os músculos do assoalho pélvico, resultando na incapacidade de controlar eficazmente a liberação da urina, o que explicaria este achado

(SILVA et al., 2020).

A dislipidemia e a obesidade geralmente estão associadas às doenças crônicas como diabetes mellitus, o que também explicaria a presença dessa doença nas participantes do estudo. De fato, a medida de IMC mostrou um estado de sobrepeso para a média da população estudada, e esteve associada significativamente à ocorrência de IU de esforço, da mesma forma que a circunferência abdominal entre o IMC e a pressão intra-abdominal e intravesical sugere que a obesidade pode estressar o assoalho pélvico secundário a um estado crônico de aumento da pressão (SILVA et al., 2020)

Este é um problema comum com prevalência variando entre 6-75%, com média de 41% e piora durante a gravidez. O tipo mais comum de IU na gravidez é a IUE, seguida por IUU e IUM (POUDEL; GANDAL; SHRESTHA, 2021).

Verificou-se uma maior frequência para a gravidade moderada seguida por grave, e a comparação de mulheres com incontinência urinária de esforço com aquelas que apresentavam incontinência urinária de urgência, mostrou associação significativa do estado grave para as mulheres com IUE (SILVA et al., 2020).

A incontinência urinária de esforço, ou seja, a perda involuntária de urina em quantidade ou frequência suficientes para constituir um problema social e/ou de saúde, é uma condição heterogênea, que modifica de gravidade, variando de pequenas quantidades até a passagem contínua da urina. Pode resultar da hipermobilidade uretral e deslocamento descendente do colo da bexiga quando existe um enfraquecimento da musculatura de suporte (SILVA et al., 2020).

Entre os fatores modificáveis, dados limitados estão disponíveis para sugerir quais deles poderiam reduzir o desenvolvimento da IU, mas o exercício físico regular, além da dieta, tem sido apontado como fator de proteção para o agravo. Especificamente sobre a IUE, a atividade física é um fator de risco modificável, com potencial para efeitos positivos e negativos. Neste estudo, a não realização de atividade física apresentou associação significativa para a ocorrência de IUE (SILVA et al., 2020).

Atuação da Enfermagem na Incontinência Urinária

Os enfermeiros podem atuar em diversas áreas do conhecimento em saúde, e dentre essas áreas existe a estomaterapia, em que os especialistas são qualificados para prestar assistência às pessoas que possuem estomas, feridas, incontinência anal e urinária (BRAGA et al., 2021).

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (PFMT), ou exercício de Kegel é o padrão-ouro e é recomendado para mulheres grávidas para fortalecer os músculos do assoalho pélvico. Pode prevenir a disfunção do assoalho pélvico, por exemplo, incontinência urinária, que geralmente ocorre no final da gravidez e no início do período pós parto (JAFFAR et al., 2022).

O tratamento de primeira linha para todos os tipos de IU é o treinamento muscular do assoalho pélvico (PFMT). Cerca de duas em cada três mulheres alcançam uma cura ou melhora com PFMT. Antes do tratamento, o tipo e a gravidade da IU pode ser diagnosticada com base nas respostas relatadas pelo paciente a questionários, diários miccionais e classificação validada em escalas (ÅSTROM et al., 2021).

Quanto a eletroestimulação e a cinesioterapia, vale destacar que a eletroestimulação propicia a contração passiva da musculatura perineal, apresentando grande importância na conscientização da contração dessa musculatura em pacientes que têm dificuldade de identificá-la, e a cinesioterapia vem para fortalecer essa musculatura através de exercícios de fortalecimento (SAMPAIO et al., 2022).

Contudo, existe a necessidade de ampliar a discussão sobre os resultados obtidos através da cinesioterapia e eletroterapia no fortalecimento da MAP, verificar a forma de utilização das mesmas e descrever seus resultados mensurados adequadamente através de pesquisas científicas. Dessa forma, o tratamento das disfunções da MAP não traz somente favorecimentos anatômicos e funcionais, mas também influencia nos aspectos psicológicos e afetivos (MAIA et al., 2018).

O tratamento conservador é a primeira linha de tratamento para todos os tipos de IU. Um documento publicado pela International Urogynecological Association (IUGA) em parceria com a ICS descreve a aplicação de cada medida, entre elas: modificação do estilo de vida, micção programada, técnicas de controle, treinamento muscular, eletroterapia, terapia térmica e terapias manuais (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2021).

O treinamento muscular está relacionado à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico (MAP) quanto à força, resistência, relaxamento, alongamento e coordenação. Esse é o tratamento de primeira escolha quando a IU decorre de disfunções da MAP. Nesses casos, é frequente a associação com alterações na função intestinal e sexual, pois a musculatura é comum a esses três sistemas (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2021).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, Lucilene Craes et al. **Disfunções do trato urinário inferior em pacientes com diabetes mellitus tipo 2**. Ciência, Cuidado e Saúde, 2021.

ASSIS, Gisela Maria; SILVA, Camilla Pinheiro Cristaldi da; MARTINS, Gisele. **Proposta de protocolo de avaliação e treinamento da musculatura do assoalho pélvico para atendimento à mulher com incontinência urinária**. Revista da Escola de Enfermagem

da USP, v. 55, 2021.

ÅSTRÖM, Ylva et al. **Quality of life in women with urinary incontinence seeking care using e-health.** BMC Women's Health, 2021.

BEKETIE, Eskedar Demissie et al. **Symptomatic pelvic floor disorders and its associated factors in South-Central Ethiopia.** Plos one, 2021.

BRAGA, Francisca das Chagas Sheyla Almeida Gomes et al. **Tecnologias para educação em saúde no cuidado ao paciente com incontinência urinária: revisão integrativa.** Estima (Online), 2021.

EPAMINONDAS, Lorena Cristine Soares et al. **As repercussões da incontinência urinária na qualidade de vida em gestantes: uma revisão sistemática.** Revista Pesquisa em Fisioterapia, 2019.

FELISBERTO, Ana Mabel Sulpino et al. **Construção de um instrumento para consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária.** Enfermagem em Foco, 2021.

JAFFAR, Aida et al. **Quality of life among pregnant women with urinary incontinence: A cross-sectional study in a Malaysian primary care clinic.** PLoS One, 2021.

MAIA, Adna Rocha et al. **Os benefícios da cinesioterapia e eletroestimulação para o fortalecimento do assoalho pélvico feminino: uma revisão sistematizada.** DêCiência em Foco, v. 2, n. 1, p. 103-112, 2018.

POUDEL, Atit; DANGAL, Ganesh; SHRESTHA, Madhu. **Urinary Incontinence among Pregnant Women in Third Trimester of Pregnancy in a Tertiary Care Center: A Descriptive Cross-sectional Study.** JNMA: Journal of the Nepal Medical Association, 2021.

ROCHA, Maria Angélica; NUNES, Erica Feio Carneiro; LATORRE, Gustavo Fernando Sutter. **Fisioterapia pélvica na prevenção das disfunções pélvicas.** Revista FisiSenectus, 2020.

SAMPAIO, Luis Rafael Leite et al. **Implantação de um serviço para pessoas com distúrbios do assoalho pélvico.** Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, 2022.

SILVA, Aurenice Gomes et al. **Incontinência urinária em mulheres: fatores de risco segundo tipo e gravidade.** Cogitare enfermagem, 2020.

VALENÇA, Marília Perrelli et al. **Cuidados de enfermagem na incontinência urinária: um estudo de revisão integrativa.** Estima, 2016.

ZILINSKAS, Gwendolyn Brooke. **Female urinary incontinence. Physician.** Assistant Clinics, 2018.

UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Elian Santos Ferreira¹;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4548757224409586>

Taiane Rodrigues da Costa²;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/3957462408156978>

Aline Rany Jorvino da Costa³;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/3715570366923788>

Larissa Silva Lima⁴;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6933920487924211>

Gislaine da Silva Rocha⁵;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5310725335920555>

Damiana Galdino Viana⁶;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5656535070160623>

Ana Raiane Alencar Tranquilino⁷;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/3857328722755857>

Lucas Alves Lima⁸;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0289684389412828>

Raquel Calixto Rodrigues da Silva⁹;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7614238015917976>

Felipe Paulino da Silva¹⁰.

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2736741621861701>

RESUMO: O parto acarreta alterações fisiológicas e psíquicas importantes na vida de uma mulher, sendo uma experiência única, acompanhado por sentimentos diversos a depender da individualidade de cada parturiente. Sentimentos como ansiedade e medo associados à dor são recorrentes. A equipe de enfermagem, por prestar uma assistência continuada à parturiente pode ser atuante no uso das práticas integrativas e complementares (PICs) como métodos não farmacológicos para alívio da dor, refletindo na diminuição dos sentimentos negativos atrelados à experiência do parto. As PICs, estabelecidas pelo Ministério da Saúde em maio de 2006, surgem como uma alternativa acessível e de baixo custo-benefício. Diante disso, o uso das PICs pela equipe de enfermagem obstétrica garante uma assistência pautada na humanização, um cuidado holístico e centrado nas necessidades da parturiente, além de fortalecer o protagonismo feminino, reduzindo os impactos maléficos da tríade dor-ansiedade-medo. Fisiologicamente, as PICs promovem a efetividade das contrações, reduz o período expulsivo e diminui a necessidade de recorrência às técnicas invasivas durante o trabalho de parto. Ressalta-se a importância de que a equipe de enfermagem aproprie-se das PICs, compartilhando o conhecimento científico através de estudos acerca destas práticas, e o estímulo à docência para o ensino sobre as PICs como métodos efetivos para uma boa condução do trabalho de parto.

PALAVRAS-CHAVE: Parto. Práticas integrativas. Enfermagem.

USE OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES BY THE NURSING TEAM DURING THE PARTURITION PROCESS

ABSTRACT: Childbirth entails important physiological and psychological changes in a woman's life, being a unique experience, accompanied by different feelings depending on the individuality of each parturient. Feelings such as anxiety and fear associated with pain are recurrent. The nursing team, by providing continuous assistance to the parturient woman, can be active in the use of integrative and complementary practices (PICs) as non-pharmacological methods for pain relief, reflecting the reduction of negative feelings linked to the birth experience. The PICs, established by the Ministry of Health in May 2006, emerge as an accessible and low-cost-benefit alternative. Given this, the use of PICs by the obstetric nursing team guarantees assistance based on humanization, holistic care centered on the needs of the woman in labor, in addition to strengthening female protagonism, reducing the harmful impacts of the pain-anxiety-fear triad. Physiologically, PICs promote the effectiveness of contractions, reduce the expulsion period and reduce the need to resort

to invasive techniques during labor. The importance of the nursing team taking ownership of PICs is highlighted, sharing scientific knowledge through studies on these practices, and encouraging teaching to teach about PICs as effective methods for good management of labor.

KEY-WORDS: Childbirth. Integrative practices. Nursing

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase singular da vida da mulher, caracterizado como um momento de adequação, que se deve à preparação do corpo para gerar e nutrir o feto (GAZINEU, *et al.*, 2018). Este processo é marcado por modificações biopsicossociais, que exige cuidados especiais e é influenciado por inúmeros fatores, como as alterações biológicas e as características socioeconômicas, além de aspectos culturais (LACERDA, *et al.*, 2021).

O ciclo gravídico e o processo de parturição sofreram modificações com o decorrer dos anos, uma vez que, independentemente de ser um fenômeno natural, acabou transformando-se em um evento medicalizado (SANTOS, *et al.*, 2016).

Historicamente, o processo gravídico acontecia desprovido da assistência de qualquer profissional da área da saúde. Tal realidade provocava altos índices de abortos, complicações gravídicas, infecções gravídicas/puerperais, morte materna, natimortos, más formações congênitas, entre outros agravos ocorridos durante este ciclo, com a ausência da assistência em saúde (MALHEIROS, *et al.*, 2012).

Dessa forma, até o século XVIII, pouco se conhecia sobre os mecanismos associados à parturição e o parto, esse processo era caracterizado como um rito de passagem das mulheres, experienciado tanto por elas, quanto por suas famílias no interior de suas próprias casas com o auxílio de parteiras. Contudo, por volta do século XIX, com os avanços tecnológicos, a medicina passou a investir na construção de conhecimentos e atuação no processo de gestar e parir (LUCENA, 2020).

No início do século XX, com a finalidade de minimizar as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, passou-se a utilizar de forma crescente novas técnicas para garantir um bom desfecho para o parto e nascimento. Assim, o parto que tinha seu prosseguimento no ambiente familiar, perde espaço e ocupa uma esfera pública, institucionalizada e medicalizada (LUCENA, 2020).

A assistência ao ciclo gravídico puerperal sofreu alterações com o passar dos anos, representando um dos pontos fundamentais de atenção dos serviços de saúde pública, sendo considerado indispensável para atenuar os agravos maternos e infantis (MARTINS, 2014).

Nessa perspectiva, ações de planejamento familiar, avaliações pré-concepcionais, acesso a consultas, realização de exames periódicos e atividades educativas durante a gravidez e período puerperal, são alguns exemplos de atuações de médicos e enfermeiros para promover a assistência efetiva a gestantes e conseqüentemente, reduzir as taxas de mortalidade materna-infantil (GAZINEU, *et al.*, 2018).

As situações que ocorrem durante o processo do nascimento vão muito além do simples ato de parir. O progresso do trabalho de parto é experienciado de maneira singular para cada mulher, sendo influenciado por algumas características maternas, tal como o estado psicológico, nível de estresse, a concepção sociocultural sobre o parto, ansiedade e medo que surgem na experiência do parto (PITILIN, *et al.*, 2022).

Durante a evolução do trabalho de parto, a parturiente vivencia dor e fadiga, resultantes da contratilidade uterina e de seu gasto energético, respectivamente (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2005). A dor no trabalho de parto pode ser caracterizada como aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, mas intrínseca ao processo fisiológico da parturição e derivado dos estímulos sensoriais exercidos, principalmente, pela contração uterina (PASSOS, *et al.*, 2022).

Almeida e Oliveira (2005) constataram que algumas mulheres relatam a dor do parto como sendo insuportável, dilacerante, extenuante e exaustante.

O ato de parir consiste em um evento que perpassa o campo físico e biológico, constituindo uma parte fundamental dos processos psíquicos e sexuais de uma mulher. Como em um ciclo, os sentimentos de medo e de dor se retroalimentam; desta forma, um parto experienciado na presença de extrema dor ou sentimentos negativos como o medo podem gerar sequelas nas esferas sexuais, afetivas e emocionais (LIMA; LIMA; LUCENA, 2019).

O parto, geralmente, vem atribuído à dor e ao medo de senti-la. A dor é algo que percorre gerações e que foi imposto na vivência das mulheres sobre o nascimento, mas que precisa ser compreendida e desmistificada, para que sejam elaboradas estratégias de enfrentamento, autonomia e conforto para a mulher durante esse processo (MEDINA, 2019).

Nessa perspectiva, para Passos, *et al* (2022) a experiência sensorial da dor depende da interação entre o sistema nervoso e o ambiente. Nesse sentido, o estresse ambiental e interno gerado por fatores genéticos, sociais, emocionais ou culturais, é uma das razões para o prolongamento do período doloroso.

O estado emocional da mulher influencia na evolução do trabalho de parto, sendo até mesmo responsável por distócias. Almeida, *et al* (2020) referiram que enfermeiros ao prestarem assistência às gestantes no momento da parturição, perceberam que as mulheres apresentavam ansiedade sobre o que iria acontecer no decorrer do trabalho de parto e parto.

A ansiedade, uma combinação das emoções de preocupação e medo, trata-se de um sintoma comum enfrentado por parturientes durante o trabalho de parto, constantemente associada à própria dor do parto, ausência de informações sobre a gestação e parto durante o pré-natal, ambientes hospitalares com elevados índices de intervenções médicas e a uma situação nova e desconhecida, como o primeiro parto para a nulípara (MAFETONI, *et al.*, 2018).

A experiência do processo de trabalho de parto em ambiente institucionalizado, é uma vivência acompanhada por algum grau de estresse e desconforto (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2005). Ademais, a concentração de adrenalina se apresenta aumentada durante o período de parturição, bem como a concentração do hormônio adrenocorticotrófico e do cortisol, constatando que o estresse é um mecanismo biológico adaptativo de defesa da mulher durante a parturição (PITILIN, *et al.*, 2022).

Portanto, o trabalho de parto é uma experiência que envolve sentimentos positivos, como alegria e amor relacionados à espera do nascimento e a presença do recém-nascido, e emoções negativas, como a perda da privacidade familiar, a necessidade de adaptação ao ambiente hospitalar, aos profissionais de saúde e ao processo fisiológico do trabalho de parto, parto e puerpério, cercados de medo, insegurança e dor (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2005).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) foram estabelecidas em 3 de maio de 2006 pelo Ministério da Saúde, junto com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) que traz a perspectiva de trabalhar com base em uma escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018).

A promulgação da PNPIC oficializou no SUS cinco práticas integrativas e complementares, a saber: homeopatia, acupuntura, medicina antropofásica, fitoterapia e termalismo social/crenoterapia; havendo em 2017 a inclusão de outras modalidades: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, reflexo terapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (TESSER, SOUSA E NASCIMENTO, 2018).

Posteriormente, em 2018, incluiu-se outras terapias: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição das mãos, ozonioterapia e terapia floral (TESSER, SOUSA E NASCIMENTO, 2018).

No que se refere ao mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2019 um relatório que analisa o avanço global das PICs nas últimas décadas, a partir das contribuições de 179 países Estados Membros da OMS. Até 2018, um total de 98 Estados Membros haviam desenvolvido políticas nacionais de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, 109 haviam publicado leis ou regulamentações nacionais e 124 haviam implementado regulamentações sobre medicamentos fitoterápicos (AMADO, *et al.*, 2020).

No cenário da atenção à saúde materna atual, a assistência ao parto ainda caracteriza-se por práticas pautadas no modelo biomédico, que preconiza a institucionalização da mulher e o excessivo número de procedimentos. Além disso, a maioria das maternidades do Brasil não oferecem espaço, materiais e equipamentos adequados para a realização de práticas centradas nas necessidades da mulher (SILVA, *et al.*, 2016).

Dessa forma, as parturientes são submetidas a um modelo de assistência ao parto que resulta, em alguns casos, em uma experiência traumática, sendo a dor um dos principais medos e a razão para a escolha da cesariana. Assim, atividades que levam a diminuição do estresse e ansiedade colaboram também para a redução da dor durante o parto (LARA, *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, a utilização das PICs apresenta importância na saúde da mulher, pela sua efetividade durante o período gestacional e sua eficácia em prevenir doenças, promover saúde sem a gestante ser exposta a técnicas invasivas. A aplicabilidade das terapias complementares como uma possibilidade para o alívio da dor no trabalho de parto deve ser incentivada e faz parte das técnicas nacionais e internacionais de atenção à gestante e parto (CAVALCANTI, *et al.*, 2019).

A literatura aponta ainda que as PICs enquanto métodos não farmacológicos para alívio da dor impactam de forma positiva no parto, pois contribuem para a indução e progressão do trabalho de parto, além de aliviar a dor e outras complicações tendo, portanto, o seu uso disseminado em todo o mundo (ARAÚJO, *et al.*, 2023). Além disso, as PICs destacam também a relevância de a mulher ser gestora do seu destino, estando consciente de suas habilidades e capacidades no controle da própria saúde e do corpo (SILVA, *et al.*, 2016).

A auriculoterapia apresenta propriedades significativas para o tratamento de distócias obstétricas, redução do período expulsivo e dor do parto representando uma alternativa de assistência para parturientes através de técnica não invasiva (SILVA; CUNHA; ARAUJO, 2020). Manfeton e Shimo (2016) evidenciaram que a atuação da auriculoterapia na redução dos escores de Escala Analógica e Visual (EVA) não é grande, no entanto devido a dor na fase ativa ser progressiva e não aumentar, o cuidado dispensado pode ser considerado.

Outra prática que tem desempenhado um papel importante na perspectiva psicológica da dor durante o trabalho de parto é o uso de essências florais, que agem na promoção do bem-estar emocional das mulheres potencializando o sentimento de coragem, capacidade e confiança no próprio corpo e atuando na restauração do equilíbrio psíquico, podendo ser utilizada como recurso para conduzir qualquer situação clínica que envolve a tríade dor-ansiedade-estresse (BACH, 2006).

Além disso, Pitilin *et al.* (2022) constataram o aumento da dilatação cervical, contrações uterinas, quantidade de ocitocina e uma redução no cortisol com o uso das essências florais durante o trabalho de parto.

Ainda referente ao alívio da dor o banho de chuveiro representa outro método muito benéfico, sem efeitos adversos e com boa aceitação pelas parturientes, utilizado com determinadas especificações, sendo necessária que a temperatura da água esteja entre 37 e 38°C, tendo que permanecer no banho por no mínimo 20 minutos. O banho de chuveiro oportuniza a vasodilatação e redistribuição do fluxo sanguíneo, relaxando assim a musculatura, porém é contraindicado para pacientes com hipotensão arterial, devido a vasodilatação periférica que a água quente proporciona (SILVA; CUNHA; ARAUJO, 2020).

Segundo Mascarenhas *et al* (2019) as mulheres que utilizaram a música durante o desenvolvimento do trabalho de parto referiram relaxamento, confiança e redução da dor. Dentre as músicas mais solicitadas pelas parturientes estão as religiosas e animadas.

Ademais, diversos outros métodos são utilizados e comprovadamente efetivos no alívio da dor durante o trabalho de parto como a massagem lombossacral, o banho de imersão, a hidroterapia aplicada na região lombo-sacro, o uso da bola suíça e aromaterapia com óleos essenciais são exemplos de práticas comumente utilizadas, e que, ainda traz outros benefícios como a redução do uso de fármacos, maior ocorrência de parto normal, maior progressão de dilatação cervical, melhor evolução da descida da apresentação fetal e redução no tempo do trabalho de parto (SILVA; CUNHA; ARAUJO, 2020; ARAÚJO, *et al.*, 2021).

A enfermagem foi a pioneira no reconhecimento das PICs no Brasil, dado que tal profissão fundamenta sua assistência com base em uma visão integral do ser humano, o uso dessas práticas torna-se então em um método que auxilia no alcance deste cuidado holístico (AZEVEDO, *et al.*, 2019).

A resolução COFEN 197/97 (COFEN 2010), determina e reconhece que as PICs em saúde podem ser classificadas como um tipo de qualificação para o profissional de enfermagem se especializar, contanto que tenham concluído em instituição reconhecida de ensino e com carga horária mínima 360 horas (BRASIL, 2010).

Em função da ligação entre a enfermagem e a prática terapêutica, é imprescindível que o profissional enfermeiro assuma o cenário de apropriação das práticas integrativas e complementares e coloque-as em ação, não somente em sua vida, mas também em benefício da sociedade. O enfermeiro é identificado como disseminador de conhecimento e facilitador no uso das PICs (ALMEIDA, *et al.*, 2018).

Para isso, os profissionais da saúde, especialmente a equipe de enfermagem, devem compreender as PICs como uma estratégia de cuidado passível de ser ensinada e utilizada na prática-assistencial, priorizando-as em contrapartida às intervenções biomédicas e farmacológicas. Entretanto, para que isto seja alcançado, é fulcral a qualificação desses profissionais e o conhecimento acerca das práticas integrativas (MENDES, *et al.*, 2019).

Com relação a assistência da enfermagem obstétrica, as PICs ajudam na humanização, mantendo o controle das dores e ações durante o parto, envolvendo

processos que estimulam mecanismos naturais mediante metodologia eficiente e segura, tornando e desenvolvendo um vínculo afetivo e terapêutico de um momento singular para a mulher e sua família (MACIEL, *et al.*, 2022).

Para uma efetiva condução do profissional enfermeiro durante o trabalho de parto é necessário um adequado conhecimento científico, além da disposição de recursos e insumos básicos para a prática de procedimentos de cuidado à parturiente. Nesse cenário, tais profissionais apresentam a expertise de promover as intervenções de enfermagem para o alívio da tríade dor-ansiedade-medo com o uso das PICs, que tem como maior objetivo de fornecer um processo de cuidado humanizado e integral (MACIEL, *et al.*, 2022).

A interação entre as terapias e a enfermagem demonstra a indispensabilidade de adicionar as disciplinas de terapias alternativas e complementares na graduação, o que contribuirá em uma atenção integralizada do cuidado, com incentivo dos docentes a buscarem um ensino mais amplo redefinindo conceitos teóricos e evidências científicas destas abordagens terapêuticas (LIMA, 2012).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.R; VIANINI, M.C.S; SILVA, D.M; *et al.* **O enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia de saúde da família.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2018.

ALMEIDA, N.A.M; OLIVEIRA, V.C. **Estresse no processo de parturição.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2005.

ALMEIDA, R.S.S; *et al.* **Puerperal women's experiences regarding the nursing team performance during labor.** Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online, [S.L.], 2020.

AMADO, D.M; BARBOSA, F.E.S; SANTOS, L.N.D; *et al.* **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.** APS em Revista, 2020.

ARAUJO, D.D; *et al.* **Contribuições das práticas integrativas e complementares no trabalho de parto e parto: revisão integrativa da literatura.** JNT Facit Bussines and Technology Journal, 2023.

ARAÚJO, W.B.X; BARBOSA, S.S.S; SILVA, A.M; *et al.* **Influência das práticas integrativas e complementares durante o trabalho de parto: uma revisão integrativa.** Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, 2021.

AZEVEDO, C.; MOURA, C. C.; CORRÊA, H. P.; *et al.* **Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial.** Esc. Anna Nery, 2019.

Bach E. **Os remédios florais do Dr. Bach.** São Paulo: Pensamento; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. □ Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAVALCANTI, A.C.V; *et al.* **Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado.** Rev Gaúcha Enferm., 2019.

BRASIL. COFEN. Resolução 197/97 de março de 1997. Brasília, DF; 1997.

GAZINEU, R.C; AMORIM, K.R.A; PAZ, C.T., *et al.* **BENEFÍCIOS DO PARTO NORMAL PARA A QUALIDADE DE VIDA DO BINÔMIO MÃE-FILHO.** Textura, 2018.

LACERDAE.D, HENRIQUESA.H.B, CAVALCANTI JRD, *et al.* **Direito de acompanhamento ao parto: conhecimento e concepção de gestantes.** Rev baiana enferm., 2021.

LARA, S.R.G; *et al.* **Vivência de mulheres em trabalho de parto com o uso de essências florais.** R. pesq.: cuid. fundam. online, 2020.

LIMA, A.P.A; LIMA, M.M.S; LUCENA, G.P. **Medo e dor no trabalho de parto e parto.** São Paulo: Revista Científica de Enfermagem, 2019.

LIMA, K.M.S.V, SILVA, K.L; TESSER, C.D. **Práticas Integrativas e complementares e a promoção da Saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde.** Interface: Comunicação, Saúde e Educação, 2012.

LUCENA, B.A. **Percepção de puerperas frente às práticas de parto normal humanizado em uma maternidade pública do sertão do seridó.** (Dissertação) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil. Escola Multicampi de Ciências Médicas. CAICÓ, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2020.

MACIEL C.L.O, SILVA T.A, CALDEIRA A.G, *et al.* **Técnicas alternativas no parto humanizado: atuação do enfermeiro nesse contexto.** Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS, 2022.

MAFETONI, R. R. *et al.* **Effectiveness of auriculotherapy on anxiety during labor: a randomized clinical trial.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2018.

MAFETONI, R.R; SHIMO, A.K.K. **The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial.** Revista latino- americana de enfermagem, 2016.

MALHEIROS, P.A. *et al.* **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas.** Texto

contexto enferm., 2012.

MARTINS, M.F.S.V. **O programa de assistência pré-natal no cuidados de saúde primários em Portugal □ uma reflexão.** Rev Bras Enferm, 2014.

MASCARENHAS V.H.A, *et al.* **Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto.** Acta Paul. Enferm., 2019.

MEDINA, E.T. **Principais Questões sobre Dor no Trabalho de Parto e Parto:** métodos de alívio não farmacológico. 2019. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobredor-no-trabalho-de-parto-e-parto-metodos-de-alivio-nao-farmacologico/>. Acesso em: 21 jun. 2023.

MENDES, D.S; *et al.* **Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem.** Journal Health NPEPS, 2019.

PASSOS, A.M.B; MELO, F.S; ALMEIDA, T.V; *et al.* **PERCEPÇÃO SOBRE A DOR NO TRABALHO DE PARTO:** Sensações e significados vivenciados entre puérperas. Instituto Federal de Pernambuco, 2022

PITILIN, E.B; SBARDELOTTO, T; SOARES, R.B, *et al.* **Terapia floral na evolução do parto e na tríade dor-ansiedade-estresse:** estudo quase-experimental. Acta Paul Enferm., 2022.

SANTOS, C. L; BORTOLI, C. de F. C; PRATES, L. A. *et al.* **Preparo e percepções de gestantes sobre as vias de parto.** Rev Enferm UFSM, 2016.

SILVA, A.D.V; CUNHA, E.A, ARAÚJO, R.V. **Os benefícios das práticas integrativas e complementares no trabalho de parto.** Research, Society and Development, 2020.

SILVA, R.M; JORGE, H.M.F; MATSUE, R.Y; *et al.* **Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP).** Saúde Soc., 2016.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; Nascimento, Marilene Cabral do. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira.** Rio de Janeiro: SAÚDE DEBATE, 2018.

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REVISÃO INTEGRATIVA

Darly Suyane Felix Silva¹;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7193274951413143>

Valterlúcio dos Santos Sales²;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2375746913814031>

Emmily Petícia do Nascimento Sales³;

Universidade de São Paulo - USP

<http://lattes.cnpq.br/6554572423852538>

Kenya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa⁴;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2384792651547166>

Felipe Paulino da Silva⁵;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2736741621861701>

Rufina Aparecida Matos de Alencar⁶.

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1374210305339241>

RESUMO: O Acidente Vascular Encefálico é considerado como a segunda maior causa de morte e incapacidade em todo mundo, sendo caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo para uma determinada área do cérebro resultando em um AVE isquêmico ou hemorrágico. O objetivo do trabalho foi identificar evidências na literatura sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas para o processo de reabilitação de pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico. O estudo se trata de uma revisão integrativa da literatura. Os artigos focaram sua intervenção na recuperação motora do paciente e na capacidade de deambulação, por ser considerada a meta de maior importância na recuperação e a principal meta almejada pelos pacientes, estando este tipo de prejuízo ligado ao desenvolvimento de depressão, redução da qualidade de vida. As intervenções proporcionaram maior grau de

independência na realização de atividades de vida diária, bem como também melhora na qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente vascular cerebral. Terapias não farmacológicas. Reabilitação.

NON-PHARMACOLOGICAL STRATEGIES FOR THE REHABILITATION OF PATIENTS VICTIMS OF STROKE ACCIDENTS: INTEGRATIVE REVIEW

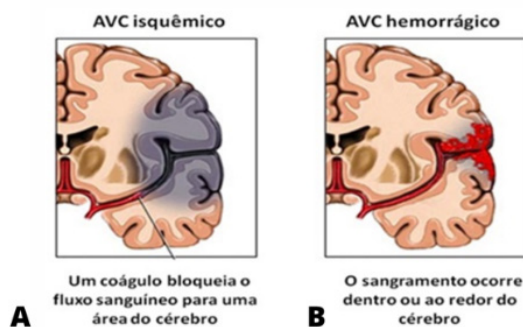
ABSTRAT: Stroke is considered the second leading cause of death and disability worldwide, being characterized by the interruption of blood flow to a certain area of the brain resulting in an ischemic or hemorrhagic stroke. The objective of the work was to identify evidence in the literature on non-pharmacological strategies used in the rehabilitation process of patients suffering from stroke. The study is an integrative review of the literature. The articles focused on their intervention on the patient's motor recovery and ability to walk, as this is considered the most important goal in recovery and the main goal sought by patients, with this type of impairment being linked to the development of depression, reduced quality of life . The interventions provided a greater degree of independence in carrying out activities of daily living, as well as improving the quality of life of patients.

KEY-WORDS: Stroke. Non-pharmacological therapies. Rehabilitation.

1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O AVE é definido como um distúrbio neurológico focal e de início súbito, causado por alterações nos vasos sanguíneos que irrigam a região cerebral. Este evento é classificado em dois tipos (KURIAKOSE e XIAO et al., 2020), o isquêmico (figura 1A), causado pela redução ou obstrução do fluxo sanguíneo em alguma artéria cerebral, ocasionando déficit de suprimento sanguíneo para uma determinada região do encéfalo (CAMPBELL et al., 2019), e hemorrágico (figura 1B), resultado da ruptura mecânica não traumática de um vaso sanguíneo (UNNITHAN e MEHTA, 2022), levando a extravasamento de sangue para o interior do encéfalo, resultando em hemorragia intracerebral (RYMER, 2011).

Figura 1: A. Representação de acidente vascular encefálico do tipo isquêmico. B. Representação de acidente vascular do tipo hemorrágico.



Fontes: <https://encr.pw/9tntT>

Dados do Ministério da Saúde revelam que 85% dos casos estão na categoria do acidente vascular isquêmico, que ao depender da causa pode ser ainda subdividido em: isquêmico aterotrombótico, causado pela formação de placas de ateroma nas paredes do endotélio dos vasos sanguíneos de grande calibre, levando a aterosclerose e oclusão da luz do vaso, ou a formação de trombos; isquêmico cardioembólico quando o êmbolo tem sua origem na região cardíaca e transita através da circulação sanguínea; isquêmico de outra etiologia, comum em jovens, estando associado a distúrbios de coagulação sanguínea; e ainda em acidente vascular criptogênico, nesta categoria a causa não é identificada (BRASIL, 2022a).

Além desta classificação, quando o AVE tem como característica a resolução dos sinais e sintomas em períodos de curto prazo, cerca de uma hora de duração, é considerado como Ataque Isquêmico Transitório (AITs), geralmente causado por trombos ou embolia que se originam no interior do vaso sanguíneo cerebral (FISHER, 2018, AMARENCO, 2020). Os AITs mudam de acordo com a frequência que ocorrem, e eles por si só não causam uma deficiência neurológica por um período de tempo muito longo, mas a sua detecção é de grande importância, devido a um terço dos pacientes com AITs apresentarem tendência maior de serem acometidos por um AVE em um intervalo de cinco anos (GREENBERG et al., 2014).

Em relação ao AVE hemorrágico, a alta pressão cerebral e ruptura de um aneurisma são considerados fatores predominantes (JORDAN et al., 2009). Entretanto, pode ser ocasionado por outros fatores como: envelhecimento, sexo masculino, fatores genéticos, tabagismo frequente, taxa elevada de colesterol, consumo excessivo de álcool e outros tipos de drogas, hipertensão, anomalia vasculares, fatores genéticos, tumores cerebrais, aneurisma arterial intracraniano, traumas craniano, nascimento prematuro, má formação arteriovenosa cerebral e trombose venosa intracraniana, bem como outros fatores (BAI et al., 2020).

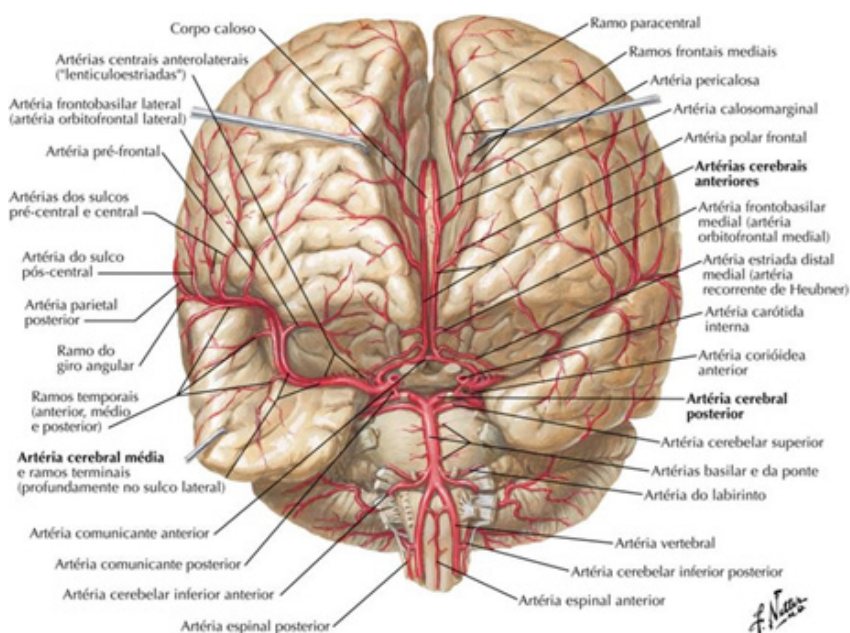
Dados epidemiológicos apontam que cerca de 13,7 milhões de pessoas são acometidas anualmente, com uma média de 5,5 milhões de morte por ano em todo o mundo (LINDSAY et al., 2019). Enquanto isso, no cenário nacional, informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde - DATASUS, mostraram que no ano de 2020, ocorreram 99.010 óbitos por AVE, incluindo dados de infarto cerebral, AVC isquêmico, AVC hemorrágico, hemorragia subaracnóidea e AVC não-especificado como isquêmico ou hemorrágico (DATASUS, 2020).

2 Fisiopatologia, sinais e sintomas e fatores de risco

Para melhor compreensão da fisiopatologia do AVE, é importante destacar o processo de circulação cerebral (figura 2), classificada em circulação cerebral anterior e posterior. Em relação a primeira, ocorre suprimento de maior parte da região do córtex cerebral e da substância branca subcortical, núcleos de base e cápsula interna. Esta circulação anterior consiste na artéria carótídea interna e seus ramos: a artéria coróidea anterior, a artéria cerebral anterior e as artérias cerebrais médias, que por sua vez dão origem aos ramos lentículo-estriados profundos e penetrantes (SHAH e JEYARETNA, 2018).

Por outro lado, a circulação cerebral posterior supre as estruturas do tronco cerebral, cerebelo, tálamo e os lobos occipitais e temporais. Esta circulação consiste em um par de artérias vertebrais, a artéria basilar e seus ramos: as artérias cerebelares inferiores e anteriores, as artérias cerebelares superiores e posteriores, além de fornecerem os ramos tálamo-perfurados e tálamo-geniculados (SHAH e JEYARETNA, 2018).

Figura 2: esquematização da circulação encefálica.

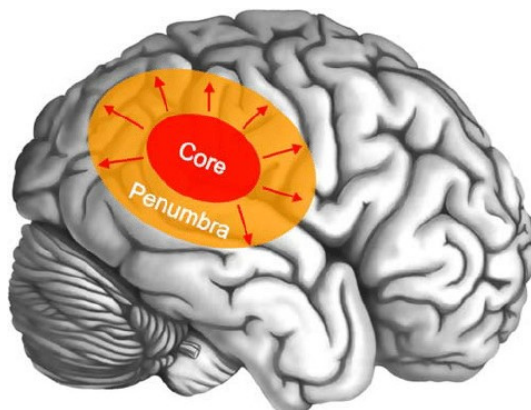


Fonte: NETTER, 2000.

No AVE isquêmico, a fisiopatologia consiste na interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, privando os neurônios de oxigênio e glicose, elementos essenciais para o metabolismo das células. Em uma condição em que este fluxo sanguíneo interrompido não for restaurado, pode ocorrer o processo de morte do tecido cerebral. Isso geralmente acontece quando o fluxo normalmente é inferior a 20% do normal.

No processo de isquemia, a região de morte neuronal é denominada de centro isquêmico, enquanto que a área que circunda o núcleo da região cerebral isquêmica é chamado de zona de penumbra (figura 3) (ISHII et al., 2013). Esta zona é considerada uma região com lesão potencialmente reversível, onde a sobrevivência celular pode ser prolongada. Porém, se o fluxo sanguíneo não for restaurado através da recanalização do vaso ocluído ou circulação colateral a partir de outros vasos, as células que apresentavam lesões reversíveis, podem apresentar lesões irreversíveis.

Figura 3: representação do núcleo isquêmico e da zona de penumbra (alvo para intervenção terapêutica).



Fonte: Kloska et al., 2010

Em contrapartida, o AVE hemorrágico chega a atingir os núcleos de base (50%), lobos cerebrais (10% a 20%), tálamo (15%), ponte e tronco encefálico (10% a 20%) e cerebelo. O hematoma atinge os neurônios e as células da glia, causando oligoemia, liberando neurotransmissores, levando a disfunção mitocondrial, onde a trombina ativa a micróglia, estimulando a inflamação e formação de edema, resultando em compressão do tecido cerebral pelo hematoma e aumento da pressão intracraniana, estando estes eventos associados a lesão primária. A lesão secundária é causada por inflamação e ruptura da barreira hematoencefálica, edema e superprodução de radicais livres (UNNITHAN; das; METHA et al., 2022).

A hemorragia intracraniana podem ser classificadas de acordo com a sua localização, podendo ser intracerebral, subaracnóidea, subdural ou epidural. No caso da hemorragia intracerebral, pode ocorrer um quadro de isquemia local, estando possivelmente associada a cefaleia intensa, alteração da consciência, bem como déficits neurológicos. Já em relação a hemorragia subaracnóidea, pode estar associada a alterações cerebrais decorrentes de

aumento da pressão intracraniana, podendo ser acompanhada de vasoespasmos, o que pode provocar hematoma intracerebral ou hidrocefalia. Este tipo de hemorragia pode também levar a uma situação de isquemia, que geralmente desenvolve algumas manifestações clínicas, como cefaleia e déficits neurológicos, de modo similar a hemorragia intracerebral (GREENBERG et al., 2014).

Os eventos que estão associados ao processo de fisiopatologia promovem sinais e sintomas que podem ser utilizados para o diagnóstico. As manifestações geralmente estão associadas de acordo com a área afetada. Em casos em que o território carotídeo responsável pela irrigação dos 2/3 do encéfalo anterior for acometido, as principais manifestações são: hemiparesia, disfasia, hemi-hipoestesia, disgrafia, dislexia, discalculia, hemianopsia, distúrbios de consciência, distúrbios de comportamentos ou de conduta e cefaleia. Quando o território responsável pela irrigação do terço posterior do encéfalo é acometido, os principais sinais e sintomas são ataxia, vertigem, disfagia, distúrbio visual, distúrbio respiratório, cefaleia e distúrbio de consciência (GAGLIARD, 2019).

Além disso, o AVE é uma condição patológica em que vários fatores podem ser considerados de riscos. Estes fatores estão divididos em modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis estão relacionados a idade (por volta dos 60 anos), localização geográfica, hereditariedade, sexo e raça (sendo o sexo masculino e raça negra por fatores genéticos apresentando uma maior incidência) (CASTRO, et al. 2009). Como fatores modificáveis podemos mencionar, a hipertensão arterial sistêmica (GORGUI et al., 2014), fibrilação atrial (KAPLAN et al., 2019, RYDEN et al., 2021), diabetes mellitus (ALLOUBANI ET AL., 2018), dislipidemias (TZIOMALOS et al., 2009), obesidade (KERNAN et al., 2015) e tabagismo (RODRIGUES, et al. 2017).

Dentre estes fatores, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal para as doenças cerebrovasculares (CIPOLLA et al., 2018), sendo responsável por cerca de 80% dos AVEs (GAGLIARD, 2009). Quando a HAS está em estado descompensado pode comprometer as artérias cerebrais de grande, médio e fino calibre, bem como as camadas íntimas e médias do endotélio vascular, provocando aterosclerose, degeneração fibrinóide e hipohialinose.

Ainda no contexto dos fatores de risco para o surgimento do AVE, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBV), aponta que o Diabetes Mellitus (DM) é outra condição que contribui de maneira significativa para a doença microvascular cerebral, aumentando a ocorrência de AVE isquêmico (ROLINDO et al., 2016). O DM contribui para com aproximadamente 25% dos casos de acidentes vasculares encefálicos, sendo 90% de origem isquêmica.

Portanto, mesmo com a ocorrência de fatores que não podem ser modificados, os profissionais de saúde podem traçar e implementar estratégias que possam garantir prevenção contra o AVE (STRONG et al., 2007), através da adequação de hábitos de vida, como por exemplo, evitar o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas, bem como aderir a uma alimentação saudável, manutenção do peso ideal, ingestão

adequada de água, realização de atividade física de forma regular e o controle da pressão arterial e a glicemia para níveis recomendados (BRASIL, 2022d).

3 Tratamento, Complicações e o processo de reabilitação

O tratamento do AVE é baseado de acordo com a classificação do acidente. A trombólise é utilizada no acidente vascular isquêmico, para restabelecer a vascularização do tecido removendo o coágulo, através da administração de alteplase intravenosa (MICIELI et al., 2009). Além disso, a terapia antiplaquetária e o controle da pressão arterial nas hemorragias intracerebrais são eficazes. No entanto, no AVE hemorrágico não pode ser utilizado o tratamento antiplaquetário, devido o risco de aumentar o sangramento. Além destas medidas, é listada na literatura intervenções cirúrgicas, como a trombectomia (SMITH et al., 2015), QIU et al., 2020), que consiste em um procedimento realizado para remover mecanicamente o coágulo da artéria cerebral. No caso da hemicraniectomia descompressiva, consiste na remoção de parte do crânio para permitir o aumento de volume sem que ocorra a elevação da pressão intracerebral (CLARE, 2020).

Apesar do uso de terapias farmacológicas e de procedimentos cirúrgicos, evidências científicas mostram que outras estratégias podem ser implementadas, para que auxiliem no processo de reabilitação do paciente, são as medidas não farmacológicas. Dentre estas, destacam-se a medicina tradicional chinesa, com ênfase na acupuntura, influenciando no aumento da velocidade do fluxo sanguíneo cerebral (RATMANSKI et al, 2015). Outra terapia utilizada, é a oferta de nutrição adequada, para garantir a manutenção do metabolismo energético, já que o AVE pode resultar em incapacidades físicas que afetam os processos alimentares, dentre elas o comprometimento da deglutição (NIP et al, 2011).

Além disso, os pacientes vítimas de AVE podem apresentar sequelas que afetam a atividade motora, prejudicando funções básicas como caminhar e a realização de atividades de vida diária. Neste sentido, a realização de exercício físico geralmente promove resultados significativos, pois a a prática de atividade física tem um potencial de melhorar as condições físicas e problemas funcionais que são comuns no pós- AVE, além de promover benefícios psicossociais, através de atividades em grupo, garantindo melhora na qualidade de vida e das funções motoras, fortalecendo o equilíbrio, marcha, mobilidade, além de preservar as funções cognitivas. Os mecanismos que explicam estes benefícios são associados ao fato que a prática de exercício físico trabalha toda a estrutura músculo esquelética, promovendo a liberação de hormônios na corrente sanguínea que beneficiam o paciente, diminuindo a carga de estresse e melhorando o desempenho físico, reduzindo a dependência de outras pessoas e a sobrecarga do cuidador (DAVID et al, 2014).

Estudos mostraram que o treinamento aeróbico na fase subaguda do AVE tem um papel significativo nas habilidades funcionais e maior independência nas atividades diárias em pacientes que não tiveram agravos intensos. Porém, ainda não é um método comumente adotado pela equipe multidisciplinar das clínicas de reabilitação pós-AVC

(LEURER; CARMELI; REHABIL, 2003).

Estas medidas são fundamentais para uma adequada assistência ao paciente dentro de um contexto de redução de sequelas, como, fraqueza ou dificuldades nos movimentos pelo acometimento motor (NELSON et al., 2018, PUNDIK et al., 2019), comprometimento somatossensorial (CAREY, 1995, CONNELL et al., 2008), dor (DELPONT et al., 2017) prejuízo na propriocepção, hemiplegia (BYRD et al., 2020), hemiparesia, disfagia (ROHDE et al., 2018, FENG et al., 2019), rigidez muscular, espasticidade, associada a postura inadequada (THIBAUT et al., 2013), e dificuldade na produção da fala em decorrência de fraqueza dos músculos utilizados no processo de fonação (PEDERSEN et al., 2004) Além disso, o paciente pode perder a capacidade de reconhecer o lado afetado e apresentar dificuldade em realizar movimentos (apraxia) (LANE et al., 2021)

Além das funções motoras e sensoriais, problemas cognitivos como alteração no desempenho da memória (MAESHIMA e OSAWA, 2021), e prejuízo para a capacidade de raciocínio são eventos comuns, a depender das regiões cerebrais afetadas. Estes problemas podem dificultar a comunicação, uma vez que a compreensão da fala escrita ou falada podem estar prejudicadas, fenômeno denominado de afasia. No caso das alterações emocionais e comportamentais, são observados casos de ansiedade (RAFSTEN et al., 2018) e depressão (MEDEIROS et al., 2020). Diante de todo esse quadro, é necessário que o paciente seja acompanhado por uma equipe multiprofissional para realizar atividades de reabilitação (BRASIL, 2022e).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste sentido, o processo de reabilitação pós-AVC é imprescindível para proporcionar ao paciente o máximo de independência possível na realização de atividades de vida diária, pois apesar dos agravos, o cérebro tem uma grande capacidade de recuperar funções que foram perdidas após a ocorrência do AVE (HALLAL, 2019). O controle ativo para o planejamento e avaliação das intervenções de reabilitação contribui de forma significativa para o treinamento de profissionais e educação permanente das equipes multiprofissionais com intuito de aperfeiçoar os planos de reabilitação nas unidades pós-AVC, para melhor manejo das sequelas das vítimas que chegam a esse setor (ANDERLE, 2019).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALLOUBANI, A; SALEH, A; ABDELHAFIZ. Hypertension and diabetes mellitus as a predictive risk factors for etroke. **Clin Res Ver**, 2018.

ANDERLE, P; ROCKENBACH, Sheila Petry; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Post-stroke rehabilitation: identification of speech-language disorders signs and symptoms by physicians and nurses in Primary Health Care. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019.

BAI, Q; XUE, M; YONG, W. Microglia and macrophage phenotypes in intracerebral haemorrhage injury: therapeutic opportunities. **Brain**, v. 143, p. 1297- 1314, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde - Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. 2020. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 05 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - Associação Brasileira de AVC - 2022. 2022.

Disponível em:<<https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numerosdoavcnobrasilenomundo/#:~:text=O%20AVC%2C%20de%20acordo%20com,causa%20de%20morte%20no%20pa%C3%ADs>>. Acesso em 20 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - O que é o AVC? Acidente Vascular Cerebral □

2020. Disponível em :< <https://avc.org.br/pacientes/acidente-vascular-cerebral/> >. Acesso em 29 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - Biblioteca Virtual de Saúde. □Minutos Salvam Vidas□: 29/10 - Dia Mundial do AVC. 2021. 2021.

Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov.br/minutos-podem-salvar-vidas-29-10-dia-mundial-do-avcacidente-vascular-cerebral/>>. Acesso em 30 de out. 2022.

BYRD, E. M. et al. Understanding Anosognosia for Hemiplegia After Stroke, 2020.

CAMPBELL, B. C. V. et l. Ischaemic Stroke. **Disease ´Primes**, 2019.

CAREY, L.M. Somatosensory Loss after Stroke. **Critical Reviews**. v. 7, n. 1, p.51- 91, 1995.

CASTRO, J.A.B. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente encefálico. **Rev Bras Clin Med**. v.7, n.7, p.171-173, 2009.

CONNELL, LA; LINCOLN, NB; RADFORD, KA. Somatosensory impairment after stroke: frequency of diferente déficits and their recovery. **Clinical Rehabilitation**, v. 22, p. 758- 767, 2008.

DAVID, H. et al. Physical Activity and Exercise After Stroke Review of Multiple Meaningful Benefits. **Topical Review**. v. 45, p. 3742-3747, 2014.

- DELPONT, B. et al. Pain after stroke: A review. **Revue Neurologique**, octub 2017.
- FENG, MC. et al. The mortality and the Risk of Aspiration Pneumonia Related with Dysphagia Stroke Patients. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v.0, n.0, p.0, 2019.
- FISCHER. This Week in the Journal. **N Engl J Med**, v. 347, n. 21, 2002.
- GAGLIARDI, R.J. Hipertensão Arterial e AVC. **Comciência**. 2009.
- GAGLIARDI, R. J. Acidente vascular cerebral ou acidente vascular encefálico? Qual a melhor nomenclatura? **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 131-132, 2010.
- GLANGLIARD, Rubens José. Acidente Vascular Cerebral: Considerações Gerais e Iniciais. GLANGLIARD, Rubens José, TAKAYANAGUI, Oswaldo M. **Tratado de Neurologia da academia Brasileira de Neurologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.396-400, 2019.
- GOURGUI, J. et al. Hypertension as a Risk Factor for Ischemic in Women. **Can J Cardiol**, v.30, n. 7, p. 774-82, 2014.
- HALLAL, C.Z. Manual de orientações pós-AVC: Um guia prático para ajudar na prevenção, no processo de reabilitação funcional e na adaptação dos pacientes e cuidadores. Universidade Federal de Uberlândia, **Unidade de AVC HCFMB**. Unesp, p. 1-15, 2019.
- ISHII, N. et al. "Enhanced inhibition of ERK signaling by a novel allosteric MEK inhibitor, CH5126766, that suppresses feedback reactivation of RAF activity." **Cancer research**, v.73, p.13,4050-4060, 2013.
- JORDAN, L.C. et al. The Importance of Cerebral Aneurysms in Childhood Hemorrhagic Stroke. **Free PCM article**, v.40, n. 2, p.400-5, 2009.
- KAPLAN, R.M. et al. Stroke Risk as a Function of Atrial Fibrillation Duration and CHA2DS2-VASc Score. **Circulation**, v. 140, p. 1639-1649, 2019.
- KATAN, M; LUFT, A. Global Burden of Stroke. Research. **Semin Neurol**. v. 11, n. 14, 2022.
- KERNAN, W.N; DEARBORN; J.L. Obesity Increases Stroke Risk in Young Adults Opportunity for Prevention. **Stroke**, v. 46, n. 6, p. 1435-6, 2015.
- LANE, D. et al. Body representation in people with apraxia post Stroke– an observational study. **Brain Injury**, v. 35, n. 4, p. 46-475, 2021.
- LEURER, M.K. et al. The effect of early aerobic training on independence six months post stroke. **Clinical Rehabilitation**, v. 17, p. 735-741, 2003.
- LINDSAY, M. Patrice et al. World Stroke Organization (WSO): **global stroke fact sheet**, 2019.
- MEDEIROS, Gustavo C. et al. Post-stroke depression: a 2020 updated review. **General hospital psychiatry**, v. 66, p. 70-80, 2020.

- MICIELI, G; MARCHESELLI, S; ANGELA, P. Tosi Safety and efficacy of alteplase in the treatment of acute ischemic stroke. **Vasc Health Manag**, v. 5, p. 397-409, 2009.
- NELSON, C.M. et al. Motor Impairment–Related Alterations in Biceps and Triceps Brachii. **Neurorehabil Neural Repair**, v. 32, n. 8, p. 799-809, 2018.
- NIP, W.F. R. et al. Dietary intake, nutritional status and rehabilitation outcomes of stroke patients in hospital. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 24, p. 460-469, 2011.
- OLIVEIRA, G.D. Medidas da Pressão de Língua em pacientes pós-Acidente Vascular Cerebral, 2015. **Dissertação** (Mestre em Ciências Fonoaudiológicas). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- OSAWA, A; MAESHIMA S. Unilateral Spatial Neglect Due to Stroke. In: **Dehkharghani S, ed. Stroke**. Brisbane (AU), 2021.
- PEDERSEN, P.M; VINTER, K; OISEN, T.S. Aphasia after Stroke: Type, Severity and Prognosis. **Cerebrovasc Dis**, v. 17, n. 35, p. 35-14, 2004.
- PUNDIK, S. et al. Association of spasticity and motor dysfunction in chronic stroke. **Ann Phys Rehabil Med**, v. 62, n. 6, p. 397-402, 2019.
- QIU, S; XUL, Y. Guidelines for Acute Ischemic Stroke Treatment. **Neurosci**, 2020.
- RAFSTEN, L; DANIELSSON, A; SUNNERHAGEN, S. ANXIETY AFTER STROKE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. **J Rehabil Med**, v. 50, p. 769-778, 2018.
- RATMANSKY, M. et al. Os efeitos da acupuntura no fluxo sanguíneo cerebral em pacientes pós- AVC: um estudo controlado randomizado. **J Altern Complement Med**, v. 22, n. 1, p. 33-7, 2016.
- ROHDE, A. et al. Diagnosis of aphasia in stroke populations: A systematic review of language tests. **Plos One**, v.31, n. 3, 2018.
- ROLINDO, S.J.S. et al. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: Revisão Sistemática dos aspectos atuais do tratamento na fase aguda. **Revista de patologia**, v. 3, n. 3, 2016.
- RYMER, M.M. Hemorrhagic Stroke: Intracerebral Hemorrhage. **Missouri Medicine**, v. 108, n. 1, 2011.
- SHAH, R; JEYARETNA, D.S. Cerebral vascular anatomy and physiology. **Elsevier**, 2018.
- SMITH, W.S. et al. Mechanical Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke Final Results of the Multi MERCI Trial. **Stroke**, San Francisco, 2015.
- STRONG, K; MATHERS, C; BONITA R. Preventing stroke: saving lives around the world. **Lancet Neurol**, v.6, p. 182–87, 2007.
- UNNITHAN, A.K.A, M Das J, MEHTA P. Hemorrhagic Stroke. **StatPearls**, 2022.

THIBAUT, A. et al. Spasticity after stroke: Physiology, assessment and treatment. **Brain Inj**, v.27, n.10, p. 1093–105, 2013.

TZIOMALOS, K. et al. Bentham Science Publishers Ltd. Dyslipidemia as a Risk Factor for Ischemic Stroke. **Current Topics in Medicinal Chemistry**, v. 9, p. 1291-1297, 2009.

Índice Remissivo

A

Acidente Vascular Encefálico 55
adolescentes 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
alterações fisiológicas e psíquicas 46
ansiedade 32, 41, 46, 48, 49, 50, 52, 54, 62
assoalho pélvico 38, 39, 41, 42, 43, 44
Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) 38
Atendimento de emergência 30
atividade física 38, 39, 41, 42, 61
atividades sociais 38, 41

B

bexiga 38, 42

C

capacidade de deambulação 55
cefaleia 29, 31, 32, 59, 60
cérebro 29, 31, 55, 59, 62
coração 30, 31
crise hipertensiva 29, 31, 32, 34, 35
cuidado holístico 25, 46, 51
cuidados 21, 23, 25, 47, 54

D

depressão 38, 40, 41, 55, 62
desenvolvimento sexual 11
dor 33, 34, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 62

E

Educação em saúde 11
emergência hipertensiva 29, 31
enfermagem 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 34, 35, 44, 46, 51, 52, 53, 54
enfermagem obstétrica 46, 51
estomaterapeuta 38
exame físico 30, 32, 33
exclusão social 38, 40

F

falta de conhecimento 11, 16
fluxo sanguíneo 51, 55, 56, 59, 61, 65

G

grau de gravidade 21

H

humanização 46, 51

I

incapacidade 41, 55

incapacidades 38, 41, 61

Incontinência Urinária 38, 39, 40, 42

infecções contagiosas 11, 12

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 11, 12

investigação complementar 30, 32

ISTs 11, 12, 13, 19

L

lesões 29, 31, 59

limitações 38, 41

Ludoterapia 11

M

manejo terapêutico 30, 32

medo 40, 46, 48, 49, 52

morbidade 38, 41

morte 29, 31, 32, 34, 47, 55, 58, 59

N

náuseas 29, 31

necessidades da parturiente 46

O

órgãos 29, 31, 39

P

paciente 21, 22, 23, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 43, 44, 55, 61, 62

parto 12, 42, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54

parturiente 46, 48, 52

perda involuntária de urina 38, 39, 40, 42

prática do cuidado 21

Práticas integrativas 46, 53

práticas integrativas e complementares (PICs) 46

práticas sexuais seguras 11

pressão arterial 29, 31, 61

pressão arterial diastólica 29, 31

pressão arterial sistólica 31

problemas urinários 38, 40

processos de saúde e doença 21

promoção da saúde 11, 13, 15, 16, 22, 24

protagonismo feminino 46

pseudocrise hipertensiva 30, 31, 32

Q

qualidade de vida 38, 39, 40, 41, 44, 55, 61

R

reabilitação 38, 43, 55, 61, 62, 64

recuperação motora 55

S

saúde do adolescente 11, 16

sistema renal 38, 41

Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) 21

Sociedade Internacional de Continência (ICS) 38, 39

subestimação 38, 40

superestimação 38, 40

T

técnicas invasivas 46, 50

Tecnologia educacional 11

teorias e conhecimentos 21

Terapias não farmacológicas 56

trabalho da equipe 21

trabalho de parto 46, 48, 49, 50

treinamento dos músculos 38, 42

tríade dor-ansiedade-medo 46

U

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 21

urgência hipertensiva 29, 31



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 