

TÓPICOS MULTIDISCIPLINARES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Huderson Macedo de Sousa | Org.



2020

Huderson Macedo de Sousa
Organizador

**TÓPICOS MULTIDISCIPLINARES EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE**



Pantanal Editora

2020

Copyright© Pantanal Editora
Copyright do Texto© 2020 Os Autores
Copyright da Edição© 2020 Pantanal Editora
Editor Chefe: Prof. Dr. Alan Mario Zuffo
Editores Executivos: Prof. Dr. Jorge González Aguilera
Prof. Dr. Bruno Rodrigues de Oliveira

Diagramação: A editora

Edição de Arte: A editora. Imagens de capa e contra-capa: Canva.com

Revisão: Os autor(es), organizador(es) e a editora

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – OAB/PB
- Profa. Msc. Adriana Flávia Neu – Mun. Faxinal Soturno e Tupanciretã
- Profa. Dra. Albys Ferrer Dubois – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – IF SUDESTE MG
- Profa. Msc. Aris Verdecia Peña – Facultad de Medicina (Cuba)
- Profa. Arisleidis Chapman Verdecia – ISCM (Cuba)
- Prof. Dr. Bruno Gomes de Araújo - UEA
- Prof. Dr. Caio Cesar Enside de Abreu – UNEMAT
- Prof. Dr. Carlos Nick – UFV
- Prof. Dr. Claudio Silveira Maia – AJES
- Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – UFGD
- Prof. Dr. Cristiano Pereira da Silva – UEMS
- Profa. Ma. Dayse Rodrigues dos Santos – IFPA
- Prof. Msc. David Chacon Alvarez – UNICENTRO
- Prof. Dr. Denis Silva Nogueira – IFMT
- Profa. Dra. Denise Silva Nogueira – UFMG
- Profa. Dra. Dennyura Oliveira Galvão – URCA
- Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves – ISEPAM-FAETEC
- Prof. Me. Ernane Rosa Martins – IFG
- Prof. Dr. Fábio Steiner – UEMS
- Prof. Dr. Gabriel Andres Tafur Gomez (Colômbia)
- Prof. Dr. Hebert Hernán Soto Gonzáles – UNAM (Peru)
- Prof. Dr. Hudson do Vale de Oliveira – IFRR
- Prof. Msc. Javier Revilla Armesto – UCG (México)
- Prof. Msc. João Camilo Sevilla – Mun. Rio de Janeiro
- Prof. Dr. José Luis Soto Gonzales – UNMSM (Peru)
- Prof. Dr. Julio Cezar Uzinski – UFMT
- Prof. Msc. Lucas R. Oliveira – Mun. de Chap. do Sul
- Prof. Dr. Leandris Argente-Martínez – Tec-NM (México)
- Profa. Msc. Lidiene Jaqueline de Souza Costa Marchesan – Consultório em Santa Maria
- Prof. Msc. Marcos Pisarski Júnior – UEG
- Prof. Dr. Mario Rodrigo Esparza Mantilla – UNAM (Peru)
- Profa. Msc. Mary Jose Almeida Pereira – SEDUC/PA
- Profa. Msc. Nila Luciana Vilhena Madureira – IFPA
- Profa. Dra. Patrícia Maurer
- Profa. Msc. Queila Pahim da Silva – IFB
- Prof. Dr. Rafael Chapman Auty – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Rafael Felipe Ratke – UFMS
- Prof. Dr. Raphael Reis da Silva – UFPI

- Prof. Dr. Ricardo Alves de Araújo – UEMA
- Prof. Dr. Wéverson Lima Fonseca – UFPI
- Prof. Msc. Wesclen Vilar Nogueira – FURG
- Profa. Dra. Yilan Fung Boix – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT

Conselho Técnico Científico

- Esp. Joacir Mário Zuffo Júnior
- Esp. Maurício Amormino Júnior
- Esp. Tayronne de Almeida Rodrigues
- Esp. Camila Alves Pereira
- Lda. Rosalina Eufrausino Lustosa Zuffo

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
T674	Tópicos multidisciplinares em Ciências da Saúde / Organizador Huderson Macedo de Sousa. – Nova Xavantina, MT: Pantanal, 2020. 53p.
	Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web ISBN 978-65-88319-16-1 DOI https://doi.org/10.46420/9786588319161
	1. Ciências da saúde. 2. Humanização. I. Sousa, Huderson Macedo de. CDD 610
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

O conteúdo dos e-books e capítulos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do(s) autor (es) e não representam necessariamente a opinião da Pantanal Editora. Os e-books e/ou capítulos foram previamente submetidos à avaliação pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação. O download e o compartilhamento das obras são permitidos desde que sejam citadas devidamente, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais, exceto se houver autorização por escrito dos autores de cada capítulo ou e-book com a anuência dos editores da Pantanal Editora.

Pantanal Editora

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000. Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil.
 Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp).
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br

APRESENTAÇÃO

A realização do livro “Tópicos Multidisciplinares em Ciências da Saúde” é uma obra composta por estudos de diferentes áreas das ciências da saúde. Essa obra é composta por 4 artigos científicos que abordam assuntos sobre as ciências da Saúde.

No capítulo I os autores trazem uma discussão sobre humanização em urgência e emergência. O trabalho teve como o principal objetivo refletir sobre a correta sistematização de enfermagem no atendimento de urgência e emergência de forma humanizada e que garanta o pleno respeito à vida e dignidade humana.

Os autores do capítulo II trazem à tona uma discussão sobre a qualidade de vida dos idosos frequentadores de um centro de convivência na cidade de Floriano – PI. E nas suas conclusões afirmam que o centro de convivência proporciona uma relação familiar e afetiva entre seus frequentadores o que os deixam mais satisfeitos e felizes.

Já no capítulo III os autores emergem uma discussão sobre os a importância da abordagem fisioterapêutica na reabilitação de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e dentre as suas conclusões pode-se destacar que a atuação do fisioterapeuta é indispensável no tratamento da DPOC, pois esses profissionais proporcionam uma melhor qualidade de vida aos seus pacientes. E os autores ainda ressaltam que “Quanto mais precocemente for iniciado o tratamento maior serão os benefícios alcançados”.

Ainda falando sobre os recursos fisioterapêuticos no capítulo IV e último capítulo a discussão é sobre a atuação do fisioterapeuta no tratamento da dor orofacial nas desordens temporomandibular, os autores constataram e destacam que “Os recursos fisioterapêuticos são primordiais no tratamento da dor orofacial.

Por fim, obrigado aos autores pelas suas contribuições e que cada uma das pesquisas apresentadas neste livro possa contribuir efetivamente para a melhoria de nossa sociedade.

Huderson Macedo de Sousa

SUMÁRIO

Apresentação	4
Sumário.....	5
Capítulo I.....	6
Humanização em urgência e emergência: atuação do enfermeiro	6
Capítulo II	18
Qualidade de vida dos idosos frequentadores de um centro de convivência	18
Capítulo III.....	33
A importância da abordagem fisioterapêutica na reabilitação de pacientes com DPOC	33
Capítulo IV	42
Recursos fisioterapêuticos no tratamento da dor orofacial nas desordens temporomandibular.....	42
Sobre o Organizador.....	51
Índice Remissivo	52

Humanização em urgência e emergência: atuação do enfermeiro

Recebido em: 16/09/2020

Aceito em: 19/09/2020

 10.46420/9786588319161cap1

Jovelina Rodrigues Dos Santos Arrais Neta^{1*} 

Huderson Macedo de Sousa² 

Minélia da Costa Figueiredo³ 

Joelton Gomes Carreiro⁴ 

Rodrigo Lopes Gomes Gonçalves⁵ 

Edilson Gomes de Oliveira⁶ 

INTRODUÇÃO

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva (Goulart; Chiari, 2010).

Este conceito pode ser traduzido como uma busca incessante pelo conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, família e equipe, elucidando assim a importância da mesma durante o período da internação (Bolela; Jericó, 2006).

Sendo assim, a humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários (Goulart e Chiari, 2010).

A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro que emerge da realidade na qual os usuários dos serviços de saúde queixam-se dos maus-tratos. Essas queixas podem ser observadas na mídia que denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população.

¹ Universidade Estadual do Piauí, Floriano – PI.

² Universidade Federal do Maranhão, São Luís – MA.

³ Universidade Regional do Cariri, Cariri-CE.

⁴ Universidade Federal do Maranhão.

⁵ Centro de Educação Tecnológico de Teresina, Teresina-PI.

⁶ Universidade Estadual do Piauí, Floriano – PI.

* Autor de correspondência E-mail:

Até as publicações científicas comprovam a veracidade de muitos destes fatos. No cuidado à saúde, em nosso país, a humanização do cliente está incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988 que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral (Andrade et al., 2009).

O assunto, também, é tema da Carta dos Direitos do Paciente e da Comissão Conjunta para Acreditação de Hospitais para a América Latina e o

Caribe. Mais recentemente, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo principal é aprimorar as relações dos profissionais da saúde, tanto entre si como do hospital com a comunidade. Para isto, é preciso valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade (Andrade et al., 2009).

A enfermagem é considerada uma profissão que sofre o impacto total, imediato e concentrado do stress, que advém do cuidado constante com pessoas doentes, situações imprevisíveis, execução de tarefas, por vezes, repulsivas e angustiantes, o que é comum nas unidades de pronto socorro. Os profissionais que atuam em unidades de atendimento de emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas e precisas e capazes de distinguir as prioridades, avaliando o paciente como um ser indivisível, integrado e inter-relacionado em todas as suas funções (Gatti, 2005).

Além disto, uma das características mais marcantes do pronto socorro é a dinâmica intensa de atendimento, assim, agilidade e a objetividade se tornam requisitos indispensáveis aos profissionais, pois o paciente grave não suporta demora na tomada de decisões ou mesmo falhas de conduta e estas exigências tornam-se também fontes de stress para os profissionais destas unidades, o que muitas vezes dificulta o cuidado humanizado (Menzani; Bianchi, 2009).

A emergência representa uma situação ameaçadora e brusca que requer medidas imediatas de correção e defesa, diferenciando-se do atendimento em consultórios, unidades de saúde básica, ou de tratamento programado, pois os sujeitos apresentam uma ampla variedade de problemas atuais ou potenciais, podendo seu estado alterar-se de minuto a minuto, desse modo, a decisão do enfermeiro deve

ser imediata, baseada num atendimento sistematizado e preciso, geralmente estabelecendo prioridades através de protocolos de emergência.

O trabalho tem como objetivos, ponderar a atuação do enfermeiro na humanização em urgência e emergência, revelar a posição da enfermagem acerca da humanização, refletir sobre a correta sistematização de enfermagem no atendimento de urgência e emergência de forma humanizada e que garanta o pleno respeito à vida e dignidade humana.

MÉTODOLOGIA

Optou-se em fazer uma abordagem qualitativa, visto que o objeto de estudo se refere ao exercício da humanização da enfermagem durante urgências e emergências e as relações que se estabelecem entre os sujeitos no exercício da mesma.

A pesquisa utilizou o método descritivo qualitativo assumindo a forma de pesquisa bibliográfica por procurar estudar a metodologia através de referências teóricas adquiridas em literaturas (pesquisa bibliográfica e documental) e informações existentes a respeito do tema estudado.

Polit (2006) enfatiza que a pesquisa qualitativa exige atitudes fundamentais, tais como: abertura, flexibilidade, capacidade de observação e interação do investigador com os atores sociais envolvidos, têm como premissa que outras relações possam ser apreendidas no transcurso do processo de investigação, dada a própria dinamicidade da realidade.

Visando atender ao objetivo especificado desse trabalho, foi utilizado o método de revisão de literatura sobre a temática definida. A revisão de literatura será utilizada no processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema proposto, permitindo uma exploração do que já foi escrito sobre o tema e/ou problema da pesquisa.

O estudo bibliográfico é a busca de uma problematização de um projeto de pesquisa a partir de referências publicadas, analisando e discutindo as contribuições culturais e científicas. Ela constitui uma excelente técnica para fornecer ao pesquisador a bagagem teórica, de conhecimento, e o treinamento científico que habilitam a produção de trabalhos originais e pertinentes. A consulta de fontes consiste: na

identificação das fontes documentais (documentos audiovisuais, documentos cartográficos e documentos textuais), na análise das fontes e no levantamento de informações (reconhecimento das ideias que dão conteúdo semântico ao documento) (Polit, 2006).

Esta pesquisa tem característica explicativa, porque segundo Gil (2008), identifica os fatores determinantes ou contribuintes para a ocorrência dos fenômenos, aprofundando o conhecimento da realidade, explicando a razão e o porquê das coisas. É desenvolvida com base em materiais já elaborados, como livros e artigos científicos. Tem como vantagem, a permissão ao investigador a uma cobertura de fenômenos mais ampla, porém, há uma contrapartida, uma vez que fontes secundárias apresentam coleta de dados de forma equivocada, sobretudo, o pesquisador tem como objetivo, se assegurar das condições que os dados foram obtidos e analisar profundamente cada informação, descobrindo incoerências e contradições desses dados (Gil, 2002).

Por fim, a análise bibliográfica foi efetivada tendo como referência concreta o estudo realizado através da produção científica já existente sobre o tema, ou seja, artigos, trabalhos de pesquisa, periódicos e outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo analisamos trabalhos científicos que continham o objeto de pesquisa e, após o devido tratamento, os mesmos foram categorizados em áreas temáticas, a saber: conceito de humanização, humanização na emergência, humanização nos serviços de enfermagem.

Com base na análise dos artigos da literatura pesquisada observa-se que a humanização do atendimento nos serviços de saúde ganha destaque no início do terceiro milênio, quando o Ministério da Saúde criou a PNH, que norteou a implantação do PNHAH. “No âmbito hospitalar, a humanização dos cuidados tornasse necessária, à medida que alguns fatores como o avanço da tecnologia médica, as rotinas hospitalares e o paternalismo da equipe de saúde fazem, por muitas vezes, com que o cuidado seja apenas a aplicação de procedimentos técnicos com objetivos mecanicistas e, conseqüentemente, desfavorecedor da autonomia do paciente” (Peres, 2011).

ATENDIMENTO HUMANIZADO

O atendimento humanizado, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, prestigiar a melhoria da vida e da relação entre as pessoas em geral. Quando se fala de humanização da assistência em saúde, pensa-se em descentralização do atendimento e na necessidade de um atendimento mais humano com foco na dignidade das pessoas que necessitam de cuidados e/ou atenção. Em algumas situações extremas, os agravos a saúde podem ocorrer em determinadas situações de emergência como nos casos de epidemias, acidentes ou catástrofes (Gallo, 2009).

Moraes (2014) afirma que a humanização da assistência à saúde exige qualidade tanto na competência clínica como comportamental dos profissionais seja da Enfermagem ou de qualquer outra área de atendimento. Humanizar a assistência prestada é adotar práticas na qual o profissional respeite o cliente considerando-o como um ser independente e digno. No que se refere às unidades de urgências e emergências hospitalares sabe-se que estes serviços apresentam uma rotina acelerada o que pode tornar um ambiente exaustivo e gerador de conflitos entre os profissionais e que com frequência a visão integral do ser humano perde-se em meio a situações de risco eminente de morte, conseqüentemente fazendo com que o cuidado emergencial seja pouco humanizado.

É importante enfatizar que o atendimento humanizado não é só condição técnica, mas também a solidariedade, o respeito e o amor pelo ser humano. Sendo importante ressaltar que de todos os profissionais da saúde envolvidos na assistência, o enfermeiro, é o que tem maior responsabilidade nesta humanização, uma vez que mantém sob sua responsabilidade um grande número de profissionais de enfermagem, que deverão estar comprometidos com esta assistência. Assim a enfermagem pode ser considerada a principal responsável pela implantação e manutenção da sistematização e humanização da assistência nas unidades de urgências e emergências, proporcionando alívio do sofrimento imediato e reorientações de condutas (Zem et al., 2012).

A estrutura da representação social e capacitação para conhecimento do objeto humanização encontra-se associada a uma concepção humanística (amor, cuidado, respeito, dignidade, igualdade e

atenção ao ser humano), que concorda com Andrade (2011), onde relaciona um comportamento voltado para a qualificação do atendimento e melhoria organizacional, ainda pode se dizer que a humanização além das concepções anteriores vem ganhando importância nos termos qualidade e resolutividade nos serviços de saúde.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A demanda por atendimento nas unidades de urgência e emergência, além de excessiva, não se esgotam no que se considera um problema de saúde, mas também é caracterizada muitas vezes por pacientes que procuram este tipo de serviço, como necessidades não urgentes, que buscam no atendimento de saúde uma resolução para os mais diversos problemas sociais e de saúde. Na opinião de alguns profissionais de saúde a grande procura por atendimento nas unidades de urgência e emergência no Brasil está relacionada à concentração de recursos humanos e tecnologias que as unidades de urgências e emergências oferecem.

Os serviços de emergência hospitalares no Brasil são um fenômeno mundial caracterizado por todos os leitos da unidade de emergência ocupados, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera para o atendimento acima de uma hora, alta tensão na equipe assistencial, grandes pressões na demanda do atendimento o que pode resultar em baixo desempenho do sistema de saúde (Bittencourt, 2009).

No entanto muitos pacientes em situações não urgentes procuram atendimento nestas unidades porque elas estão aparentemente mais disponíveis e também pela falta de opção de escolha para recorrer a outros recursos, é o que Garlet (2009) nos mostra, quando diz que nesta concepção pode se entender que o principal problema da grande demanda nos serviços de urgência e emergência está diretamente relacionado com a falta de políticas públicas para atendimento funcional na atenção primária.

O atendimento de urgência e emergência é essencial para manutenção da vida. Por tanto se torna necessário a capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da assistência, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção extra hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo profissionais de nível superior e de nível técnico, em comum acordo com as

diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação onde deve estar estruturado o atendimento de urgência e emergência normatizado pelas leis vigentes do Ministério da Saúde (Sousa, 2011) .

HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

O atendimento ao usuário se dá através da atuação em equipe e da integração entre as diferentes categorias de profissionais nas unidades de urgência e emergência (Regina et al., 2009). Ratificando com tais pressupostos, Bellucci Júnior e Matsuda (2012) afirmam que o acolhimento ao usuário nos serviços hospitalares de emergência podem ser realizados por todo profissional em saúde, desde que, este esteja treinado para este fim.

Contudo, a classificação de risco é responsabilidade específica do enfermeiro, pois se tratar de um profissional de nível superior com conhecimento necessário para desempenhar esta tarefa (Bellucci et al., 2012). Para isso, o enfermeiro se baseia na tomada de decisão que se dará através de uma escuta qualificada. O julgamento clínico e crítico das queixas irá direcionar para um raciocínio lógico, que determinará o risco. Este julgamento se dá por meio de entrevista, análise exame físico sucinto, verificação de dados vitais e eventualmente algum exame complementar (ECG ou glicemia capilar) para que seja possível fórmula julgamento de cada caso.

Corroborando e contribuindo com outros aspectos Acosta et al. (2012) afirmam que o enfermeiro deve realizar a coleta de informações, baseando-se, principalmente, na escuta dos antecedentes clínicos e da queixa principal somada à análise de exame físico, a fim de se identificar os sinais e sintomas, possibilitando o reconhecimento de padrões normais ou alterados e o julgamento de probabilidade do risco. Além disso, o enfermeiro interpreta também os sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do paciente, para verificar a credibilidade da informação clínica. Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro na classificação de risco também é influenciado por aspectos sociais e pelo contexto de vida em que o usuário se encontra. Assim, o enfermeiro utiliza a avaliação intuitiva para exercer a classificação a partir da aparência física e do modo que o paciente apresenta o seu problema (Acosta et al., 2012).

Além disso, os autores afirmam ainda que apesar do entendimento destes conceitos, ainda existe dificuldade na implementação de tal política, pois, muitos serviços não oferecem condições para tal e, ainda, é necessário maior capacitação dos profissionais. Ou seja, o enfermeiro, como potencial utilizador e implementador desse processo demanda de uma capacitação específica. Dessa forma, torna-se necessário também um maior número de estudos aprofundados sobre as condições, fatores que facilitam e dificultam tais práticas.

Contudo, atualmente, há poucos trabalhos nacionais que abordam essa temática, e menos ainda, evidenciando o papel do enfermeiro no processo de acolhimento com classificação de risco (Souza; Bastos, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o tema humanização passou a ser discutido amplamente na sociedade, particularmente nos serviços de saúde e hospitais como uma reação ao modelo hegemônico de assistência à saúde. Sabe-se que o governo nacional tem priorizado o atendimento humanizado e incentivado que as instituições sigam os modelos padronizados conforme a PNH.

Para que realmente aconteça a humanização da assistência hospitalar como o Ministério da Saúde recomenda, muito tem que ser feito, a começar pela assistência da atenção básica, avançando por toda a rede assistencial até chegar ao nível hospitalar, que necessita ampliar sua estrutura física, seu quadro de recursos humanos e treinar, valorizar e dar condições de trabalho.

Compreende-se que a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis.

Embora exista o estresse característico da unidade de emergência, faz-se necessária a elaboração de estratégias de aplicabilidade na dinâmica do serviço no intuito de amenizar fatores possíveis de interferir na qualidade do atendimento. Portanto, a humanização no ambiente de atendimento de urgência e

emergência precisa ser trabalhada com vistas a intervenções voltadas ao bem-estar do paciente/família, dos profissionais, da comunidade em geral e da instituição.

Ressalta-se que resgatar a formação humanística, tanto quanto a da capacitação em relacionamento interpessoal dos profissionais da enfermagem, é ponto básico para a área da saúde, veiculando condutas para uma assistência mais empática, de qualidade, eficiência e confiabilidade. Assim, a busca insistente por uma assistência de qualidade só pode ser garantidos e transmitidos por pessoas capacitadas e instruídas, trabalhando em um serviço que incentivem e motivem seus profissionais a terem atitudes humanizadas.

Diante da execução deste trabalho, ficou claro que há possibilidades de implantação de um processo assistencial humanizado em unidades de urgência e emergência hospitalar, mesmo que em longo prazo, desde que este tema seja abordado na prática e não somente na literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta et al. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4): 181-190.
- Almeida PJS, Pires DEP (2007). O Trabalho em Emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3): 617 – 629.
- Andrade et al. (2009). Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(1): 151-157.
- Andrade et al. (2011). Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(s.1): 1115-1124.
- Batista KM, Bianchi ERF (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(4): 534-539
- Bellucci Júnior JA, Matsuda LM (2012). Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5): 751-757.

- Bittencourt RJ, Hortale VA (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública, 25(7): 1439-1454.
- Bolela F, Jericó MC (2006). Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Escola Anna Nery, 10(2): 301-308.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2005). Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, São Paulo: MS.
- Dias FASF (2005). Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1): 7-13.
- Diniz CSG (2001). Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. (Tese Doutorado), Faculdade de medicina da USP. 254p.
- Dora DDI, Silveira DD (1998). Direitos humanos, ética e direitos reprodutivos. Porto Alegre. Themis.
- Figueiredo NMA, Coelho MJ (2004). Aprendendo a cuidar em emergência hospitalar: equipe, funções e ações. In: Figueiredo NMA (org). Cuidando em emergência. São Caetano do Sul: São Paulo. 101-112.
- Fischer et al. (2006). O enfermeiro diante do atendimento pré-hospitalar: uma abordagem sobre o modo de cuidar ético. Revista Mineira de Enfermagem, 10(3): 253-258.
- Gallo AM, Mello HC (2009). Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. Apucarana: Revista F@pciencia, 5(1): 1-11.
- Garlet et al. (2009). Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. Texto Contexto Enfermagem, 18(2): 266-272.
- Gatti MFZ (2005). A música como intervenção redutora da ansiedade do profissional de serviço de emergência: utopia ou realidade? [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP.
- Gil AC (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas. 175p.
- Gil AC (2008). Como elaborar projetos de pesquisa. 6. Ed. São Paulo: Atlas. 188p.
- Goulart BNG, Chiari BM (2010). Humanização das Práticas do Profissional de Saúde – Contribuições Para Reflexão. Ciência & Saúde Coletiva, 15(1): 255-268.

- Leopardi MT (1999). Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC.
- Machado PSSF (2006). Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 7-13.
- Ministério da Saúde (2001). Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde.
- Moraes et al. (2014). Percepção de pacientes idosos acerca da humanização. *Revista Científica de Enfermagem*, 4(11): 10-17.
- Menzani G, Bianchi ERF (2009). Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2): 327-333.
- OMS (2008). Assistência ao parto normal: um guia prático. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Peres et al. (2011). Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3): 334-340.
- Polit DF, Beck CT (2006). Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 457-494.
- Puccini PT, Cecílio LCO (2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 342-353.
- Watson J (2009). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder (USA): Associated University Press.
- Sodré et al. (2007). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de assistência na uti. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1): 52-58.
- Sousa et al. (2011). Educação continuada em serviços de urgência e emergência. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 15(3): 137-146.
- Souza R, Bastos M (2008). Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12(4): 581-586.

Talento BJW (1993). Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. In: George JB. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 254-67.

Tacsi YRC, Vendruscolo DMS (2004). A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12(3): 477-484.

Zem et al. (2012). Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 13(4): 899-908.

Qualidade de vida dos idosos frequentadores de um centro de convivência

Recebido em: 16/09/2020

Aceito em: 19/09/2020

 10.46420/9786588319161cap2

Ísis Cristina de Sousa^{1*} 

Huderson Macedo de Sousa² 

Antônio Ycaro Rodrigues Lucena³ 

Jovelina Rodrigues dos Santos Arrais Neta⁴ 

Joelton Gomes Carreiro⁵ 

Ana Paula da Silva Nascimento⁶ 

Geise Raquel Sousa Pinto⁷ 

Agna Roberta Rodrigues de Sousa⁸ 

INTRODUÇÃO

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um acréscimo do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2006).

O Brasil expõe uma taxa de envelhecimento populacional exuberante. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq 60 anos), correspondendo a 10,8% dos brasileiros (IBGE, 2010).

Em consonância com o crescimento da população idosa o IBGE, enfatiza que as mulheres continuarão vivendo mais do que os homens. Em 2060, a expectativa de vida delas será de 84,4 anos,

¹ Universidade Estadual do Piauí, Floriano – PI.

² Universidade Federal do Maranhão, São Luís – MA.

³ Universidade Ceuma, Imperatriz – MA.

⁴ Universidade Estadual do Piauí, Floriano - PI

⁵ Universidade Federal do Maranhão.

⁶ Universidade Estadual do Piauí, Floriano – PI.

⁷ Faculdade Pitágoras, São Luís – MA.

⁸ Universidade Estadual do Piauí, Floriano -PI

* Autor de correspondência E-mail:

contra 78,03 dos homens. Hoje, elas vivem, em média, até os 78,5 anos, enquanto eles, até os 71,5 anos (IBGE, 2010).

Os conceitos ligados as palavras: velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjetivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplicam-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjetivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico (Morato, 2011). O envelhecimento é um processo correspondente de todo o ser humano. Este processo apresenta características de ser universal, natural, não depende da vontade do indivíduo, sendo que todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina, e assim nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter (Duarte, 2008).

Muitos autores têm concepções distintas para o conceito da velhice. Vasconcellos (1996) define como aquele indivíduo com mais de 60 anos, no entanto não há nesta idade nenhum marcador que possa identificar este indivíduo como velho.

Salgado (2007) assegura que o envelhecimento pode ser também uma obra da sociedade, na qual todos estão inseridos, pois além dos fatores biológico, cronológico e psicológico o ambiente e as condições em que se vive influenciam no método de envelhecimento e no contorno em que chega à senilidade. Assim, o processo de envelhecimento é entusiasmado também pela sociedade e pelo indivíduo.

O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico apresenta-se em cada ser humano idoso de modo singular e único. Se quantificássemos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida (Martins et al., 2007).

A velhice é um processo complexo de alterações na trajetória de vida das pessoas. Cada contexto tem particularidades que vão alterar o estilo de vidas de cada um, com isso, os modos de revelar o significado da velhice e do processo de envelhecer para os idosos dependem de como viveu essa pessoa e como as adaptações e enfrentamentos cotidianos são feitos. A repercussão do envelhecer é respondida por eles de maneira diferente, dependendo da história de vida pessoal, da disponibilidade de suporte

afetivo, das redes sociais, do sistema de valores pessoais e do estilo de vida adotado por cada um (Freitas et al, 2010).

Entende-se por qualidade de vida, segundo a OMS, a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se, portanto, de um conceito caracterizado pela subjetividade e multidimensionalidade, uma vez que envolve os componentes essenciais da condição humana, sejam eles físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais (Vecchia et al., 2005).

O termo qualidade de vida (Q.V), tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos. A Q.V pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação (González, 1993).

Não há um consenso na literatura sobre a definição do termo de qualidade de vida, pois é um conceito amplo, complexo e com múltiplas aplicações nas mais diversas disciplinas e campos do conhecimento humano (Campolina; Cinoelli, 2006).

Para Spirduso (2005) existem alguns principais fatores, abaixo citados, que constituem a qualidade de vida para as pessoas de terceira idade. a) os fatores de função cognitiva e emocional refletem o desejo de cada um manter a produtividade, independência e uma interação ativa com o meio ambiente; b) a satisfação de vida e a sensação de bem-estar representam controle emocional e saúde mental; c) a independência financeira, embora não essencial, tem potencial garantido para se ter qualidade de vida; d) as funções sociais, recreativas e sexuais permitem que os idosos enriqueçam ainda mais suas vidas.

A preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um abalo dentre as ciências humanas e biológicas com o intuito de valorizar parâmetros mais abrangentes que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (OMS, 1998).

Na velhice ter uma vida saudável significa manter ou restaurar a autonomia e a independência. Define-se a primeira como a capacidade de decisão, e a segunda como a capacidade de realizar algo por meios próprios. Portanto, quantificar o grau de autonomia do idoso, bem como o grau de independência

em desempenhar as atividades do dia-a-dia, é uma forma de avaliar a sua saúde e a qualidade de vida (Nakatani et al., 2003).

Assim esse trabalho teve como objetivo, avaliar a satisfação da qualidade de vida dos idosos que frequentam um grupo de convivência de Floriano- PI através da escala de Flanagan.

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo descritiva com abordagem quanti-qualitativa desenvolvido junto aos idosos que frequentam o centro de convivência de Floriano-PI.

Segundo Gil (2010), a pesquisa descritiva tem como alvo primordial a descrição de definida população ou acontecimento, ou, então o estabelecimento de relações entre variáveis.

Segundo Diehl (2004), a pesquisa quantitativa usa da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

A pesquisa teve como lócus o Apoio à Melhor Idade (AMI), no município de Floriano-PI, na modalidade Centro de Convivência (CC), designado com objetivo de elevar a qualidade de vida, promover a participação, a convivência social, a cidadania e a integração.

A população alvo foram idosos frequentadores do CC de Floriano-PI. A amostra limitou-se a 50 idosos que frequentam o AMI com faixa etária de 60 anos ou mais, que estão integrados a mais de um ano na instituição, tenham condições mentais e cognitivas de responder o questionário e aceitem participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram os que visitam o AMI esporadicamente, possuem algum problema mental e que não aceitaram participar da pesquisa. Fez parte também da amostra a enfermeira da área que abrange o centro de convivência dos idosos, com o objetivo de identificar sua participação na qualidade de vida da população estudada.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturada composto de três partes: a primeira, constituindo-se dos dados sociodemográficos, a segunda aplicação da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF). Flanagan (1978) conceitualiza qualidade de vida a partir de cinco dimensões,

bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, amizades e aprendizado, desenvolvimento pessoal de realização e recreação. Flanagan (1982) mensura a qualidade de vida por meio de quinze itens onde o respondente tem sete opções de resposta, que vai de: “muito insatisfeito” (escore 1) até “muito satisfeito” (escore 7). A pontuação máxima alcançada na avaliação da qualidade de vida proposta por Flanagan é de 105 pontos e a mínima de 15 pontos, que refletem baixa qualidade de vida. O uso do referido instrumento se justifica pelo bom nível de confiabilidade apresentado em outros estudos. a terceira parte foi através da aplicação de um segundo questionário subjetivo, com a enfermeira que abrange essa população, para o conhecimento das ações desempenhadas junto aos idosos para a melhora da qualidade de vida.

Com base nos questionários, os dados foram analisados e interpretados quantiqualitativamente. O tratamento dos dados foi feito estatisticamente simples apresentados sob forma de gráficos e tabelas, através dos programas Microsoft Word e Excel 2010. Quanto às perguntas abertas, foram interpretadas e divididas por categorias e analisados à luz da literatura pertinente.

A coleta de dados foi realizada no período de março e abril de 2015, após homologação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí (CAAE: 39581514.7.0000.5209). No ato da entrevista foi apresentado TCLE contendo objetivos, riscos, benefícios e direito a suspensão da participação; uma guia foi entregue aos participantes (idosos e enfermeira) a outra ficou de posse da pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos através da participação de 50 idosos que frequentam o Apoio Melhor Idade de Floriano-PI.

Dos frequentadores do centro de convivência, 39 (78%) deles são do sexo feminino, contra 11 (22%) do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 24 (48%) disseram ser viúvos, 16 (32%) casados, 8 (16%) solteiros e 2 (4%) separados. A respeito da religião, 47 deles (94%) são católicos. 48 dos idosos (96%) tem

casa própria e só 2, (4%) moram em casas alugadas. Em relação a convivência (com quem eles morram): 16 deles (32%) moram com o marido ou esposa. 15, (30%) afirmou morar com os filhos. 12 (24%), dizem morar com algum outro familiar que não seja os filhos e 7 (14%) residem sozinhos. Em relação a ocupação, 41 (82%) são aposentados, 3 (6%) são domesticas e 6 (12%) desenvolvem outras atividades. Em relação a renda dos idosos frequentadores do centro de convivência de Floriano-PI, 43 (86%) tem renda de 1 até 3 salários mínimo e 7 (14%) afirmam ter renda menor que 1 salário mínimo.

Pode-se observar que houve predominância do sexo feminino (78%) na participação de nos centro de convivências em relação aos homens. Tais resultados confirmam que as mulheres procuram mais atividades de recreação para se sentir melhor, esse resultado foi identificado também no estudo de Silva et al. (2012), onde os mesmos em sua pesquisa sobre participação de idosos em atividades recreativas, afirmam que as mulheres frequentam mais centros de convivência (59,3%) do que os homens (40,7%).

Coutinho e Acosta (2009) afirmam que os homens preferem frequentarem atividades que se sintam ativos e que envolvam mais homens, para poderem conversar sobre assuntos diversos, esses lugares são os que tenham jogos de cartas (canastra), bocha, sinuca, jantares, bailes, bebidas e churrascos. Isso pode demonstrar que os homens têm anseios ou até mesmo estigmas de participarem de centros de convivência, pois a população idosa masculina procura mais centros de referência que envolva conversas masculinas.

Com relação ao estado civil, os viúvos predominaram nessa amostra, com 48% mostrando-se equivalente ao estudo de Chaves et al., com 43% viúvos. Observa-se assim que à situação conjugal dos idosos brasileiros está voltada para viuvez. Entende-se que os indivíduos que hoje ocupam a faixa da terceira idade no Brasil têm uma concepção machista, em relação ao recasamento, que conforme Acosta et al. (2012) está baseada no patriarcalismo, em que o masculino é ritualizado como o lugar de ação, da chefia da rede de relações familiares, sendo este sinônimo de provimento material. Observando-se que para muitas mulheres colocarem outro homem no lugar do marido após a morte do cônjuge é sinal de infidelidade.

O aspecto religioso tem grande influência nessa fase da vida, de forma que 100% da população pesquisada demonstraram afinidade com algum tipo de atividade ou prática religiosa, em que todos

acreditam em um Deus. Predominando o engajamento na religião católica, com 94%, seguida de outras religiões, 4% e por fim da evangélica com 2%. Observando-se às razões para a ocorrência desse fato, verifica-se que a prática de uma religião pelo idoso permite-lhe estabelecer um elo entre as limitações e o aproveitamento de suas potencialidades. A religiosidade parece aumentar com o envelhecimento.

A maturidade, a experiência, os problemas da vida e a maior disponibilidade de tempo conduzem para uma maior aproximação com a espiritualidade. Este fenômeno deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde no atendimento à população idosa (Valente, 2004).

A moradia e a convivência têm sido a grande preocupação dos idosos, porém, nessa amostra, constatou-se que 96% dos participantes possuem casa própria, significando que a maioria acumulou, ao longo dos anos, algum patrimônio, observando isso também em outros estudos, como o de Santos et al. (2002) onde 82% dos entrevistados possuem casa própria. Para muitos idosos a importância de ter uma casa própria ao final da vida está relacionada ao objetivo que alcançou no final, onde tudo que se adquiriu ao longo da vida estão implantados nesse ideal. Paschoal (2004) afirma que o indivíduo é árbitro único de seu bem estar, em que os idosos adquirindo casa e independência será um indivíduo feliz com seus objetivos que um dia tanto almejou.

Em relação à convivência 32% moram com o cônjuge, 30% com filhos, 24% com familiares incluindo netos, primos e irmãos e em seguida com 14% sozinhos. No estudo de Camarano (2002); Ferreira et al. (2007) percebe-se o aumento do número de idosos mais velhos morando sozinhos e entre eles se sobressaem às mulheres. Nota-se que ainda como influência social neste processo, tem-se a grande mobilidade das famílias, decorrente do aumento de separações dos casais e da construção de novos arranjos, deixando o idoso isolado e muitas vezes sem seu lugar nas novas conformações familiares. Porém observamos que essa estatística está um pouco além do nosso estudo, pois de 50 participantes do estudo, apenas 7 moram sozinhos. Isto é um bom número, pois quanto menos idosos sozinhos, menor o risco de desenvolverem depressão ou sofrerem por outras causas que aumente a sua fragilidade como quedas.

No tocante a ocupação a maioria dos idosos não desenvolvem mais nenhuma atividade profissional, limitando-se apenas com aposentadoria, representando 82% desses. Isso pode ser justificado pela fragilidade, diminuição da capacidade funcional e presença de doenças crônicas.

Quanto a renda mensal, teve predominância de 86% a renda de 1 até 3 salários mínimos e em 14% renda menor que 1 salário-mínimo. Uma das características marcantes da população idosa no Brasil é seu baixo poder aquisitivo. Aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimentos. A aposentadoria é para muitos um dos fatores que contribuem para as perdas sociais e dos papéis exercidos na sociedade, visto, que o trabalho, geralmente, possui grande relevância na vida do indivíduo. Segundo Tavares et al. (2004) a perda do papel e a concomitante perda da identidade geram estresse, ansiedade e predisposição a depressão.

Destaca-se que a aposentadoria é uma meta alcançada, onde a maioria não tem mais condições físicas de fazerem o que antes lhe davam prazer, porém a maior parte fica ociosa sem muita atividade para desempenhar, tornando-os pessoas tristes, cabisbaixas e sem vontade de viver. Centros de convivências ajudam de certa forma a lidarem com outras pessoas, a desempenharem atividades que por algum momento se sintam felizes, conversar com outras pessoas pode ser uma motivação para sua integração na sociedade.

Com base na população estudada foi possível identificar a faixa etária por sexo. A expectativa de vida das mulheres atingiu os 88 anos enquanto os homens ficaram em torno dos 83 anos.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE FLANAGAN

A escala sobre Qualidade de Vida de Flanagan-EQVF investiga os componentes principais que influenciam no nível de satisfação com a qualidade de vida dos idosos. Essa escala foi aplicada no grupo de idosos que avaliaram sua satisfação. Trata-se de uma escala ordinal que vai do valor 1 que representa um escore de resposta “muito insatisfeito” até o valor 7 que representa o escore da resposta “muito satisfeito” ao aspecto qualidade de vida. Assim a pontuação máxima que um entrevistado pode obter é de

105, o que representa um score de mais alta satisfação com a qualidade de vida, e a pontuação mínima de 15 pontos, representa um escore de menor satisfação em relação à qualidade de vida.

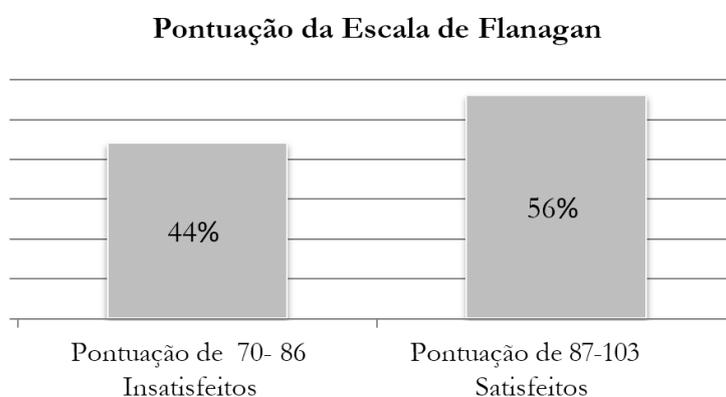


Gráfico 1. Pontuação da satisfação da qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa conforme a Escala de Flanagan. Fonte: Dados do questionário aplicado. Floriano, 2015.

Apresenta-se a seguir no Gráfico 1, o nível de satisfação com a qualidade de vida dos entrevistados da presente pesquisa. O nível de satisfação em relação à qualidade de vida foi categorizada em “satisfeito” e “insatisfeita” com a qualidade de vida referenciada, utilizando o valor médio (86,5 pontos) como ponto de corte, menos que isso foi considerado insatisfeito e valor maior que esse (86,5) representa nível satisfeito. Esse valor obteve-se através da média aritmética das numerações, somando-se todos os algarismos e dividido pela quantidade, deu-se assim o ponto de corte.

A porcentagem dos escores obtidos nessa amostra de idosos foi de 44% com pontuação que vai de 70 a 86 pontos, o que foi considerado insatisfeito e 56% com pontuação de 87 a 103, considerado satisfeito com a sua Qualidade de Vida. Nota-se que a população idosa que frequenta o AMI está com uma média regular de satisfação em relação a sua QV, pois apenas um pouco mais da metade considerou-se satisfeita, mostrando-se com apenas 12% a mais de satisfação.

Segundo Joia et al. (2007) relatam que a regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentarem maior proporção de idosos, a região Nordeste parece apresentar maior concentração de idosos insatisfeitos ou em igual proporção, possivelmente em decorrência da desigualdade social e da falta de acesso a um padrão de vida que propicie mais conforto.

Satisfação é um fenômeno complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjetivo. Define, com maior precisão a experiência de história em relação às várias condições de vida do indivíduo. A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido (Albuquerque; Tróccoli, 2004).

Satisfação reflete, em parte, o bem-estar particular individual, ou seja, o modo e as causas que levam as pessoas a viverem seus momentos e conhecimentos de vida de maneira positiva.

Albuquerque e Tróccoli (2004) ainda relatam que o bem-estar subjetivo busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas, em relação aos aspectos: felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo considerada por alguns autores uma avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Quando uma pessoa não está concordando com uma situação ou algo, onde não se apresenta satisfeito com aquilo que possui, com o trabalho, amigos e familiares, isso de certo modo considera-se um indivíduo insatisfeito, podendo acarretar fatores de risco que diminuam sua qualidade de vida.

No referente estudo a maioria dos idosos teve uma mensuração de satisfação com a Qualidade de Vida maior 56%. Isso pode estar relacionado a indicadores de saúde, presença do ambiente familiar, moradia e convivência no AMI. Acarretando determinantes de boa qualidade de vida. Isso foi percebido devido demonstrarem uma maior satisfação com a saúde, relacionamento e moradia. Ressalta que a maioria 86% moravam com cônjuge, filhos ou familiares, podendo perceber um bom índice desses fatores que são determinantes e condicionantes para a melhor Qualidade de Vida. Em compensação a insatisfação apresentou-se quase em igual porcentagem isso pode estar relacionado: falta de relacionamentos íntimos, maioria viúvos demonstrando que a ausência de parceiro pode acarretar a fragilidade dessa pessoa idosa, carência em participação social e aprendizado. O desinteresse por adquirir novos conhecimentos, foi um fator preponderante para sua indiferença, acarretando assim resultados não satisfatórios.

Enfatiza-se que a satisfação com o domicílio, incluindo fatores socioeconômicos têm influência importante na qualidade de vida da pessoa idosa, pois a situação econômica oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo, influencia os modos de lidar com os graus de qualidade de habitação, com as pessoas que o rodeiam, com a independência econômica e com a estabilidade financeira. O conforto domiciliar pode, entretanto, ser interpretado simplesmente como situação que produz bem-estar (Joia et al., 2007).

Ramos et al. (2010) enfatizam que ter uma casa é um fator determinante para uma vida satisfatória, porém morar sozinho pode levar o idoso a vivenciar inúmeros problemas, sobretudo quando há ausência de contato familiar e isolamento social.

Nesse caso, idosos que vivem com outras pessoas, sejam eles parentes ou não, parecem estar mais bem amparados em eventos de problemas na saúde. Em contrapartida, idosos que moram sozinhos podem ser considerados mais desprovidos de apoio diante de tais dificuldades e assim serem mais susceptíveis a quedas e intercorrência que podem leva-los a uma insatisfação com a vida acarretando inúmeros problemas.

CONCLUSÃO

A Qualidade de Vida deve ser entendida como o jeito que cada um escolhe para viver, sendo uma opção pessoal. QV tem a ver com escolhas de bem-estar físico, mental, psicológico e emocional. Relacionamentos sociais, como família e amigos e também ter saúde e educação em todas as fases da vida.

Recorrendo à análise dos dados sociodemográficos pode-se perceber que mulheres frequentam mais Centros de Convivência e que tem uma maior faixa etária, ocorrendo assim a feminilização dessa população idosa. O estado conjugal mais comum foi a viuvez, isso mostra que não ocorre muitos novos casamentos. A religiosidade é bem apurada e encaminhando para um perfil católico. A casa própria e convivência com cônjuge ou filhos, teve uma maior probabilidade. Em grande parte, seus rendimentos mensais foi de até três salários mínimos, renda originária da aposentadoria.

Em um contexto geral, pode-se afirmar que a qualidade de vida dos idosos do AMI foi considerada regular de acordo com a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Nesse mesmo contexto, os idosos consideraram como fator principal para obter qualidade de vida o bem estar físico, material, relações interpessoais com pais, irmão e filhos, desenvolvimento pessoal com a sua realização no trabalho e no reconhecimento dos seus limites e, por fim, amizade e aprendizado, verificando a grande importância desses itens no que diz respeito ao bem-estar físico e psíquico e assim colaborando para que obtenham uma vida mais ativa e saudável.

Os idosos que referiram estar insatisfeitos com a qualidade de vida apresentaram maior prevalência de estigmas e falta de interesse nos aspectos relacionados ao relacionamento íntimo, aprendizagem, participação voluntária e comunicação criativa influenciando diretamente na qualidade de vida.

A partir da análise dos dados pode-se perceber que qualidade de vida é um tema atual, se destacando com vários significados e podendo sofrer influência de fatores externos como: ambientais, familiares, relacionamento com parceiros, integração social dentre outros.

Por outro lado o Centro de Convivência AMI pode de alguma forma garantir a convivência familiar, comunitária e a integração com a sociedade, através da prática de atividades socioeducativas, esportivas, culturais e lazer, mantendo a família na centralidade das ações preventivas, mas tendo como foco a melhoria na qualidade de vida da comunidade e assim tornando-os mais satisfeitos com a própria vida.

Concluí que a Escala de Flanagan, como instrumento de avaliação da qualidade de vida, apresentou limitações com seu complexo entendimento, em virtude da maneira subjetiva do julgamento sobre o conceito qualidade de vida não só para o idoso, como também para a população em geral sobre o que é ter ou não qualidade de vida e a mensuração de satisfação com algo. Pode-se perceber ainda que essa escala precisa-se de modificações e aprimoramentos com a realidade de cada região.

Com a consolidação desta pesquisa não deixa dúvidas que a pessoa idosa hoje possui uma qualidade de vida equilibrada, porém ainda tem aspectos que podem ser melhorados, como os recursos disponíveis, a acessibilidade a serviços, a disponibilidade de serviços especializados, a criação de leis específicas, o

interesse por parte dos idosos de renovarem e assim contribuir para o aumento da satisfação com a própria qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta et al. (2012). Análise do uso dos meios de comunicação por idosos de Santa Maria/RS. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 17(1): 167-182

Albuquerque AS, Tróccoli BT (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. Psicologia: teoria e pesquisa, 20(2): 153-164.

Camarano AA (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.

Campolina AG, Ciconelli RM (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. Revista Panamericana de Salud Pública, 19: 128-136.

Coutinho RX, Acosta MADF (2009). Ambientes masculinos da terceira idade. Ciência & Saúde Coletiva, 14: 1111-1118.

Duarte LT (2008). Envelhecimento: processo biopsicossocial. Monografia). Disponível em [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=DUARTE%2C+L.+T.+Envelhecimento%3A+Processo+Biopsicossocial.+Para%3%ADba%2C+%28Monografia%29%2C+2008&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3ALXHU7GxTNqUJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dpt-BR)

[BR&as_sdt=0%2C5&q=DUARTE%2C+L.+T.+Envelhecimento%3A+Processo+Biopsicossocial.+Para%3%ADba%2C+%28Monografia%29%2C+2008&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3ALXHU7GxTNqUJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dpt-BR](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=DUARTE%2C+L.+T.+Envelhecimento%3A+Processo+Biopsicossocial.+Para%3%ADba%2C+%28Monografia%29%2C+2008&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3ALXHU7GxTNqUJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dpt-BR)

Diehl AA, Tatim DC (2004). Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. Pearson Brasil.

Ferreira et al. (2007). Impacto da capacidade física na saúde percebida entre idosos em velhice avançada. Saúde Coletiva, 4(17): 154-157.

Flanagan JC (1978). A research approach to improving our quality of life. American psychologist, 33(2): 138.

Flanagan JC (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. Archives of physical medicine and rehabilitation, 63(2): 56-59.

- Freitas et al. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2): 407-412.
- Gil AC (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*/–12. Reimpressão.–São Paulo: Atlas, 2009. __. *Como elabora projetos de pesquisa*. 5. Ed.–São Paulo: Atlas.
- González N (1993). Symposium de calidad de vida: generalidades. Mediciones utilizadas en medicina. Elementos que la componen. *Archivos de reumatología*, 4(1): 40-42.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Censo. Acessado em: 03 Set. 2014. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb.shtml
- Joia et al. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1): 131-138.
- Ministério da Saúde (2006). *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*.
- Martins et al. (2007). Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(3): 371-382.
- Morato MJX (2011). Teorias Acerca do Envelhecimento. *O Médico*. Lisboa, 115(1801): 176-182.
- Nakatani et al. (2003). Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 131(5): 131-136.
- OMS (1998). Grupo Whoqol. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Whoqol). FAMED – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/HCPA. Organização Mundial de Saúde.
- Paschoal SMP (2004). *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

- Ramos et al. (2010). Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. *Revista Baiana de Enfermagem*, 24(1, 2, 3): 43-54.
- Salgado MA (2007). Os grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. *A Terceira Idade: Estudos sobre Envelhecimento*, 18(39): 67-78.
- Santos et al. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6): 757-764.
- Silva et al. (2012). A participação de idosos em atividades recreativas em Itabuna/BA. *Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, 15(3): 1-24.
- Spiriduso WW (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. 2ª Edição.
- Valente et al. (2004). A religiosidade dos idosos: significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde.
- Vasconcellos MCG (1996). *A Velhice na Sociedade Moderna: Imagens e Práticas Ideológicas*. Estudo antropológico do movimento social em prol da terceira idade em Porto Alegre. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 179p. Dissertação, Mestrado em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre.
- Vecchia et al. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8: 246-252.

A importância da abordagem fisioterapêutica na reabilitação de pacientes com DPOC

Recebido em: 16/09/2020

Aceito em: 19/09/2020

 10.46420/9786588319161cap3

Andra Luiza Macedo de Sousa^{1*} 

Ingrid Caroline Lima do Carmo¹ 

Joyci Vitória Barros Nogueira¹ 

Higor Silva de Oliveira¹ 

Jedeane Nicácio Almeida¹ 

Sanny Rackel Silva dos Santos¹ 

Leandro Marques da Silva¹ 

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) vem apresentando alto índice de óbito, e é caracterizada por uma obstrução não reversível ao fluxo aéreo e perda progressiva da função pulmonar. É uma desordem progressiva que frequentemente leva a falência respiratória e é uma das poucas causas de morte no mundo cuja prevalência continua aumentando (Fernandes, 2009).

A inalação de substâncias tóxicas é a principal causa para o desenvolvimento da doença, podendo se atribuir ao tabagismo a causa predominante já que este ato prejudica diretamente o pulmão no decorrer dos anos, entretanto destacam-se ainda a exposição excessiva a produtos químicos, vapores, fogão a lenha, alterações genéticas ou doenças pré-existentes como fatores de risco para o desenvolvimento da DPOC (Posada; Castro, 2014; Zonzin et al., 2017). Tosse, expectoração, sibilância e dispneia são os principais sinais e sintomas da DPOC. Apesar de muitos pacientes não relatarem ou acharem a redução da capacidade respiratória natural da idade, a dispneia por esforço sendo crônica e progressiva é o sintoma mais característico da doença (Zonzin et al., 2017).

¹ Faculdade Edufor, São Luís – MA.

* Autor de correspondência E-mail:

A DPOC é classificada em quatro graus de gravidade que se distinguem em: I- leve, II- moderada, III - grave e IV- muito grave, as manifestações clínicas aumentam de acordo com o grau da doença, esta por sua vez é avaliada mediante sintomas crônicos e pelas medidas das funções pulmonares que é realizada através da espirometria ⁴. O diagnóstico é realizado através dos achados nos exames e histórico do paciente, por isso faz-se necessário levar em consideração a presença de fatores de riscos para a doença, faz-se necessário ainda a realização da avaliação diagnóstica complementar (Brasil, 2013; Zonzin et al., 2017).

Diante do exposto, a intervenção fisioterapêutica entrará com medidas preventivas e de reabilitação visando reduzir a dispneia e melhorar a força muscular respiratória e função pulmonar sendo possível garantir ao paciente uma melhor qualidade de vida, retardando a progressão da doença e garantindo melhor bem-estar e independência possível ao paciente (Marrara et al., 2008).

O presente estudo tem o intuito de evidenciar por meio de um levantamento bibliográfico as principais técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento dos portadores de DPOC, bem como relatar os seus efeitos fisiológicos.

METODOLOGIA

Constituiu-se em uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e exploratório, elaborada através da pesquisa por artigos em bases de dados, como Lilacs (Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Google Acadêmico. Foram utilizadas palavras chaves, como: DPOC e fisioterapia, para obtenção de artigos científicos que traziam em seu embasamento científico apontamentos importantes sobre a patologia em si. Ao iniciar a pesquisa nas bases acadêmicas, foram utilizados os seguintes filtros: “Busca Avançada”, e selecionando o item “Período específica”, inserindo a alternativa “últimos 10 anos”. Os descritores utilizados foram:

- a) Doença pulmonar obstrutiva crônica;
- b) Fisioterapia;

Foram coletados trabalhos relacionados com esses descritores e após uma breve leitura foi feita uma seleção para análise criteriosa dos artigos, no qual foram fichados aqueles mais relevantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos compreendem: artigos no idioma português e inglês, que trouxessem em seu conteúdo abordagens sobre o tema proposto, com descrições atuais comprovando os benefícios das principais técnicas fisioterapêuticas ao paciente com DPOC, e que referiam sobre o resumo e objetivo do artigo de forma clara, evidenciando o portador da DPOC.

Logo, os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que não envolviam pesquisas com humanos, e os que não estavam de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, ao total utilizou-se 22 artigos científicos para elaboração deste.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

De acordo com o Ministério da Saúde a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica na maioria dos casos é resultante do tabagismo. Todavia, a constante exposição inalatória prolongada a elementos irritantes como poeira, poluentes do ar, vapores químicos ou gases, também contribuem para o ocasionamento da doença. Esta depois de instalada se caracteriza principalmente pela presença da sintomatologia respiratória associada à obstrução crônica das vias aéreas inferiores (Brasil, 2013).

As Limitações persistentes do fluxo aéreo combinadas a respostas inflamatórias anormais nas vias aéreas e pulmões, são características típicas da DPOC, estas são causadas por uma associação de doenças das vias aéreas e destruição do parênquima (enfisema), sendo que a contribuição relativa de cada componente varia de pessoa para pessoa (Figueiredo, 2010; Mansour et al., 2019).

A DPOC apresenta piora funcional e clínica progressiva e/ou exacerbações agudas frequentes que podem levam à falência respiratória com necessidade de internação em UTI e suporte ventilatório invasivo ou não invasivo (Graça, 2015).

Alguns autores relataram em seus estudos que, fumar por si só não é apenas o fator de risco mais importante para a DPOC, mas também um fator de risco para diabetes e outras doenças cardiovasculares.

A DPOC aparece mais cedo em pacientes fumantes devido à grande relação entre tabagismo e doença. Em pacientes não fumantes, se desenvolve mais lentamente, pois há causas desencadeantes menos agressivas que o tabaco, como a contaminação em ambientes fechados e, portanto, a clínica apareceria em idades posteriores (Monstserrat et al., 2019).

O quadro clínico nas fases iniciais se assemelha aos sintomas atribuídos ao tabagismo, no qual a tosse e a presença de catarro são frequentes, no entanto, a dispneia, tosse e produção de catarro são os sintomas mais frequentes na DPOC e podem preceder as alterações espirométricas por anos. A Dispneia aos esforços, crônica e progressiva é o sintoma mais característico (Zonzin, 2017).

A simples constatação da tosse pelo médico durante o exame já pode evidenciar sua ocorrência e ser um dado de partida em busca do diagnóstico, visto que alguns pacientes acabam relacionando a tosse como uma reação natural e esperada pelo organismo devido ao hábito de fumar e consideram um sintoma relacionado à DPOC. A espirometria é fundamental, devendo ser realizada preferencialmente na fase estável da doença. Um pico de fluxo reduzido é consistente com DPOC, mas tem pouca especificidade, pois pode ser causado por outras doenças pulmonares e por mau desempenho na realização da manobra (Baldi et al., 2013).

A tabela a seguir demonstra como se classifica a doença sendo 4 estágios onde estes variam de “sem Risco” até “Muito Grave”.

Tabela 1. Classificação da DPOC. Fonte: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – GOLD.

ESTÁGIO	DEFINIÇÃO
0 (sem risco)	Espirometria normal; (sem sintomas crônicos (tosse e expectoração))
1 (DPOC leve)	VEF1/CVF < 70%; VEF1 pós-BD ³ 80% normal leve) previsto; com ou sem sintomas crônicos.
2 (DPOC moderada)	VEF1/CVF < 70%; VEF1 2 pós-BD ³ 50% e < 80% normal previsto; com ou sem sintomas crônicos.

3 (DPOC grave)	VEF1/CVF < 70%; VEF1 pós-BD ³ 30% e < 50% normal previsto; com ou sem sintomas crônicos.
4 (DPOC muito grave)	VEF1/CVF < 70%; VEF1 pós-BD < 30% ou VEF1 pós-BD < 50% normal previsto + insuficiência respiratória crônica (PaO ₂ < 60 mmHg em ar ambiente e ao nível do mar)

Sendo assim, a fisiopatologia na DPOC traduz-se em má inflamação e conseqüentemente uma limitação do fluxo aéreo, onde os principais mecanismos envolvidos são: aumento da obstrução ao fluxo aéreo, acompanhado de redução da retração elástica pulmonar (Graça, 2015).

Apesar da DPOC não ter cura o tratamento melhora significativamente a qualidade de vida do paciente e desacelera sua progressão. Este tratamento envolve um leque de medidas que inicialmente visam reeducar o comportamento dos pacientes, reduzindo sua exposição a fatores de risco, principalmente relacionados a prática do tabagismo. Além de envolver a educação sobre a doença e seu curso, a reabilitação conta ainda com a intervenção farmacológica e fisioterapêutica até o fim da vida, e em casos mais graves aplicação de tratamentos cirúrgicos é implementada (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2011; Fernandes et al., 2017).

A exacerbação da DPOC pode ocorrer sem causa evidente ou por consequência da exposição a fatores de riscos. Os médicos disponibilizam inúmeras estratégias para combater a piora respiratória que pode ocorrer diariamente, mas, o paciente deve se manter sempre atento e procurar auxílio caso não haja melhora (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2011).

Entre os pacientes que vem a apresentar exacerbação de sintomas ou que estejam em um estágio avançado da doença há uma frequente necessidade de internação, mesmo que estes disponibilizem de um suporte domiciliar adequado. Nestes casos os procedimentos da equipe multidisciplinar visam corrigir a hipoxemia, melhorar a ventilação e controlar os fatores desencadeantes dessa exacerbação, além de tratar as comorbidades. Este tratamento é feito conforme a necessidade de cada paciente (Figueiredo et al., 2010).

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA DPOC

A fisioterapia pulmonar é um componente de grande valor do tratamento da DPOC. O plano fisioterapêutico visa oferecer o melhor comportamento funcional do paciente, sendo útil o seu início o mais precocemente possível. Fazem parte dos exercícios respiratórios, exercícios de tosse, drenagem postural de todos os segmentos pulmonares, técnicas de percussão torácica associados à drenagem postural, prática de exercícios destinados a coordenar a atividade física com a respiração, movimentação ativa e passiva dos membros superiores e inferiores, inclusive em pacientes hospitalizados, associação com a terapêutica inalatória (Vasconcelos et al., 2005).

A avaliação do fisioterapeuta inclui a coleta da história e o exame clínico para se determinar os objetivos da fisioterapia. Além disso, a avaliação objetiva da capacidade de exercício, da função muscular respiratória e periférica, da atividade física e da qualidade de vida são partes integrantes da fisioterapia. A compreensão da gravidade da condição do paciente, incluindo comorbidades e seu prognóstico é importante para delineamento de um plano de tratamento apropriado (Langer et al., 2009).

Objetivos individuais de tratamento são formulados em consulta com o paciente, e o plano de tratamento é elaborado. O objetivo geral do tratamento é reduzir ou eliminar os comprometimentos da função corporal do paciente e melhorar atividades e participação, melhorando, assim, a qualidade de vida. Os objetivos mais comuns para intervenção fisioterápica são: reduzir a dispneia; melhorar a capacidade de exercício e atividade física; melhorar a higiene brônquica; melhorar conhecimento, autocuidado e autoeficácia (Almeida; Schneider, 2019).

As principais intervenções incluem: manobras de desobstrução brônquica para higiene, exercícios que promovam a desinsuflação pulmonar, reabilitação pulmonar com exercícios resistidos em membros inferiores, e superiores, exercícios aeróbicos para estimular o condicionamento físico através de atividades com o uso da bicicleta ergométrica, esteira, caminhada coordenando o exercício com a respiração na capacidade respiratória, eletroestimulação neuromuscular para os que não conseguem realizar movimentos com alta intensidade por apresentarem cansaço precoce em casos mais graves da doença, e treinamento da musculatura inspiratória. Outras técnicas incluem a utilização da ventilação não invasiva e

oxigenoterapia domiciliar ou como auxiliar ao exercício (Domingues et al., 2010; da Silva; Bromerschenkel, 2013).

A fisioterapia apresenta amplas técnicas de intervenção na DPOC, tornando-se um componente indispensável, pois através de um composto de exercícios em conjunto (respiratório, musculatura global e educacional) possibilita ao paciente uma melhoria na capacidade cardiopulmonar (respiratória), diminuem a dispneia, promove uma melhor funcionalidade respiratória, e condicionamento físico em geral para prática de atividades diárias e exercícios, atua também na redução dos níveis de depressão e ansiedade impostos pela doença através de práticas educativas, aumentam o nível de auto estima, proporcionando um maior bem-estar e reestabelecendo a qualidade de vida e sobrevida do paciente (Gonçalves; Azevedo, 2012; de Souza Almeida; Schneider, 2019).

CONCLUSÃO

A Doença pulmonar crônica – DPOC é uma doença que tem crescido amplamente no decorrer dos anos, ocasionando a predisposição a comorbidades além dos efeitos sintomáticos que obstrui as vias aéreas a mesma não tem cura, no entanto com o tratamento correto e iniciado precocemente é possível reduzir as complicações bem como favorecer ao paciente uma melhora na qualidade de vida. A intervenção da fisioterapia respiratória nas doenças obstrutivas pulmonares e, principalmente, na DPOC promove evidente benefício, pois irá atuar na prevenção e reabilitação do indivíduo através da reabilitação pulmonar e treinamento com exercícios físicos e de fortalecimento que auxiliem na redução da progressão e sintomatologia da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida JTDS, Schneider LF (2019). A importância da atuação fisioterapêutica para manter a qualidade de vida dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica–DPOC.

Baldi BG, Cukier A (2003). Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica DPOC.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 609, de 06 de junho de 2013.

- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 609, de 06 de junho de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença pulmonar Obstrutiva Crônica. Brasil 2013.
- DA SBPT CDD, DA SBPT, CDCC. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Fisiologia.
- da Silva KM, Bromerschenkel AI (2013). Fisioterapia respiratória nas doenças pulmonares obstrutivas crônicas. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 12(2): 94-112.
- de Souza Almeida JT, Schneider LF (2019). A importância da atuação fisioterapêutica para manter a qualidade de vida dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica–DPOC. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 10(1): 168-177.
- Domingues et al. (2010). Efeitos da intervenção fisioterapêutica como tratamento complementar em portadores de doenças respiratórias. *Revista F@ciência*, 6(2): 9-18.
- Fernandes ABS (2009). Reabilitação respiratória em DPOC—a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ. Atualizações Temáticas*, 1(1): 71-78.
- Fernandes et al. (2017). Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(4): 290-301.
- Figueiredo et al. (2010). Exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 43(3): 223-230.
- Gonçalves et al. (2012). Avaliação da qualidade de vida e da funcionalidade de um paciente com DPOC grave antes e após reabilitação cardiopulmonar e metabólica domiciliar: relato de caso. *ASSOBRAFIR Ciência*, 3(1): 57-64.
- Graça NP (2015). DPOC na terapia intensiva: o que há de novo? *Pulmão RJ*, 15-19.
- Langer et al. (2009). Guia para prática clínica: fisioterapia em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 13(3): 183-204.
- Posada et al. (2014). Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: uma revisão sobre os efeitos da educação de pacientes. *Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences*, 35(4): 533-538.
- Marrara et al. (2008). Different physical therapy interventions on daily physical activities in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory medicine*, 102(4): 505-511.

Mansour et al. (2019). Pontos de corte da função pulmonar e capacidade funcional determinantes para sarcopenia e dinapenia em pacientes com DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 45(6): e20180252

Montserrat-Capdevila et al. (2019). Prevalencia y características de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en no fumadores. *Atención Primaria*, 51(10): 602-609.

Vasconcelos et al. (2005). A atuação da fisioterapia na doença pulmonar obstrutiva crônica. *FioWEB*.

Zonzin et al. (2017). O que é importante para o Diagnóstico da DPOC? *Diretoria da Sopterj–Biênio* 2015/2017, 26(1): 5-14.

Recursos fisioterapêuticos no tratamento da dor orofacial nas desordens temporomandibular

Recebido em: 16/09/2020

Aceito em: 19/09/2020

 10.46420/9786588319161cap4

Andra Luiza Macedo de Sousa^{1*} 

Luciana Cutrim Aragão¹ 

Pietra Rodrigues De Oliveira¹ 

Láís Correia Pestana¹ 

Anne Carolinny Nascimento¹ 

Fabiana Maria Lemos De Oliveira¹ 

Leandro Marques da Silva¹ 

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular é definida como um conjunto de alterações na articulação temporomandibular, que liga o maxilar ao crânio, sendo responsável por executar o movimento de abrir e fechar a boca. A DTM, acomete os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e estruturas associadas, causando dor e desconforto (Martín-Corrales, 2016).

A etiologia da DTM não é clara, mas esses distúrbios são as condições crônicas de dor orofacial mais comuns, com estudos de prevalência que demonstram que a DTM pode afetar de 10 a 25% da população. A presença de dor persistente é a principal razão pela qual os pacientes com DTM procuram ajuda médica (Martín-Corrales, 2016).

Outros sinais e sintomas geralmente manifestados pelos portadores de DTM são: comprometimento da amplitude do movimento mandibular, sons articulares e sensibilidade muscular e articular, além de dor de cabeça e pescoço (Martín-Corrales, 2016).

A articulação temporomandibular (ATM) está constantemente em movimento, realizando aproximadamente 2000 movimentos ao dia, sendo assim a articulação mais usada do corpo e com maior

¹ Faculdade Edufor, São Luís – MA.

* Autor de correspondência E-mail:

probabilidade de sofrer disfunções. Esta articulação não foi feita para suportar carga e é parte integrante do sistema estomatognático que incluem as bases ósseas do crânio, dentes e periodontos, musculatura relacionada, ligamentos, sistema neurológico e vascular da região do pescoço (Fernandes, 2009).

As desordens temporomandibulares (DTM) é primeiramente caracterizada por dor no local da articulação temporomandibular, fadiga dos músculos presentes na face (craniocervicofaciais), principalmente os músculos que fazem parte da mastigação, podem também apresentar como sinais de desordens: zumbidos, ruídos articulares, desvios quando são realizados movimentos e/ou até mesmo limitações destes (Borin, 2011).

A DTM acomete grande parte da população mundial. Esse fato faz com que seja essencial o desenvolvimento de técnicas terapêuticas para seu tratamento. A fisioterapia contribui para amenizar os sintomas da DTM, pois estimula a propriocepção, produção do líquido sinovial na articulação, melhora a elasticidade das fibras musculares aderidas e a dor. Dessa forma, para minimizar os efeitos causados pela DTM, a fisioterapia torna-se fundamental (Pelicioli, 2017).

Qualquer problema que interfira no funcionamento do complexo sistema crânio-mandibular-cervical pode resultar em uma desordem temporomandibular (Fernandes, 2009).

Devido a índole dos sinais e sintomas das disfunções temporomandibulares (DTM), o tratamento exige uma equipe multidisciplinar composta por diversas da área da saúde, entre estas está a fisioterapia como forma de tratamento conservador e menos invasivo. A fisioterapia por sua vez, através de suas técnicas eficazes, tem demonstrado excelentes resultados especialmente nos casos em que a dor persiste (Franco, 2011).

É necessário oferecer ao paciente um tratamento capaz de reduzir suas limitações, bem como o desconforto ocasionado pela dor, visando melhorar sua qualidade de vida (Franco, 2011).

Sendo este estudo uma revisão bibliográfica em artigos, de estudo sistemático, onde buscou se determinar a eficiência da fisioterapia em algumas DTM. Como exemplo a síndrome da dor orofacial.

Em virtude dessa análise, o objetivo desse estudo de revisão literária, buscar evidências científicas sobre os recursos fisioterapêuticos que são utilizados para o tratamento da dor orofacial e as desordens da ATM.

MÉTODOLOGIA

O presente estudo é uma Revisão Bibliográfica de caráter descritivo. O trabalho abrange a bibliografia já tornada pública em relação ao tema sobre novo enfoque ou abordagem, pretendendo a conclusões inovadoras.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados para a revisão bibliográfica: MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google Acadêmico, LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PEDro (*the physiotherapy evidence database*). A pesquisa abrangeu a literatura publicada nos últimos 5 anos, de 2015 a 2020.

Foram utilizados como descritores: “articulação temporomandibular” e “fisioterapia”, “transtornos da articulação temporomandibular” e “fisioterapia”, “*temporomandibular joint*” and “*physiotherapy techniques*”, “*temporomandibular joint disorders*” and “*physiotherapy techniques*”, “dor orofacial”, “tratamento fisioterapêutico”, associados ou isolados na língua portuguesa e inglesa. Foram coletados trabalhos relacionados com esses descritores e após uma breve leitura foi feita uma seleção para análise criteriosa dos artigos, no qual foram fichados aqueles mais relevantes.

RESULTADOS

Foram encontrados 68 artigos nas bases de dados Pubmed, BVS, SciELO, Google acadêmico e PEDro que relatavam técnicas e recursos fisioterapêuticos para o tratamento da dor orofacial em articulações temporomandibular. Destes foram excluídos o total de 47 artigos, sendo 20 artigos por não apresentarem informações relacionadas com a dor orofacial, 7 artigos por apresentarem fraturas da articulação temporomandibular, 10 artigos por abordarem sobre o estudo odontológico, 10 artigos por falarem da articulação temporomandibular e da dor orofacial, mas não apresentarem nenhuma intervenção

ou recurso fisioterapêutico. No Quadro 1 são apresentados os estudos selecionados, evidenciando o recurso fisioterapêutico utilizado e os resultados encontrados.

DISCUSSÃO

O estudo apresentou resultados hábeis quanto aos tratamentos fisioterapêuticos usados para DTM. Os estudos de Basso, Corrêa e Silva e Gomes et al, (2017). Evidenciaram que a fisioterapia é capaz de proporcionar melhora dos sintomas clínicos relacionados à dor. De forma geral, a fisioterapia instiga a propriocepção e a produção do líquido sinovial na articulação e aperfeiçoa a elasticidade das fibras musculares aderidas.

Outro aspecto significativo no tratamento das DTM é a frequência e a duração das sessões do tratamento fisioterapêutico.

As DTM podem apresentar-se como dor muscular e/ou articular, diminuição da amplitude bucal, cefaleia, distúrbios nos movimentos mandibulares, estalos articulares. No decorrer do processo de pesquisa, observou-se que a variável dor foi a única mencionada por unanimidade nos estudos.

Tabela 1. Descrição dos estudos selecionados que utilizaram técnicas fisioterapêuticas para o tratamento das desordens temporomandibulares.

Artigo	Ano Autor	Tipo de estudo	Recurso fisioterapêutico	Principais resultados
Os efeitos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais, da mobilização articular e do exercício de estabilização cervical em uma paciente com disfunção temporomandibular: um estudo de caso	2011 de Freitas et al.	Relato de caso	Mobilização articular	Ajuda a desativação de pontos-gatilho miofasciais e exercício de estabilização cervical, melhorando aspectos como dor, equilíbrio muscular e postura.
The Use of Acupuncture in the Treatment of Temporomandibular Dysfunction	2006 Rosted et al.	Relato de caso. Participaram deste estudo 40 mulheres, brancas, com idade entre 20 e 40 anos, divididas em dois grupos: acupuntura, que realizou intervenção duas vezes por semana (n=20); e controle, que não realizou.	Acupuntura	Verificou-se melhora no nível de gravidade pelo índice crâniomandibular ($p=0,004$) e pelo Índice de Fonseca ($p=0,000$) de indivíduos com DTM após o tratamento por acupuntura, e no nível de dor ($p=0,000$). Segundo a classificação pelo Índice de Fonseca. Antes do tratamento os indivíduos apresentaram a seguinte classificação para DTM: 6 com grau moderado e 14 com grau grave. Após o tratamento, observou-se por esta classificação: 7 com grau leve, 10 moderados e 3 graves.

<p>Management of mouth opening in patients with temporomandibular disorders through low-level laser therapy and transcutaneous electrical neural stimulation. Photomed Laser Surg</p>	<p>2006 Núñez et al.</p>	<p>Este ensaio clínico foi realizado em 10 pacientes, entre 18 e 56 anos, diagnosticados com DTM de múltiplas causas. Todos os pacientes receberam os dois métodos de tratamento em duas semanas consecutivas.</p>	<p>Utilizaram a terapia de laser de baixo nível (LLLT) e a estimulação elétrica neural transcutânea (TENS) para tratar as DTM de diversas causas.</p>	<p>Observada uma melhora significativa na amplitude de movimento de ambas as terapias imediatamente após o tratamento. Comparando os dois métodos, os valores obtidos após LLLT foram significativamente maiores que os obtidos após TENS ($p < 0,01$).</p>
<p>Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais</p>	<p>2010 Basso et al.</p>	<p>Estudo transversal, qualitativo, 10 semanas de intervenção. Participaram do estudo 20 indivíduos de ambos os sexos Média de idade: 27,5 anos. GI: desordem muscular; GII: deslocamento de disco; GIII: outras condições articulares</p>	<p>O grupo intervenção foi submetido a 10 sessões de RPG por 45min, 1 vez por semana.</p>	<p>O GII obteve melhora na redução da dor orofacial crônica.</p>

Um dos principais sintomas referidos pelos pacientes com DTM, é a dor sendo que 75% deles demonstram desconforto ou disfunção da articulação temporomandibular. Um dos mecanismos encontrados para a avaliação da dor foi através da escala analógica visual (EAV).

O objetivo do tratamento fisioterapêutico é o alívio dos sintomas, visando restabelecer a função normal do aparelho mastigatório do paciente, podendo ser aplicadas diferentes técnicas. De acordo com os estudos, os aparelhos como o laser, ultrassom e corrente catódica, são benéficos no tratamento.

Entretanto, a terapia manual, através de exercícios de alongamentos musculares, mobilizações articulares e exercícios para estabilização segmentar cervical podem estar inclusos no processo de reabilitação.

Segundo Freitas et al. (2011) além da mobilização articular, usam a desativação de pontos-gatilho miofasciais e exercício de estabilização cervical como tratamento para DTM, melhorando aspectos como dor, equilíbrio muscular e postura.

De acordo com Calixtre et al. (2017). A realização da mobilização articular de C5, exercícios de estabilização cervical e alongamento muscular passivo da região dorsal superior, e obtiveram aumento da abertura da boca e redução da dor.

Basso et al. (2010) evidenciaram que a postura em indivíduos com DTM é prejudicada, a atuação terapêutica de alongamentos visando o equilíbrio das tensões miofasciais e da postura corporal como um todo. Tratamento que reduz a intensidade da dor orofacial e melhorar sintomas psicológicos da DTM, assim como melhora do alinhamento e simetria corporais.

Podendo aderir também esse tratamento sobre as estruturas do sistema crânio cervicomandibular, como em estudos realizados por Priebe, Antunes e Corrêa e Freire et al. Os alongamentos passivos dos músculos ECOM e trapézio, relaxamento facial com técnicas de deslizamento, alongamentos ativos da musculatura cervical extensores e flexores da cabeça e pescoço são técnicas de aplicação

A acupuntura também pode trazer grandes benefícios para o manuseio da DTM, que tem como objetivo o controle da dor, preferencialmente quando de origem muscular segundo Borin et al. (2016).

A fisioterapia é efetiva ajudando significativamente na função física de indivíduos com DTM. A partir desta revisão observa-se que diversificados recursos como o ultrassom, laser, corrente catódica, ou ainda, terapias manuais como alongamento muscular e mobilização articular trazem benefícios notáveis.

CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos mencionados no presente estudo, conclui-se que a DTM é uma patologia que causa muitas dores, desconforto e limitações. A fisioterapia em relação a essa disfunção é primordial

pois traz alívio, qualidade de vida ao paciente e reestabelece a funcionalidade. Os recursos terapêuticos e técnicas aplicadas como mobilizações, acupuntura, terapia manual e utilizações de laser são fatores eficientes.

As pesquisas mostram que pacientes que procuram a fisioterapia progredem e se reintegram mais rápido a sua rotina, com isso este trabalho mostra que a intervenção fisioterapêutica no tratamento é eficaz aos pacientes com disfunção temporomandibular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basso et al. (2010). Efeitos da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. *Fisioter Pesqui*, 17(1): 63-68.
- Borin et al. (2011) Acupuntura como recurso terapêutico na dor e na gravidade da desordem temporomandibular. *Fisioter Pesqui.*, 18(3): 2172-22.
- Martín-Corrales C (2015). Tratamiento fisioterapêutico de puntos gatillomio fasciales en la musculatura orofacial de una paciente con disfemia. A propósito de un caso. *Asociación Española de Fisioterapeutas*. Publicado por Elsevier España, S.L.U
- Da Silva et al. (2011). Acupuntura como recurso terapêutico na dor e na gravidade da desordem temporomandibular. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, 18(3): 217-222.
- Freitas et al. (2011). Os efeitos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais, da mobilização articular e do exercício de estabilização cervical em uma paciente com disfunção temporomandibular: um estudo de caso. *Fisioter Mov.*, 24(1): 33-38.
- Núñez et al. (2006). Management of mouth opening in patients with temporomandibular disorders through low-level laser therapy and transcutaneous electrical neural stimulation. *Photomed Laser Surg.* 24(1): 45-9.
- Pelicioli et al. (2017). Physiotherapeutic treatment in temporomandibular disorders. *Rev Dor. Sao Paulo*, 18(4): 355-361.

Revista Eletrônica Inspirar (2009). Curitiba: Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde, 200 Bimestral, 1(1). jun/jul. 2009. Disponível em: www.inspirar.com.br.

SOBRE O ORGANIZADOR



Huderson Macedo de Sousa

Graduando em Farmácia pela Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA. Atualmente é Membro do Grupo de Pesquisa: Ciências da Saúde – UFMA desde 2018. Desenvolveu atividade de monitoria na disciplina de Citologia Clínica I, nos períodos letivos de 2018.2, 2019.1 e 2019.2. É autor do trabalho intitulado “Perfil Epidemiológico dos Acidentes por Animais Peçonhentos no Maranhão, 2007 A 2016” premiado em 1º lugar como melhor trabalho na área de Epidemiologia no Simpósio de Cuidados Farmacêuticos – III CUIDAFARMA. É coautor do trabalho “Análise Microbiológica de Condimentos Comercializados da Cidade de São Luís -MA” premiado em 1º lugar como melhor trabalho na área de Microbiologia de Alimentos no I Congresso Maranhense de Microbiologia / IV seminário de Microbiologia Clínica do CESC-UEMA. Possui artigos e capítulos de livros publicados dentro do universo acadêmico-científico.

ÍNDICE REMISSIVO

A

acolhimento · 6, 12, 13
alívio · 10, 16, 47, 49
alongamento · 48
análise · 8, 9, 12, 21, 28, 29, 35, 44
Assistência Hospitalar · 7
atuação · 4, 6, 8, 12, 39, 40, 41, 48
atuação fisioterapêutica · 38

B

bem-estar · 14, 20, 22, 27, 28, 29, 30, 34, 39

C

centro de convivência · 4, 18, 21, 22
conceito · 6, 9, 19, 20, 29, 32
condicionamento físico · 38, 39
cuidado · 7, 9, 10, 31
cuidados em saúde · 6

D

desordens temporomandibulares · 43, 46
diagnóstico · 34, 36
dor · 4, 16, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49
dor orofacial · 4, 42, 43, 44, 47, 48

E

emergência hospitalar · 14, 15
enfermagem · 4, 7, 8, 9, 10, 14, 16
envelhecimento populacional · 18
equipe
 de saúde · 9, 15, 31
 multidisciplinar · 37, 43
escala de Flanagan · 21, 32
estudo · 8, 9, 23, 24, 27, 34, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49

F

fator de risco · 35
fisioterapia · 34, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 48, 49
frequência · 10, 45

H

humanização · 4, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16

I

IBGE · 18, 31
idosos · 4, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32
insuficiência respiratória · 36
intervenção · 15, 34, 37, 38, 39, 40, 44, 46, 47, 49

M

músculos · 42, 43, 48

P

paciente · 6, 7, 9, 12, 14, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 47, 49

Q

qualidade de vida · 18, 30, 31, 32

R

reabilitação · 33, 34, 37, 38, 39, 40
recursos fisioterapêuticos · 42

S

satisfação · 6, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
saúde · 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 43

sinais e sintomas · 12, 33, 42, 43

T

técnicas fisioterapêuticas · 34, 35, 46

tratamento · 4, 7, 9, 21, 22, 34, 37, 38, 39, 40,
42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49

U

urgência e emergência · 4, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 16

V

velho · 19

A realização do livro “Tópicos Multidisciplinares em Ciências da Saúde” é uma obra composta por estudos de diferentes áreas das ciências da saúde. Essa obra é composta por 4 artigos científicos que abordam assuntos sobre as ciências da Saúde.

ISBN 978-658831916-1



Pantanal Editora

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000
Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil
Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp)
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br

