

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM NEONATOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DA FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA - FAP

Emanuela Tavares Cavalcante de Sousa¹; Barbara Dayane Araujo de Sousa²; Márcia Regina Rodrigues da Silva Sousa³; Laryssa do Nascimento Barbosa⁴; Giselda Félix Coutinho⁵

¹Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (manufisio15@gmail.com).

²Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (araujobarbara610@gmail.com).

³Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (marciaagouveia@gmail.com).

⁴Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil (laryssajesus@hotmail.com).

⁵Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil – Professora Orientadora (giseldafc@gmail.com).

RESUMO

A fisioterapia tem um papel fundamental na assistência ao neonato, uma vez que a mesma tem potencial para participar de forma corroborativa na recuperação e possibilidade de alta hospitalar. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência e relevância da assistência ao neonato de risco admitido na UTI-neonatal do Hospital da FAP. Participaram deste trabalho, três graduandas do nono período de fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, os atendimentos eram realizados duas vezes por semana, com duração de três horas cada visita, além de reuniões quinzenais para avaliação e apresentação de trabalhos objetivando homogeneizar o conhecimento entre os participantes e as coordenadoras. Para avaliação dos neonatos foi utilizado uma ficha personalizada com dados de identificação materna e neonatal (colhidos dos prontuários dos pacientes), a hipótese diagnóstica e os parâmetros da fisioterapia respiratória e motora, assim como uso de escalas validadas na área: Boletim de Silverman-Andersen, Escala de Brazelton, Glasgow modificada e a Escala Neonatal Infant Pain Scale – NIPS. As condutas foram aplicadas de acordo com a necessidade do paciente e foram documentadas em uma ficha de acompanhamento, composta de dados como avaliação diária (sinais vitais e estado geral), conduta fisioterapêutica respiratória e motora e evolução clínica. Diante do exposto, viu-se a importância do atendimento fisioterapêutico a estes neonatos, propiciando-lhes uma melhor expectativa de vida, por meio da conduta respiratória e motora visando adequar os neonatos e lactentes à vida e reduzir o tempo de internação e lesões por tempo em UTI.

Palavras-chave: UTI, Neonatologia, Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

Os neonatos submetidos ao tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) apresentam condições clínicas distintas quando comparadas com a terapêutica intensiva em adultos, tendo em vista suas diferenças anatômicas e fisiológicas (IRWIN; TECKLIN, 2003). Além dos riscos relacionados às condições perinatais que afetam os diferentes sistemas do organismo, condições estas que envolvem fatores pré ou pós-maturidade, favorecem o desenvolvimento de quadros de Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), Síndrome de Aspiração Meconial (SAM), Taquipneia Transitória, Asfixia Perinatal, Displasia Broncopulmonar, Sepsis Neonatal, dentre outros (WILKINS; STOLLER; KACMAREK, 2009; Assistência Hospitalar ao Neonato, 2005).

Um neonato com desconforto respiratório inerente a tais distúrbios pode apresentar-se com um quadro clínico caracterizado por aumento da frequência respiratória e/ou apneia, retrações torácicas, dilatação nasal reflexa, gemido expiratório, estridor laríngeo, oscilação da cabeça pelo uso da musculatura acessória da respiração, maior propensão à fadiga da musculatura respiratória, devido à quantidade reduzida de fibras oxidativas, maior suscetibilidade a transtornos cardiorrespiratórios e ainda podendo evoluir com alterações da coloração da pele: cianose, *pletora* ou palidez (IRWIN; TECKLIN, 2003).

Para avaliar o grau de desconforto respiratório e também a evolução clínica é de grande importância a monitorização cardiorrespiratória, incluindo desde o exame físico até a mensuração da saturação de oxigênio, frequência respiratória e cardíaca (WILKINS; STOLLER; KACMAREK, 2009). Uma das formas utilizada para quantificar o grau de desconforto respiratório é o BOLETIM DE SILVERMAN- ANDERSEN, composto por cinco manifestações clínicas: movimentos de tórax e abdômen (respiração paradoxal), tiragem intercostal inferior, retração xifoideana, batimento da asa do nariz (adejamento nasal) e gemido expiratório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Nesse cenário, se insere então a fisioterapia neonatal, que consiste em procedimentos realizados pelo Fisioterapeuta no período compreendido entre o dia do nascimento até 28 dias após o parto, e que compreendem o manuseio da parte motora e pulmonar do recém-nascido (SELESTRIN et al., 2007). É uma modalidade terapêutica relativamente recente dentro das unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal e que está em expansão, especialmente nos

grandes centros.

Segundo a portaria do Ministério da Saúde nº 3.432, em vigor desde 12/8/1998, as unidades de Terapia Intensiva de hospitais com nível terciário devem contar com assistência fisioterapêutica em período integral, para aperfeiçoar as complicações e o período de hospitalização, reduzindo, conseqüentemente, os custos hospitalares, além de detectar precocemente disfunções que possam comprometer o desenvolvimento neuropsicomotor da criança (NICOLAU; LAHÓZ, 2007).

Logo, encontra-se na responsabilidade do profissional fisioterapeuta em uma UTIN o reconhecimento dos problemas físicos e de desenvolvimento presentes nos neonatos, bem como a contribuição da intervenção fisioterapêutica no restabelecimento da condição cardiorrespiratória e comprometimentos neuropsicomotores (IRWIN; TECKLIN, 2003).

Os principais objetivos da assistência fisioterapêutica cardiorrespiratória aos neonatos são: otimizar a função respiratória, melhorando as trocas gasosas; adequar suporte ventilatório; prevenir e tratar complicações pulmonares; manter a permeabilidade das vias aéreas e favorecer o desmame da ventilação mecânica e oxigenoterapia (NICOLAU; LAHÓZ, 2007).

Outro fator importante é a remoção de secreções pulmonares, em vista da limitação estrutural e funcional respiratória dos recém-nascidos, especialmente doentes e/ou prematuros. A eliminação de secreção otimiza as trocas gasosas e reduz o trabalho respiratório do neonato, que possui características respiratórias estruturais e funcionais desfavoráveis, em relação a outras faixas etárias da criança (HADDAD et al, 2006).

Com relação à fisioterapia motora através da intervenção precoce, seu principal objetivo é modular o tônus e permitir que, pela neuroplasticidade, o neonato possa experimentar movimentos e posturas normais desde seu nascimento, favorecendo seu desenvolvimento. Visto que quanto mais cedo os neonatos são submetidos à estimulação precoce, menor será a necessidade de assistência no futuro, remediando eventuais deficiências no desempenho motor e auxiliando o desenvolvimento de suas capacidades de forma plena (CASTRO, 2004; BRUM, 2007).

Em detrimento da complexidade dos casos presentes na unidade de terapia intensiva

neonatal, se faz necessário a Intervenção Fisioterapêutica para auxiliar na redução da morbimortalidade, como também, custos hospitalares e redução do tempo de hospitalização dos neonatos, propiciando-lhes uma melhor expectativa de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, intervencionista, com abordagem qualitativa, realizada por meio da análise documental e vivência clínica acerca do atendimento fisioterapêutico realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Fundação Assistencial da Paraíba - FAP pelo Projeto de Extensão “Estima Vida” vinculado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. As informações fornecidas são baseadas nas condutas fisioterapêuticas, análise de prontuário, e experiências vivenciadas, do qual foram obtidas informações acerca do sexo, patologias mais comuns, anamnese, exame físico realizado, técnicas utilizadas, e a conduta fisioterapêutica adotada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Intervenções Fisioterapêuticas são realizadas por três graduandas do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, durante duas visitas semanais, com duração de três horas cada intervenção na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital da FAP. São realizadas reuniões quinzenais para avaliação e apresentação de trabalhos, objetivando homogeneizar o conhecimento entre os participantes e as coordenadoras, bem como realização de pesquisas científicas utilizando a amostra encontrada na UTIN. Proporcionando assim, o aproveitamento das experiências vivenciadas na extensão, através dos trabalhos publicados e dos relatórios mensais referentes ao andamento dos atendimentos às Coordenadoras do Projeto.

A intervenção consiste em duas etapas, na primeira é realizada avaliação dos neonatos através da ficha de avaliação, com identificação materna e neonatal (colhidos dos prontuários dos pacientes), a hipótese diagnóstica e os parâmetros da fisioterapia respiratória e motora, assim como uso de escalas validadas na área: avaliação da condição respiratória através do Boletim de Silverman-Andersen, que verifica sinais de desconforto respiratório: movimento de tórax e abdômen, retração costal inferior, retração xifoide, batimentos de asas do nariz, e gemido expiratório; avaliação do estado comportamental através da Escala de Brazelton, o nível de consciência pela escala de Glasgow modificada e o nível de dor por meio da Escala

Neonatal Infant Pain Scale - NIPS. As condutas aplicadas são documentadas em uma ficha de acompanhamento, que é composta de: identificação, avaliação diária, conduta fisioterapêutica respiratória e motora e evolução clínica. E uma avaliação contínua é feita imediatamente antes e após a aplicação do protocolo de atendimento.

As técnicas utilizadas para a intervenção cardiorrespiratória são: FNP (Facilitação Neuro-Proprioceptiva) Diafragmática, drenagem postural, Pressão Manual Expiratória ou Compressão e Descompressão (pressão negativa), Hiperinsuflação Manual, Aumento do Fluxo Expiratório (AFE) Aspiração Nasotraqueal, Orotraqueal e Endotraqueal e posicionamento terapêutico.

A fisioterapia respiratória tem por objetivos preservar as vias aéreas pérvias, prevenir ou reduzir alterações que comprometem o sistema pulmonar e ampliar a função respiratória nas patologias que afetam este período de início da vida. A função do fisioterapeuta é reabilitar através de técnicas que favoreçam tais condições; no caso da ventilação mecânica, tratar a musculatura respiratória e adequar o melhor sincronismo da bomba respiratória com a ventilação mecânica. Na ventilação mecânica, a fisioterapia pode reduzir a demanda respiratória, diminuir fatores de impedância respiratória e aumentar a eficiência da função pulmonar, tornando a assistência respiratória menos prolongada. Os recursos da fisioterapia respiratória devem ser usados para garantir a higiene brônquica, expansão pulmonar e proporcionar padrão respiratório confortável. (OLIVEIRA; SANTOS, 2002).

Já na intervenção motora, as técnicas utilizadas foram: Dissociação de cinturas escapular e pélvica, alcance alternado, Chutes alternados, estimulação mão-face, estimulação mão em linha média, Tapping de pressão e Alinhamento Biomecânico. A intervenção de forma precoce, através da fisioterapia motora está entre os métodos utilizados para estimular o desenvolvimento nos recém-nascidos com a preocupação de minimizar o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (LIBERALI; DAVIDSON; SANTOS, 2014).

O recém-nascido, nas UTIs neonatais, pode tornar-se instável pela própria doença em si ou decorrente do tratamento a que ele é exposto. O ambiente das UTIs neonatais gera preocupação quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido devido os impactos causados pela dor, estresse, estimulação inapropriada e os procedimentos invasivos que são comuns neste período de internação. Visando a necessidade de amenizar as sequelas do tempo de hospitalização, é necessário um atendimento especializado (LIBERALI;

DAVIDSON; SANTOS, 2014).

A conduta fisioterapêutica busca promover resultados através de correção de posicionamentos inadequados, na redução ou alívio da dor e instruções aos pais com relação à manipulação adequada e necessária. Ela abrange várias formas de estímulo, tais como: proprioceptivo, tátil, visual, vestibular e auditivo, através de atividades motoras precoces, alongamentos, posicionamentos que resultam em um melhor desenvolvimento motor, previne a ocorrência da síndrome da imobilidade e diminui o quadro de hipotonia muscular. (CRUNIVEL; PAULETTI, 2009).

Ou seja, melhorando a qualidade de vida e otimizando a permanência dos neonatos na UTIN. Um estudo realizado em um hospital privado de São Paulo demonstrou que o período médio de internação foi de 49,5 dias, mostrando com esses resultados m que para garantir a sobrevivência dessas crianças, há necessidade de um longo período de assistência direta neste ambiente através de uma equipe multidisciplinar, de forma especializada, que utilizam procedimentos e terapêuticas complexas para recuperar a saúde e, sobretudo, evitar as complicações advindas do tratamento intensivo e da internação prolongada (TIAGO; CALDEIRA; VIEIRA, 2008).

CONCLUSÃO

Neonatos submetidos ao tratamento em unidade de terapia intensiva apresentam riscos relacionados às condições perinatais que trazem as mais variadas repercussões aos sistemas do organismo, tornando o neonato suscetível a toda uma gama de injúrias relacionadas ao sistema respiratório e motor.

Tendo em vista a fragilidade do neonato na Unidade de Terapia Intensiva, viu-se a importância do atendimento fisioterapêutico a estes neonatos, propiciando-lhes uma melhor expectativa de vida, por meio da conduta respiratória e motora, visando adequar os neonatos e lactentes à vida extrauterina e reduzir o tempo de internação e lesões por tempo em UTI. A fisioterapia vem como contribuição de extrema importância no restabelecimento da condição cardiorrespiratória e prevenindo ou atenuando comprometimentos neuropsicomotores através das mais diversas técnicas e recursos utilizados.

Pode-se concluir que, como consequência do tratamento fisioterapêutico, temos o aumento da sobrevivência dos neonatos assim como a diminuição de seu tempo de internação, melhora no prognóstico e diminuição dos custos hospitalares inerentes a uma internação.

REFERÊNCIAS

BRUM, E. H. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 2, p. 12-23, 2007.

CASTRO, G. G. Caracterização das crianças prematuras: uma contribuição da fisioterapia para o programa de saúde da criança. Minas Gerais, 2004.

CRUNIVEL, F, PAULETTI, C. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. **Caderno de Pós-graduação em distúrbios de desenvolvimento**, v. 9, n. 1, p. 102-125, 2009.

HADDAD, E. R. et al. Abordagens fisioterapêuticas para remoção de secreções das vias aéreas em recém-nascidos: relato de casos. **Pediatria**, v. 28, n. 2, 135-140, 2006;

IRWIN, S.; TECKLIN, I. S. Fisioterapia Cardiopulmonar. 3 ed. Manole. São Paulo. 2003.

LIBERALI, J.; DAVIDSON, J.; SANTOS, A. Availability of physical therapy assistance in neonatal intensive care units in the city of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 1, p. 57-64, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à saúde do recém-nascido guia para os profissionais de saúde - Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. v. 3, Brasília, 2011.

NICOLAU, C. M.; LAHÓZ, A. L. Fisioterapia respiratória em terapia intensiva pediátrica e neonatal: uma revisão baseada em evidências. **Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 216-221, 2007.

OLIVEIRA, V. A. C.; SANTOS, M. E. Fisioterapia. In. MARGOTTO, P. R. (coord), Assistência ao recém-nascido de risco, 1ª ed. Brasília: Pórfiro, 2002 apêndice. p. 415-424.

SELESTRIN, C. C. et al. Avaliação dos parâmetros fisiológicos em recém-nascidos pré-termo em ventilação mecânica após procedimentos de fisioterapia neonatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 1, p. 146-155, 2007.

TIAGO, L. F.; CALDEIRA, A. P.; VIEIRA, M. A. Fatores de risco de baixo peso ao nascimento em maternidade pública do interior de Minas Gerais. **Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 8-14, 2008.



WILKINS, R. L.; STOLLER, J. K.; KACMAREK, R. M. **Fundamentos da Terapia Respiratória de Egan**. 9. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.