

ISSN online: 2358-8691
DOI: 10.25194/rebrasf.v10i3
Vol. 10 | Nº3 | 2022

Revista Brasileira de SAÚDE FUNCIONAL

REBRASF



FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA – <http://www.adventista.edu.br>

Missão: A Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) é uma instituição de ensino da Igreja Adventista do Sétimo Dia, alicerçada na cosmovisão bíblica, comprometida com a obra cristã da redenção e a formação integral de profissionais competentes para o exercício responsável da cidadania e o serviço à comunidade.

Princípios institucionais: 1. Aceitação da Bíblia como fundamento para todas as atividades institucionais; 2. Crença na existência de uma realidade transcendental, a qual não pode ser compreendida em sua totalidade por meio apenas dos sentidos ou da razão, sendo necessário, portanto, os atos da revelação de Deus, que são aliados da ciência e da razão no processo de descoberta e avanço do conhecimento; 3. Respeito e valorização do ser humano, criado por Deus a sua imagem e semelhança, como um ser inteligente, livre, responsável, social e espiritual; 4. Planejamento e execução de atos curriculares com o propósito de restaurar no ser humano a condição ideal em que Deus o criou; 5. Tomada de decisão dos gestores, professores, funcionários e demais colaboradores pautada pelos princípios do cristianismo, conforme expressos nos valores institucionais, garantindo um ambiente de estudo e trabalho saudáveis; 6. Preparo do estudante numa perspectiva de desenvolvimento integral que fomente o equilíbrio emocional, a interação harmônica com a sociedade e a natureza, e a capacidade de manter conduta adequada num contexto de liberdade com responsabilidade, o cuidado com a saúde e a devida relação com Deus; e 7. Compromisso com o serviço missionário, em favor de outros, motivado pelo amor a Deus.

Objetivos institucionais: 1. Desenvolver uma comunidade institucional com ênfase no amor a Deus e amor ao próximo como regra fundamental para todos os níveis de interação; 2. Preparar os estudantes a alcançarem seu mais elevado potencial, que inclui uma vida de alegria e utilidade altruísta, manifestando sensibilidade social e amorosa preocupação pelo bem-estar dos outros; 3. Contribuir para a formação de profissionais com uma visão global e com as competências necessárias para atuar nas diferentes situações contemporâneas, que saibam expressar-se de modo ético, analítico e criativo diante dos diferentes contextos e desafios organizacionais e sociais; 4. Desenvolver a pesquisa a partir dos dilemas atuais, enfatizando a solução de questões locais, regionais, nacionais e internacionais de modo científico; 5. Incentivar o aprendizado, a inovação e a difusão da cultura, das artes, da ciência e tecnologia; 6. Fomentar, permanente e sistematicamente, o processo de formação e desenvolvimento profissional docente; e 7. Contribuir para a promoção de mudanças e melhorias na comunidade por meio de programas de extensão e serviços especializados, em apoio à sociedade civil e aos órgãos governamentais.

ADMINISTRAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA (IAENE)

Diretor Presidente: André Henrique Dantas

Diretor Administrativo: William Ferreira

Diretor Secretário: Davi França

ADMINISTRAÇÃO GERAL DA FADBA

Diretor: Éber Liessi

Diretora Acadêmico: Lilian Anabel Becerra de Oliveira

Diretor Administrativo: Ilvo dos Santos Coutinho

Revista Brasileira de SAÚDE FUNCIONAL

REBRASF

EDITORA-CHEFE

Dr^a. Elenilda Farias de Oliveira

CONSELHO EDITORIAL

Dr^a. Lilian Anabel Becerra de Oliveira

Dr^a. Djeine Silveira Wagnacker

Me. Anselmo Cordeiro de Souza

Me. Tiago da Silva Lopes

Editor administrativo Esp. - Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves

Bibliotecário - Uariton Boaventura

CORPO EDITORIAL

Dr. Daniel Antunes Freitas

Dr^a. Dayse Mota Rosa Pinto

Me. Izabela Ferraz

Dr^a. Karla Ferraz dos Anjos

Me. Luna Vitória Cajé Moura

Dr^a. Ohana Cunha Nascimento

Dr^a. Quessia Paz Rodrigues

Dr^a. Samylla Maira Costa Siqueira

Dr^a. Vanessa Cruz Santos

Dr^a. Viviane Silva de Jesus

REVISORES DE LÍNGUA PORTUGUESA E INGLESA

Me. Leila Raposo

Carolina Larrosa Almeida

Vinícius Gonçalves Santos

DIAGRAMAÇÃO

Ionara Ferreira de Sousa

WEBSITE

<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF>

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento. Sendo assim, está sob a Licença Creative Commons Attribution 4.0 (que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista), tendo a representação dessa autorização através do seguinte selo:



Ficha catalográfica elaborada pelo
Bibliotecário Uariton Boaventura CRB 5/1587

RB454 Revista Brasileira de Saúde
6 Funcional / Faculdade Adventista da
Bahia - vol. 10, n. 3
(setembro/dezembro. 2022) -
Cachoeira/BA, 2022. -
79 p.

ISSN Online: 2358-8691

1. Saúde funcional. 2.
Epidemiologia. 3 Saúde coletiva. 4.
Ciências da saúde. 5. Ciências da vida.
I. Título. II. Faculdade Adventista da
Bahia

CDD 610.07

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

07 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE NEUROFISIOLOGIA DA DOR EM FISIOTERAPEUTAS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Waldison da Silva Marques
Lucas dos Santos Moreno
Laís Vasconcelos Vilaronga
Taiane Pereira Dias Gonçalves
Edna Conceição de Oliveira
Tiago da Silva Lopes

19 ASSESSMENT OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT THE NEUROPHYSIOLOGY OF PAIN IN PHYSIOTHERAPISTS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Waldison da Silva Marques
Lucas dos Santos Moreno
Laís Vasconcelos Vilaronga
Taiane Pereira Dias Gonçalves
Edna Conceição de Oliveira
Tiago da Silva Lopes

31 PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Deylane Abreu dos Santos
Giselle Oliveira Azeredo
Thais Batista dos Santos
Daiane Alves de Carvalho
Luzia Lima dos Santos

46 PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS AGAINST HUMANIZATION IN INTENSIVE CARE UNITS

Deylane Abreu dos Santos
Giselle Oliveira Azeredo
Thais Batista dos Santos
Daiane Alves de Carvalho
Luzia Lima dos Santos

59

INCIDÊNCIA DE COVID-19 NOS BAIRROS DE SALVADOR COMO NORTEADORA PARA REABILITAÇÃO: UM ESTUDO DESCRITIVO

Larissa Laranjeira Pinheiro dos Santos

Isabel Lisboa Santiago Nascimento

Mariana Silva Macedo

Sarah Souza Pontes

70

INCIDENCE OF COVID-19 IN THE NEIGHBORHOODS OF SALVADOR AS A GUIDANCE FOR REHABILITATION: A DESCRIPTIVE STUDY

Larissa Laranjeira Pinheiro dos Santos

Isabel Lisboa Santiago Nascimento

Mariana Silva Macedo

Sarah Souza Pontes

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE NEUROFISIOLOGIA DA DOR EM FISIOTERAPEUTAS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT THE NEUROPHYSIOLOGY OF PAIN IN PHYSIOTHERAPISTS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Waldison da Silva Marques - fisiowaldison@gmail.com

Graduando em Fisioterapia, Faculdade Adventista da Bahia, Membro do Laboratório Adventista de Neuromodulação e Neurociência (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Lucas dos Santos Moreno - lucassmoreno98@gmail.com

Graduando em Fisioterapia, Faculdade Adventista da Bahia, Membro do Laboratório Adventista de Neuromodulação e Neurociência (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Laís Vasconcelos Vilaronga - vilarongalais@gmail.com

Graduanda em Fisioterapia, Faculdade Adventista da Bahia, Membro do Laboratório Adventista de Neuromodulação e Neurociência (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Taiane Pereira Dias Gonçalves - tayanedyas123@gmail.com

Graduanda em Fisioterapia, Faculdade Adventista da Bahia, Membro do Laboratório Adventista de Neuromodulação e Neurociência (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Edna Conceição de Oliveira - ft.ednaoliveira@gmail.com

Fisioterapeuta, Membro do Laboratório Adventista de Neuromodulação e Neurociência (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Tiago da Silva Lopes - tiago.lopes@adventista.edu.br

Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Coordenador do Laboratório Adventista de Neuromodulação e Neurociência (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil., Cachoeira, Bahia, Brasil.

Resumo: **Introdução:** Dados demonstram que fisioterapeutas que apresentam pobre conhecimento sobre avaliação, mecanismos fisiopatológicos e tratamento da dor colaboram para a perpetuação de disfunções dolorosas crônicas. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento sobre dor de fisioterapeutas atuantes no recôncavo baiano. **Método:** Estudo tipo observacional, de caráter transversal e quantitativo. A amostra foi por meio de conveniência, a partir da demanda espontânea dos fisioterapeutas que aceitaram responder os questionários. A pesquisa foi realizada no recôncavo baiano, com fisioterapeutas de ambos os sexos devidamente registrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região (CREFITO 7). Foram excluídos deste estudo indivíduos que não responderam 2/3 do questionário. O instrumento de coleta de dados foi composto por dois questionários distintos, sendo um do tipo sociodemográfico, e o outro questionário chamado de Questionário

Neurofisiológico da Dor (QND). **Resultado:** Os fisioterapeutas obtiveram uma média de acertos de $7,5 \pm 1,6$ nos itens do questionário, representando 62,7% de acerto. Não houve correlação entre o tempo de formação e a taxa de acerto dos fisioterapeutas ($r = 0,135$, $P > 0,321$). **Conclusão:** Os profissionais de fisioterapia atuantes no recôncavo baiano apresentaram um nível baixo de conhecimento sobre neurofisiologia da dor.

Palavras-chave: Dor crônica; Fisioterapia; Neurofisiologia.

Abstract: Introduction: Data show that physical therapists who have poor knowledge about pain assessment, pathophysiological mechanisms and treatment contribute to the perpetuation of chronic pain disorders. **Objective:** To assess the level of knowledge about pain of physical therapists working in the Recôncavo of Bahia. **Method:** Observational, cross-sectional and quantitative study. The sample was based on convenience, based on the spontaneous demand of physical therapists who agreed to answer the questionnaires. The research was carried out in Recôncavo Bahia, with physiotherapists of both sexes duly registered with the Regional Council of Physiotherapy and Occupational Therapy of the 7th Region (CREFITO 7). Individuals who did not answer 2/3 of the questionnaire were excluded from this study. The data collection instrument consisted of two distinct questionnaires, one of the sociodemographic type, and the other called the Neurophysiological Pain Questionnaire (NDQ). **Result:** The physical therapists obtained an average of correct answers of 7.5 ± 1.6 in the items of the questionnaire, representing 62.7% of correct answers. There was no correlation between training time and the physical therapists' hit rate ($r = 0.135$, $P > 0.321$). **Conclusion:** Physiotherapy professionals working in the Bahian Recôncavo had a low level of knowledge about pain neurophysiology.

Keywords: Chronic pain; Physiotherapy; Neurophysiology.

INTRODUÇÃO

A dor é conceituada pela International Association for the Study of Pain (IASP), como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos materiais reais ou potenciais, ou descrita em termos de tal dano”⁽¹⁾. Desse modo, é um problema de saúde da atualidade, representando cerca de 70% dos atendimentos de emergência⁽²⁾. Uma revisão sistemática revelou que a prevalência de dor crônica, na Bahia, é em torno de 41,4%⁽³⁾.

Estudos mostram que mais da metade dos pacientes encaminhados ao setor de fisioterapia apresentam a dor como principal queixa, e isso repercute diretamente na funcionalidade e qualidade de vida diária⁽⁴⁻⁵⁾. A fisioterapia é um recurso muito eficiente para o tratamento de pacientes com quadros algícos de dor⁽⁶⁻⁷⁾. Entretanto, a seleção das abordagens mais adequadas parece dependente de alto grau de conhecimento, aliado à melhor evidência científica⁽⁸⁾.

De acordo com a Declaração de Montreal⁽²⁾, é direito de todas as pessoas com dor receber um tratamento adequado por um profissional devidamente treinado. Porém, estudos mostram que os profissionais da saúde apresentam pobre conhecimento sobre avaliação, mecanismos fisiopatológicos e tratamento da dor⁽⁹⁻¹⁰⁾. Isso pode ser consequência de uma abordagem superficial sobre o estudo da dor durante o processo de formação desses profissionais⁽¹¹⁾, o que pode refletir em práticas clínicas ineficazes, como sub-diagnósticos⁽¹²⁾.

Até o momento, pouco se sabe sobre o nível de conhecimento a respeito da neurofisiologia e avaliação da dor dos fisioterapeutas atuantes no recôncavo baiano. Por esse motivo, este estudo tem como objetivo principal avaliar o conhecimento sobre dor de fisioterapeutas atuantes no recôncavo baiano.

MÉTODOS

Estudo tipo observacional, de caráter transversal e quantitativo. A amostra se deu por meio de conveniência, a partir da demanda espontânea dos fisioterapeutas que aceitaram responder aos questionários. A pesquisa foi realizada no recôncavo baiano, com fisioterapeutas de ambos os sexos, devidamente registrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região (CREFITO 7), e foram excluídos os indivíduos que não responderam 2/3 do questionário. Os participantes deste estudo foram caracterizados através de um questionário sociodemográfico contendo perguntas relacionadas à identificação da amostra, com dados referentes a sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, bem como questionamentos relacionados à formação acadêmica, a exemplo de tempo de formação, área de especialização e se o indivíduo já participou de congressos ou eventos sobre neurofisiologia da dor.

Após a caracterização sociodemográfica, todos os participantes foram submetidos ao Questionário Neurofisiológico da Dor (QND)⁽¹³⁻¹⁴⁾. O QND é um instrumento autoaplicado, originalmente contendo 12 itens que se propõe a avaliar o conhecimento relacionado à neurofisiologia da dor, em que cada item contém três opções de resposta, sendo elas: verdadeiro, falso e indeciso. Os resultados do QND são interpretados com cada acerto correspondendo a um ponto, todavia, se o indivíduo errar ou escolher a alternativa “indeciso”, a questão é zerada. Portanto, a pontuação total varia de zero a 12, e, quanto maior a pontuação, maior o nível de compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da dor. O nível de conhecimento sobre neurofisiologia da dor foi determinado pela taxa de acerto dos profissionais em relação ao QND. Os profissionais foram classificados como baixo conhecimento se tivessem taxa de acerto menor que 75% do QND, e alto nível de conhecimento para taxas de acertos superiores a 75%⁽¹³⁾.

Devido ao contexto pandêmico atual, com o intuito de minimizar risco de contágio pelo novo coronavírus SARS-Cov2, o procedimento de coleta de dados foi realizado por meio do preenchimento dos questionários em uma plataforma on-line, Google Forms®. O link do questionário foi divulgado em redes sociais, como instagram, facebook e no whatsapp, para recrutar esses profissionais. Cada participante respondeu de maneira segura, com risco mínimo de quebra de sigilo. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi disponibilizado na primeira página do formulário, para que os participantes ficassem inteirados dos objetivos, riscos e benefícios do estudo. Em seguida, todos os participantes que aceitaram participar do estudo tiveram acesso aos questionários sociodemográficos e QND.

Os dados coletados foram tabulados no software Microsoft Excel e analisados no software Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. As variáveis descritivas quantitativas foram apresentadas por média e desvio padrão enquanto as descritivas categóricas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa. O teste de Pearson foi utilizado para correlacionar as variáveis tempo de formação e percentual de acertos no questionário, adotando um nível de significância de 5%, e um intervalo de confiança de 95%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade, através do número do CAAE: 45481321.5.0000.0042.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e acadêmicas da população das amostras coletadas, no tocante à população geral do estudo.

Tabela 1 - Características basais dos fisioterapeutas atuantes no recôncavo baiano no ano de 2022, (n=56).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Sexo, n (%)	
Feminino	40 (71,4)
Masculino	16 (28,6)
Idade, anos (M±DP)	33,0 ± 7,4
Raça/Cor, n (%)	

Preto	14 (25,0)
Pardo	24 (42,9)
Amarelo	3 (5,4)
Branco	15 (26,8)
Estado Civil, n (%)	
Solteiro (a)	31 (55,4)
Casado (a)	22 (39,3)
Divorciado (a)	3 (5,4)
Municípios, n (%)	
Cachoeira	14 (25,0)
Santo Antônio de Jesus	1 (1,8)
Camaçari	3 (5,4)
Monte Santo	1 (1,8)
Cruz das Almas	1 (1,8)
São Félix	2 (3,6)
Feira de Santana	6 (10,7)
Salvador	15 (26,8)
Jacobina	1 (1,8)
Candeias	1 (1,8)

Capim Grosso	1 (1,8)
Santa Luz	1 (1,8)
Conceição do Almeida	1 (1,8)
Utinga	1 (1,8)
Mata de São João	1 (1,8)
Itanagra	1 (1,8)
Alagoinhas	2 (3,6)
Lauro de Freitas	1 (1,8)
Porto Seguro	1 (1,8)
Macajuba	1 (1,8)

CARACTERÍSTICAS ACADÊMICAS DOS FISIOTERAPEUTAS

Tempo de Formação, anos (M±DP) 7,9±7,4

Possui Pós-graduação, n (%)

Sim	39 (69,6)
Não	17 (30,4)

Qual a sua especialização?, n (%)

Saúde da Mulher	3 (5,4)
Cardiologia	2 (3,6)
Gestão	1 (1,8)

Pilates	2 (3,6)
Ortopedia	3 (5,4)
Saúde Pública	2 (3,6)
Neurofuncional	4 (7,1)
Dermatofuncional	1 (1,8)
UTI	6 (10,7)
Saúde do Idoso	2 (3,6)
DTM	4 (7,1)
Osteopatia	4 (7,1)
Terapia Manual	4 (7,1)
Pediatria	2 (3,6)
Não Responderam	16 (28,6)

Já participou de eventos ou realizou algum curso sobre neurofisiologia da dor?, n (%)

Sim	24 (42,9)
Não	32 (57,1)

Durante a sua graduação teve alguma disciplina específica sobre neurofisiologia da dor?, n (%)

Sim	31 (55,4)
Não	25 (44,6)

Fonte: Elaborado pelos autores.

A tabela 2 apresenta o total de acertos por cada item do questionário QND. Cinco itens (2,3,4,8 e 12) apresentaram alto índice de acerto (84,6%), enquanto sete itens (1,5,6,7,9,10 e 11) tiveram baixo índice de acertos (47,1%). Os fisioterapeutas obtiveram uma média de acertos de $7,5 \pm 1,6$ nos itens do questionário, representando 62,7% de acerto. Não houve correlação entre o tempo de formação e a taxa de acerto dos fisioterapeutas ($r = 0,135$, $P > 0,321$).

Tabela 2 - Histórico de acertos por itens observados no QND entre fisioterapeutas atuantes no recôncavo baiano no ano de 2022, (n=56).

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso	Indeciso
1. Quando parte do seu corpo é ferida, receptores especiais de dor transmitem a mensagem de dor ao seu cérebro.	49 (87,5)	6 (10,7)	1 (1,8)
2. A dor só ocorre quando você está ferido ou em risco de se ferir.	2 (3,6)	53 (94,6)	1 (1,8)
3. Os nervos especiais da medula espinhal transmitem mensagens de "perigo" ao cérebro.	44 (78,6)	5 (8,9)	7 (12,5)
4. A dor ocorre sempre que você se machuca.	6 (10,7)	49 (87,5)	1 (1,8)
5. O cérebro decide quando você sentirá dor.	28 (50,0)	22 (39,3)	6 (10,7)
6. Os nervos se adaptam aumentando seu nível de excitação de repouso.	39 (69,6)	5 (8,9)	12 (21,4)
7. Dor crônica significa que uma lesão não cicatrizou adequadamente.	11 (19,6)	40 (71,4)	5 (8,9)

8. Lesões piores sempre resultam em dores piores.	9 (16,1)	45 (80,4)	2 (3,6)
9. Os neurônios descendentes são sempre inibitórios.	13 (23,2)	27 (48,2)	16 (28,6)
10. Quando você se machuca, o ambiente em que você está não afetará a quantidade de dor que você experimenta, contanto que a lesão seja exatamente a mesma.	3 (5,4)	29 (51,8)	24 (42,9)
11. É possível sentir dor e não saber.	26 (46,4)	16 (28,6)	14 (25,0)
12. Quando você se machuca, receptores especiais transmitem a mensagem de perigo à sua medula espinhal.	46 (82,1)	3 (5,4)	7 (12,5)

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

No presente estudo, os profissionais de fisioterapia tiveram um baixo nível de conhecimento sobre neurofisiologia da dor. Entretanto, este resultado não foi correlacionado ao tempo de formação dos fisioterapeutas. De maneira interessante, este achado é corroborado por um estudo realizado na África do Sul, que identificou que os fisioterapeutas avaliados possuíam taxa de acerto de apenas 66% das perguntas sobre neurofisiologia da dor⁽⁹⁾. Destaca-se ainda que dados de estudos recentes tem mostrado que o déficit de conhecimento sobre neurofisiologia da dor dos fisioterapeutas não apresenta diferenças significativas quando comparado com pacientes atendidos pelo serviço de saúde⁽¹³⁾. Uma das explicações para isso repousa no fato de que o ensino sobre o tema de neurofisiologia da dor é pouco difundido em universidades de fisioterapia, o que, conseqüentemente, reflete em profissionais com pouca expertise no manejo e entendimento da dor⁽¹⁴⁾.

Ainda nesse sentido, outro estudo realizado com um grupo de profissionais da saúde, dentre eles fisioterapeutas, revelou inconsistência entre o conhecimento teórico dos participantes da pesquisa no que diz respeito a seus papéis no manuseio da dor⁽¹⁵⁾. Curiosamente, em uma pesquisa cujo

objetivo era avaliar o raciocínio clínico de mecanismos da dor de fisioterapeutas, foram reveladas evidências claras de que os profissionais obtêm tal raciocínio⁽¹⁶⁾. Essas evidências podem sugerir a necessidade de maior investimento das faculdades e dos profissionais de saúde na busca de oferecerem e alcançarem, respectivamente, maior conhecimento sobre a temática dor.

Em relação à importância da avaliação dos diferentes aspectos da dor, o entendimento dos fenômenos de dor corresponde ao grau geral de experiência que os profissionais adquiriram ao decorrer de sua formação. Este estudo pode fornecer um achado alarmante, relacionado à dimensão do conhecimento da dor, o que pode ser repercutido na prática clínica, influenciando decisões errôneas de tratamento. Embora este estudo não tenha focado na correlação da grade curricular com o nível de conhecimento dos profissionais de fisioterapia, é importante salientar que o conteúdo da educação sobre dor, em variados currículos de graduação para fisioterapeutas, deve ser explorado para identificar quais áreas específicas da graduação que endossam o tema dor não estão sendo abordadas. Isso contribuirá para otimizar a eficácia da educação para fisioterapeutas.

A fisioterapia atua e contribui dentro de todo o âmbito da avaliação clínica e tratamento da dor, por isso, de certa forma, é preocupante que o escore de conhecimento sobre QND desses fisioterapeutas seja tão baixo, visto que são profissionais que, em sua maioria, atuam em áreas como Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Ortopedia, neurofuncional etc. A importância disso fica evidente pelo fato de que pouco se sabe sobre as melhores evidências atuais sobre dor, que, por sua vez, podem limitar a eficácia das intervenções, levando à subavaliação e tratamento de pacientes com dor⁽¹⁷⁾. Embora as diretrizes da IASP visem melhorar e padronizar o ensino da dor, poucas pesquisas foram feitas sobre o conteúdo dos cursos de dor nos currículos de saúde. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de uma melhor educação sobre a dor.

Este estudo teve algumas limitações, tais como: a) O tamanho da amostra foi insuficiente para garantir poder estatístico. Atualmente, segundo dados do CREFITO 7, a Bahia conta com 17.163.00 fisioterapeutas atuantes⁽¹⁸⁾, em virtude disso, um tamanho amostral maior poderia ter permitido uma melhor representação de gênero, etnia, formação acadêmica e experiência clínica da população, podendo repercutir de forma diferente nos resultados; b) Os participantes podem não terem sido motivados a darem respostas precisas, e sim dar respostas que fossem favoráveis; c) Outra coisa que poderia influenciar nos resultados encontrados seria o fato de que alguns profissionais que se sentem mais confiantes em seus conhecimentos têm maior probabilidade de responder aos questionários do que aquelas que sentem ter conhecimentos insuficientes. Se este for o caso, é preocupante, visto que, se os fisioterapeutas com baixo nível de conhecimento sobre mecanismo fisiopatológicos da dor não forem motivados a responder, os resultados foram efetivamente inflados por um viés de seleção.

No entanto, apesar do baixo nível de conhecimento, os participantes eram todos fisioterapeutas cadastrados no CREFITO 7 para a prática no recôncavo baiano, atuantes em diversas áreas. Portanto, este estudo fornece informações valiosas sobre os profissionais de fisioterapia, publicizando que há uma escassez de evidências sobre o conhecimento da dor.

CONCLUSÃO

O presente estudo sugere que os profissionais de fisioterapia atuantes no Recôncavo Baiano podem ter conhecimentos inadequados sobre neurofisiologia da dor. Essa hipótese foi aventada com base em uma pontuação mínima de 75%, que indica conhecimento inadequado, tanto para avaliar quanto para tratar. Os fisioterapeutas, em nossa amostra, tinham conhecimento insuficiente para garantir a avaliação e o tratamento da dor. Sugere-se novas pesquisas com um número de amostra maior.

REFERÊNCIAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976. DOI: 10.1097 / j.pain.0000000000001939.
2. Access to Pain Management: Declaration of Montreal. International Association for the Study of Pain (IASP). Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>. Acesso em: 01 abr 2021.
3. Vasconcelos FH, Araújo GC de. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *Braz J Pain*. 2018;1(2). DOI: 10.5935/2595-0118.20180034.4.
4. Silva GG da, Sirena SA. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(1):265–75. DOI: 10.5123/S1679-49742015000100014.
5. Leite F, de Oliveira Gomes J. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. *Rev. de Ciências Médicas*. 2012;15(3). Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1112>. Acesso em: 01 abr. 2021.
6. Gosling AP. Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. *Rev Dor*. Mar./2012;13(1):65–70. DOI: 10.1590/S1806-00132012000100012.
7. Marques AP, Matsutani AL, Ferreira EAG, Mendonça LLF de. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão da literatura. *Rev Bras Reumatol*. 2002;42(1):42–48. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001248709>. Acesso em: 22 mai. 2021.
8. Dias RC, Dias JMD. Prática baseada em evidências: uma metodologia para a boa prática

fisioterapêutica. *Fisioterapia em Mov.* 2017;19(1). Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/fisio/article/view/18654>. Acesso em: 24 mai. 2021.

9. Clenzos N, Naidoo N, Parker R. Physiotherapists' knowledge of pain: A cross-sectional correlational study of members of the South African Sports and Orthopaedic Manipulative Special Interest Groups. *South African J. of Sports Med.* 2013; 25(4):95-100. DOI : 10.17159/2078-516x/2013/v25i4a337.
10. Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MMC, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev. Eletr. de Enferm.* 2014;16(2):361-9. DOI: 10.5216/ree.v16i2.23611.
11. Marques ES, Xarles T, Antunes TM, Silva KKD da, Reis FJJ, Oliveira LAS de, et al. Evaluation of physiologic pain knowledge by physiotherapy students. *Rev. Dor* , 2016;17(1):29-33. DOI: 10.5935/1806-0013.20160008.
12. Barreto RDF, Gomes CZL, da Silva RM, Signorelli AAF, de Oliveira LF, et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev. Dor*, 2012;13(3):213-219. DOI: 10.1590/s1806-00132012000300004.13.
13. Nogueira LAC, Chaves ADO, Oliveira N, Almeida RSD, Reis FJJ, Andrade FGD, Catley MJ. Cross-cultural adaptation of the Revised Neurophysiology of Pain Questionnaire into Brazilian Portuguese language. *J Bras de Psiquiatr.* 2018;67, 273-277. DOI: 10.1590/0047-2085000000215.
14. Meeus M, Nijs J, Elsemans KS, Truijen S, De Meirleir K. Development and properties of the dutch neurophysiology of pain test in patients with chronic fatigue syndrome. *J Musculoskelet Pain.* 2010;18(1):58–65. DOI: 10.3109/10582450903495908.
15. Ribeiro MCO, Costa IN, Ribeiro CJN, Nunes MS, Santos B, DeSantana JM. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor e analgesia. *Rev dor.* 2015;16(3):204–9. DOI: 10.5935/1806-0013.20150041.
16. Smart K, Doody C. The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists. *Man Ther* 2007;12(1):40–9. DOI: 10.1016/j.math.2006.02.006.
17. Moseley L. Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronicpain: the actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *J Pain.* 2003;4(4):184-9. DOI: 10.1016/S1526-5900(03)00488-7
18. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7º região. Total de Profissionais na Bahia, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais . Sede – Salvador/BA, 2018-2022. Disponível em: <https://crefito7.gov.br/crefito7-em-numeros/#>. Acesso em: 01 jun. 2022.

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT THE NEUROPHYSIOLOGY OF PAIN IN PHYSIOTHERAPISTS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE NEUROFISIOLOGIA DA DOR EM FISIOTERAPEUTAS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Waldison da Silva Marques - fisiowaldison@gmail.com

Undergraduate student in Physical Therapy, Faculdade Adventista da Bahia, Member of the Adventist Laboratory of Neuromodulation and Neuroscience (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brazil.

Lucas dos Santos Moreno - lucassmoreno98@gmail.com

Undergraduate student in Physical Therapy, Faculdade Adventista da Bahia, Member of the Adventist Laboratory of Neuromodulation and Neuroscience (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brazil.

Laís Vasconcelos Vilaronga - vilarongalais@gmail.com

Undergraduate student in Physical Therapy, Faculdade Adventista da Bahia, Member of the Adventist Laboratory of Neuromodulation and Neuroscience (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brazil.

Taiane Pereira Dias Gonçalves - tayanedyas123@gmail.com

Undergraduate student in Physical Therapy, Faculdade Adventista da Bahia, Member of the Adventist Laboratory of Neuromodulation and Neuroscience (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brazil.

Edna Conceição de Oliveira - ft.ednaoliveira@gmail.com

Physiotherapist, Member of the Adventist Neuromodulation and Neuroscience Laboratory (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brazil.

Tiago da Silva Lopes - tiago.lopes@adventista.edu.br

Master in Medicine and Health from the Federal University of Bahia (UFBA), Coordinator of the Adventist Neuromodulation and Neuroscience Laboratory (LANN-FADBA), Cachoeira, Bahia, Brazil., Cachoeira, Bahia, Brazil.

Abstract: Introduction: Data show that physical therapists who have poor knowledge about pain assessment, pathophysiological mechanisms and treatment contribute to the perpetuation of chronic pain disorders. **Objective:** To assess the level of knowledge about pain of physical therapists working in the Recôncavo of Bahia. **Method:** Observational, cross-sectional and quantitative study. The sample was based on convenience, based on the spontaneous demand of physical therapists who agreed to answer the questionnaires. The research was carried out in Recôncavo Bahia, with physiotherapists of both sexes duly registered with the Regional Council of Physiotherapy and Occupational Therapy of the 7th Region (CREFITO 7). Individuals who did not answer 2/3 of the questionnaire were excluded from this study. The data collection instrument consisted of two distinct questionnaires, one of the sociodemographic type, and the other called the Neurophysiological Pain Questionnaire (NDQ). **Result:** The physical therapists obtained an average of correct answers of 7.5 ± 1.6 in the items of the

questionnaire, representing 62.7% of correct answers. There was no correlation between training time and the physical therapists' hit rate ($r = 0.135$, $P > 0.321$). **Conclusion:** Physiotherapy professionals working in the Bahian Recôncavo had a low level of knowledge about pain neurophysiology.

Keywords: Chronic pain; Physiotherapy; Neurophysiology.

INTRODUCTION

Pain is conceptualized by the International Association for the Study of Pain (IASP), as an "displeasent sensory and emotional experience associated with real or potential material damage, or described in terms of such damage"⁽¹⁾. Thus, it is a current health problem, representing about 70% of emergency care⁽²⁾. A systematic review revealed that the prevalence of chronic pain in Bahia is around 41.4%⁽³⁾.

Studies show that more than half of the patients referred to the physiotherapy sector have pain as the main complaint, and this has a direct impact on the functionality and quality of daily life⁽⁴⁻⁵⁾. Physiotherapy is a very efficient resource for the treatment of patients with pain conditions⁽⁶⁻⁷⁾. However, the selection of the most appropriate approaches seems dependent on a high degree of knowledge, combined with the best scientific evidence⁽⁸⁾.

According to the Montreal Declaration⁽²⁾, it is the right of all people with pain to receive adequate treatment by a properly trained professional. However, studies show that health professionals have poor knowledge about evaluation, pathophysiological mechanisms and pain treatment⁽⁹⁻¹⁰⁾. This may be a consequence of a superficial approach to the study of pain during the training process of these professionals⁽¹¹⁾, which may reflect in ineffective clinical practices, such as sub-diagnosis⁽¹²⁾.

So far, little is known about the level of knowledge about the neurophysiology and evaluation of the pain of physiotherapists working in the Bahian recôncavo. For this reason, this study has as its main objective to evaluate the knowledge about pain of physiotherapists working in the Bahian recôncavo.

METHODS

Observational type study, of a cross-sectional and quantitative character. The sample was given through convenience, from the spontaneous demand of physiotherapists who agreed to answer the questionnaires. The survey was conducted in the Bahian recôncavo, with physiotherapists of both sexes, duly registered with the Regional Council of Physiotherapy and Occupational Therapy of the

7th Region (CREFITO 7), and individuals who did not answer 2/3 of the questionnaire were excluded. The participants in this study were characterized by a sociodemographic questionnaire containing questions related to the identification of the sample, with data regarding sex, age group, race/color, marital status, as well as questions related to academic training, such as training time, area of specialization and whether the individual has ever participated in congresses or events on neurophysiology of pain.

After the sociodemographic characterization, all participants were submitted to the Neurophysiological Questionnaire of Pain (QND)⁽¹³⁻¹⁴⁾. The QND is a self-applied instrument, originally containing 12 items that proposes to evaluate the knowledge related to the neurophysiology of pain, in which each item contains three response options, namely: true, false and indecisive. The QND results are interpreted with each hit corresponding to a point, however, if the individual makes a mistake or chooses the "undecided" alternative, the question is zeroed. Therefore, the total score varies from zero to 12, and the higher the score, the higher the level of understanding of the pathophysiological mechanisms of pain. The level of knowledge about neurophysiology of pain was determined by the accuracy rate of professionals in relation to QND. Professionals were classified as low knowledge if they had a hit rate lower than 75% of the QND, and a high level of knowledge for hit rates greater than 75%⁽¹³⁾.

Due to the current pandemic context, in order to minimize the risk of contagion by the novel coronavirus SARS-Cov2, the data collection procedure was carried out by completing the questionnaires on an online platform, Google Forms®. The questionnaire link was published on social networks, such as instagram, facebook and whatsapp, to recruit these professionals. Each participant responded safely, with minimal risk of breach of confidentiality. The free and informed consent form (TCLE) was made available on the first page of the form, so that participants were aware of the objectives, risks and benefits of the study. Then, all participants who agreed to participate in the study had access to the sociodemographic and QND questionnaires.

The collected data were tabulated in the Microsoft Excel software and analyzed in the Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) software version 22.0. Quantitative descriptive variables were presented by mean and standard deviation while categorical descriptive variables were presented by absolute and relative frequency. The Pearson test was used to correlate the variable training time and percentage of correctness in the questionnaire, adopting a significance level of 5%, and a confidence interval of 95%. The research was approved by the College Ethics Committee, through the CAAE number: 45481321.5.0000.0042.

RESULTS

Table 1 presents the sociodemographic and academic characteristics of the population of the samples collected, with regard to the general population of the study.

Table 1 - Baseline characteristics of physiotherapists working in the Bahian reconcavo in the year 2022, (n=56).

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS	
Sex, n (%)	
Female	40 (71,4)
Male	16 (28,6)
Age, years (M±DP)	33,0 ± 7,4
Race/Color, n (%)	
Black	14 (25,0)
Brown	24 (42,9)
Yellow	3 (5,4)
White	15 (26,8)
Marital Status, n (%)	
Single	31 (55,4)
Married	22 (39,3)
Divorced	3 (5,4)
Counties, n (%)	
Cachoeira	14 (25,0)

Santo Antônio de Jesus	1 (1,8)
Camaçari	3 (5,4)
Monte Santo	1 (1,8)
Cruz das Almas	1 (1,8)
São Félix	2 (3,6)
Feira de Santana	6 (10,7)
Salvador	15 (26,8)
Jacobina	1 (1,8)
Candeias	1 (1,8)
Capim Grosso	1 (1,8)
Santa Luz	1 (1,8)
Conceição do Almeida	1 (1,8)
Utinga	1 (1,8)
Mata de São João	1 (1,8)
Itanagra	1 (1,8)
Alagoinhas	2 (3,6)
Lauro de Freitas	1 (1,8)
Porto Seguro	1 (1,8)
Macajuba	1 (1,8)

ACADEMIC CHARACTERISTICS OF PHYSIOTHERAPISTS

Training time, years (M±DP)	7,9±7,4
Has a postgraduate degree, n (%)	
Yes	39 (69,6)
No	17 (30,4)
What is your specialization?, n (%)	
Women's Health	3 (5,4)
Cardiology	2 (3,6)
Management	1 (1,8)
Pilates	2 (3,6)
Orthopedics	3 (5,4)
Public Health	2 (3,6)
Neurofunctional	4 (7,1)
Dermatofunctional	1 (1,8)
ICU	6 (10,7)
Elderly Health	2 (3,6)
DTM	4 (7,1)
Osteopathy	4 (7,1)
Manual Teraphy	4 (7,1)

Pediatrics	2 (3,6)
They did not answer	16 (28,6)

Have you ever participated in events or taken a course on the neurophysiology of pain?, n (%)

Yes	24 (42,9)
No	32 (57,1)

During your graduation, did you have any specific course on the neurophysiology of pain?, n (%)

Yes	31 (55,4)
No	25 (44,6)

Source: Elaborated by the authors.

Table 2 presents the total number of hits for each item of the QND questionnaire. Five items (2,3,4,8 and 12) had a high hit rate (84.6%), while seven items (1,5,6,7,9,10 and 11) had a low hit rate (47.1%). Physiotherapists obtained an average of correct answers of 7.5 ± 1.6 on the items of the questionnaire, representing 62.7% of correct answers. There was no correlation between the training time and the hit rate of physiotherapists ($r = 0.135$, $P > 0.321$).

Table 2 – History of hits by items observed in the QND between physiotherapists working in the Bahian recôncavo in the year 2022, (n=56).

QUESTIONS	True	False	Undecided
1. When part of your body is injured, special pain receptors transmit the pain message to your brain.	49 (87,5)	6 (10,7)	1 (1,8)
2. Pain only occurs when you are injured or at risk of being injured.	2 (3,6)	53 (94,6)	1 (1,8)

3. Special nerves in the spinal cord transmit "danger" messages to the brain.	44 (78,6)	5 (8,9)	7 (12,5)
4. Pain occurs whenever you are injured.	6 (10,7)	49 (87,5)	1 (1,8)
5. The brain decides when you will feel pain.	28 (50,0)	22 (39,3)	6 (10,7)
6. Nerves adapt by increasing their resting arousal level.	39 (69,6)	5 (8,9)	12 (21,4)
7. Chronic pain means that an injury has not healed properly.	11 (19,6)	40 (71,4)	5 (8,9)
8. Worse injuries always result in worse pain.	9 (16,1)	45 (80,4)	2 (3,6)
9. Descending neurons are always inhibitory.	13 (23,2)	27 (48,2)	16 (28,6)
10. When you are injured, the environment you are in will not affect the amount of pain you experience, as long as the injury is exactly the same.	3 (5,4)	29 (51,8)	24 (42,9)
11. It is possible to feel pain and not know it.	26 (46,4)	16 (28,6)	14 (25,0)
12. When you are injured, special receptors transmit the danger message to your spinal cord.	46 (82,1)	3 (5,4)	7 (12,5)

Source: Elaborated by the authors.

DISCUSSION

In the present study, physiotherapy professionals had a low level of knowledge about pain neurophysiology. However, this result was not correlated to the training time of physiotherapists. Interestingly, this finding is corroborated by a study conducted in South Africa, which identified that the evaluated physiotherapists had a hit rate of only 66% of the questions on neurophysiology of pain⁽⁹⁾. It is also noteworthy that data from recent studies have shown that the deficit of knowledge about the neurophysiology of pain of physiotherapists does not present significant differences when compared to patients treated by the health service⁽¹³⁾. One of the explanations for this rests in the fact that the teaching on the subject of neurophysiology of pain is little widespread in physiotherapy universities, which, consequently, reflects on professionals with little expertise in the management and understanding of pain⁽¹⁴⁾.

Also in this sense, another study conducted with a group of health professionals, among them physiotherapists, revealed inconsistency between the theoretical knowledge of the research participants with regard to their roles in pain management⁽¹⁵⁾. Interestingly, in a research whose objective was to evaluate the clinical reasoning of pain mechanisms of physiotherapists, clear evidence was revealed that professionals obtain such reasoning⁽¹⁶⁾. This evidence may suggest the need for greater investment by colleges and health professionals in the search to offer and achieve, respectively, greater knowledge on the theme of pain.

Regarding the importance of evaluating the different aspects of pain, the understanding of pain phenomena corresponds to the general degree of experience that professionals have acquired during their training. This study can provide an alarming finding, related to the dimension of pain knowledge, which can be reflected in clinical practice, influencing erroneous treatment decisions. Although this study has not focused on the correlation of the curriculum with the level of knowledge of physiotherapy professionals, it is important to point out that the content of pain education, in various undergraduate curricula for physiotherapists, should be explored to identify which specific areas of graduation that endorse the theme of pain are not being addressed. This will contribute to optimizing the effectiveness of education for physiotherapists.

Physiotherapy acts and contributes within the entire scope of clinical evaluation and pain treatment, so, in a way, it is worrying that the knowledge score on QND of these physiotherapists is so low, since they are professionals who, for the most part, work in areas such as Intensive Care Unit (ICU), Orthopedics, neurofuncioanal, etc. The importance of this is evident by the fact that little is known about the best current evidence on pain, which, in turn, can limit the effectiveness of interventions, leading to undervaluation and treatment of patients with pain⁽¹⁷⁾. Although the IASP guidelines aim to improve and standardize the teaching of pain, little research has been done on the

content of pain courses in health curricula. The results of this study point to the need for a better education about pain.

This study had some limitations, such as: a) The sample size was insufficient to ensure statistical power. Currently, according to data from CREFITO 7, Bahia has 17,163.00 active physiotherapists⁽¹⁸⁾, by virtue of this, a larger sample size could have allowed a better representation of gender, ethnicity, academic training and clinical experience of the population, and may have had a different impact on the results; b) Participants may not been motivated to give accurate answers, but to give answers Insufficient. If this is the case, it is worrying, since if physiotherapists with a low level of knowledge about the pathophysiological mechanism of pain are not motivated to respond, the results have been effectively inflated by a selection bias.

However, despite the low level of knowledge, the participants were all physiotherapists registered in CREFITO 7 for practice in the Bahian reconcavo, active in several areas. Therefore, this study provides valuable information about physiotherapy professionals, publicizing that there is a shortage of evidence about knowledge of pain.

CONCLUSION

The present study suggests that physiotherapy professionals working in Recôncavo Baiano may have inadequate knowledge about the neurophysiology of pain. This hypothesis was raised based on a minimum score of 75%, which indicates inadequate knowledge, both to evaluate and to treat. The physiotherapists, in our sample, had insufficient knowledge to ensure the evaluation and treatment of pain. New surveys with a larger sample number are suggested.

REFERENCES

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976. DOI: 10.1097 / j.pain.0000000000001939.
2. Access to Pain Management: Declaration of Montreal. International Association for the Study of Pain (IASP). Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>. Acesso em: 01 abr 2021.
3. Vasconcelos FH, Araújo GC de. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *Braz J Pain*. 2018;1(2). DOI: 10.5935/2595-0118.20180034.4.
4. Silva GG da, Sirena SA. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(1):265–75. DOI: 10.5123/S1679-

49742015000100014.

5. Leite F, de Oliveira Gomes J. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. *Rev. de Ciências Médicas*. 2012;15(3). Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1112>. Acesso em: 01 abr. 2021.
6. Gosling AP. Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. *Rev Dor*. Mar./2012;13(1):65–70. DOI: 10.1590/S1806-00132012000100012.
7. Marques AP, Matsutani AL, Ferreira EAG, Mendonça LLF de. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão da literatura. *Rev Bras Reumatol*. 2002;42(1):42–48. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001248709>. Acesso em: 22 mai. 2021.
8. Dias RC, Dias JMD. Prática baseada em evidências: uma metodologia para a boa prática fisioterapêutica. *Fisioterapia em Mov*. 2017;19(1). Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/fisio/article/view/18654>. Acesso em: 24 mai. 2021.
9. Clenzos N, Naidoo N, Parker R. Physiotherapists' knowledge of pain: A cross-sectional correlational study of members of the South African Sports and Orthopaedic Manipulative Special Interest Groups. *South African J. of Sports Med*. 2013; 25(4):95-100. DOI : 10.17159/2078-516x/2013/v25i4a337.
10. Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MMC, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev. Eletr. de Enferm*. 2014;16(2):361-9. DOI: 10.5216/ree.v16i2.23611.
11. Marques ES, Xarles T, Antunes TM, Silva KKD da, Reis FJJ, Oliveira LAS de, et al. Evaluation of physiologic pain knowledge by physiotherapy students. *Rev. Dor* , 2016;17(1):29-33. DOI: 10.5935/1806-0013.20160008.
12. Barreto RDF, Gomes CZL, da Silva RM, Signorelli AAF, de Oliveira LF, et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev. Dor*, 2012;13(3):213-219. DOI: 10.1590/s1806-00132012000300004.13.
13. Nogueira LAC, Chaves ADO, Oliveira N, Almeida RSD, Reis FJJ, Andrade FGD, Catley MJ. Cross-cultural adaptation of the Revised Neurophysiology of Pain Questionnaire into Brazilian Portuguese language. *J Bras de Psiquiatr*. 2018;67, 273-277. DOI: 10.1590/0047-2085000000215.
14. Meeus M, Nijs J, Elsemans KS, Truijen S, De Meirleir K. Development and properties of the dutch neurophysiology of pain test in patients with chronic fatigue syndrome. *J Musculoskelet Pain*. 2010;18(1):58–65. DOI: 10.3109/10582450903495908.
15. Ribeiro MCO, Costa IN, Ribeiro CJN, Nunes MS, Santos B, DeSantana JM. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor e analgesia. *Rev dor*. 2015;16(3):204–9. DOI: 10.5935/1806-0013.20150041.
16. Smart K, Doody C. The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists. *Man Ther* 2007;12(1):40–9. DOI: 10.1016/j.math.2006.02.006.

17. Moseley L. Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronicpain: the actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *J Pain*. 2003;4(4):184-9. DOI: 10.1016/S1526-5900(03)00488-7
18. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7º região. Total de Profissionais na Bahia, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais . Sede – Salvador/BA, 2018-2022. Disponível em: <https://crefito7.gov.br/crefito7-em-numeros/#>. Acesso em: 01 jun. 2022.

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS AGAINST HUMANIZATION IN INTENSIVE CARE UNITS

Deylane Abreu dos Santos - deylane.abreu.santos@gmail.com

Enfermeira, formada pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Giselle Oliveira Azeredo - giselle.azeredo@hasilvestre.org.br

Enfermeira, pós-graduada em Cardiologia pela Faculdade Unyleya, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Thais Batista dos Santos - thathabatista13@outlook.com

Enfermeira, formada pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Daiane Alves de Carvalho - daianealcar11@gmail.com

Enfermeira, formada pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Luzia Lima dos Santos - luziaenfermagem@gmail.com

Enfermeira, formada pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Resumo: Introdução: A humanização da assistência nas Unidades de Terapia Intensiva envolve todos os profissionais da saúde que compõem a equipe atuante, prestando o cuidado ao paciente e à família, buscando preservar a integridade do paciente como ser humano e não apenas tendo foco no paciente-doença, englobando-o como uma pessoa que possui suas próprias necessidades. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem frente ao cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva em um hospital particular no ano de 2021. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de corte transversal, que visa avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva, através do delineamento descritivo na perspectiva qualitativa. **Resultados e Discussão:** Após a análise dos discursos dos profissionais de Enfermagem, as respostas foram classificadas em cinco categorias, sendo elas: o conceito de humanização, as ações que caracterizam uma assistência humanizada, as dificuldades encontradas para realizar um cuidado humanizado, situações não humanizadas e estratégias para uma assistência humanizada. Através da análise de todas as categorias, entende-se que os profissionais se sentirem humanizados é um fator contribuinte para que pratiquem a humanização com seus pacientes. **Considerações finais:** Diante das percepções apresentadas, os relatos proporcionaram o conhecimento de como os profissionais prestam um cuidado humanizado aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, levando à reflexão sobre as dificuldades para humanização, como as demandas do setor, o quantitativo de profissionais,

dificuldades de estrutura e o acúmulo de funções, configurando um cenário que pode se tornar um risco predisponente para a realização de um cuidado desumanizado.

Palavras-chave: Humanização; Unidade de Terapia Intensiva; Profissionais de enfermagem.

Abstract: Introduction: The humanization of care in Intensive Care Units involves all health professionals who make up the working team, providing care to the patient and family, seeking to preserve the integrity of the patient as a human being and not just focusing on the patient-disease, encompassing -o as a person who has his own needs. **Objective:** To know the perception of nursing professionals regarding humanized care in intensive care units in a private hospital in the year 2021. **Methodology:** This is a cross-sectional study, which aims to assess the perception of nursing professionals working in Intensive Care Units, through a descriptive design in a qualitative perspective. **Results and discussion:** After analyzing the speeches of Nursing professionals, the answers were classified into five categories, namely: the concept of humanization, the actions that characterize humanized care, the difficulties encountered in performing humanized care, non-humanized situations and strategies for a humanized assistance. Through the analysis of all categories, it is understood that professionals feel humanized, is a contributing factor for them to practice humanization with their patients. **Final considerations:** Given the perceptions presented, the reports provided knowledge of how professionals provide humanized care to patients hospitalized in the Intensive Care Unit, leading us to reflect on the difficulties for humanization from the demands of the sector, the number of professionals, structural difficulties and the accumulation of functions that can become a predisposing risk for the performance of dehumanized care.

Keywords: Humanization; Intensive care unit; Nursing Professionals.

INTRODUÇÃO

A humanização da assistência nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) envolve todos os profissionais da saúde que compõem a equipe atuante, prestando o cuidado aos pacientes ali internados. Nesse processo do cuidar, busca entender o sofrimento com ética, além de conhecer suas especificações e não apenas tendo foco no paciente-doença, englobando-o como uma pessoa que possui suas próprias necessidades⁽¹⁻²⁾.

Caracteriza-se humanização como a busca em obter o maior conforto possível para o paciente e sua família ⁽³⁾. Além disso, humanizar é oferecer qualidade no atendimento aos usuários do sistema de saúde, proporcionando um cuidado integral, de maneira holística, respeitando a vida humana e o ambiente onde esse cuidado é prestado ⁽⁴⁾.

As UTI surgiram na década de 50, pela necessidade de atender pacientes em estado agudo ou crítico, se tornando ambientes traumatizantes, por conta dos procedimentos ali realizados para uma recuperação eficaz dos pacientes assistidos ⁽⁵⁾. Nesses locais, o paciente que precisa de cuidados

biomédicos, para tratamento de patologias, e também psicológicos, que interferem no processo da doença, passam a maior parte do tempo sozinho. Destaca-se, nesse sentido, que o ambiente físico e todos os recursos que as UTI possuem são muito importantes para os pacientes, porém, o mais significativo nesse espaço é a essência humana (6).

O ato de tocar, ouvir, assistir o paciente de maneira humanizada, compreender seus medos e anseios, dentre outros, são ações que vão muito além de procedimentos realizados e medicamentos administrados, pois, o cuidado humanizado é essencial para uma assistência de qualidade (6). Muitos apontam que profissionais pensam em todos os processos realizados, mas acabam se esquecendo do principal, que é a humanização, apontando a importância de se comunicar com o paciente e a importância desse momento para o paciente (7).

Todavia, estudos mostram que não somente o paciente que está ali hospitalizado precisa de um cuidado humanizado, mas também a família inserida nesse contexto, por se encontrar num período de fragilidade, prevenindo um impacto negativo referente ao cuidado da equipe para com o paciente (6). A família é considerada um componente muito importante, uma vez que, da mesma forma que o paciente/familiar, se encontra com medos e anseios diante do quadro, o enfermeiro deve sempre buscar sanar dúvidas, levar informações coerentes e claras, explicando as rotinas da unidade e, acima de tudo, passando as informações do quadro clínico, buscando acolher e tratar de maneira holística, levando segurança do cuidado com a pessoa internada (6).

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem frente ao cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva em um hospital particular no ano de 2021. Por sua vez, adota como objetivos específicos: descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais segundo discurso respondido no questionário; identificar os principais cuidados humanizados prestados aos pacientes em Unidades de Terapia Intensiva, a partir dos discursos dos profissionais; identificar as principais dificuldades enfrentadas na assistência para prestar um cuidado humanizado.

O presente estudo se justifica, tendo em vista que o tema é de grande relevância para a equipe de enfermagem, por serem os profissionais que estão expostos mais frequentemente ao cuidado direto com pacientes que se encontram em situações de maior dependência, fragilidade, insegurança e angústia. Por esse motivo, acredita-se que este estudo contribuirá para reflexão dos profissionais que atuam em UTI, proporcionando melhor atuação no cuidado prestado aos pacientes e contribuindo, assim, para maior aproveitamento social e profissional.

METODOLOGIA

Trata-se um estudo de corte transversal, com delineamento descritivo exploratório e abordagem qualitativa. Para realização deste estudo foram entrevistados 15 profissionais de enfermagem, sendo eles sete enfermeiros e oito técnicos de enfermagem que trabalhavam em um Hospital Particular do Rio de Janeiro, no ano de 2021. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa através de uma abordagem explicativa sobre a pesquisa, realizada pela pesquisadora principal, sendo esclarecidos dos objetivos do estudo. Após aceitaram participar voluntariamente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), sob o número da CAE 49337021.1.0000.0042 e número do parecer 4.897.856.

Os critérios de inclusão utilizados foram: profissionais que tinham a partir de dois meses de experiência e que trabalhassem em UTI. Como critérios de exclusão: profissionais de licença ou em gozo de férias durante o período da coleta de dados e profissionais que não atuassem em áreas assistenciais. Importa lembrar que os profissionais participantes da pesquisa foram assegurados sobre o direito de desistência em qualquer momento do estudo, se assim desejassem, porém, foi enfatizada a importância da sua participação a partir das respostas ao questionário, sempre respeitando suas limitações e liberdade de escolha. A eles foram asseguradas: privacidade, confidencialidade e proteção da imagem, garantindo que as informações coletadas não trarão prejuízos à comunidade a partir da leitura do trabalho, pois, os termos utilizados no formato: Enf1, TecEnf1.

Como riscos, nesta pesquisa pode haver: desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, omissão de informações relacionada à exposição dos dados fornecidos, a quebra da confiabilidade dos dados e invasão da privacidade. Todavia, foram adotadas medidas possíveis para que tais riscos não se tornem reais, garantindo o zelo pelo sigilo das informações, assegurando que os dados coletados serão utilizados apenas para a realização deste estudo e mantidos em sigilo, nos comprometendo em não publicar o nome dos participantes, nem mesmo as iniciais ou qualquer outra forma de identificação, conforme determina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (8).

Como benefícios, o estudo não traz benefício direto ao participante, no entanto, apresenta benefício geral para todos os profissionais de enfermagem com relação ao olhar do cuidado humanizado ao paciente crítico. Esse benefício coletivo amplia-se também para o meio científico, visto que o estudo fornecerá uma maior visibilidade sobre o assunto, possibilitando a implementação de medidas preventivas focadas na problemática encontrada.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário, elaborado pelos pesquisadores, obtendo perguntas norteadoras e pertinentes aos participantes, que foram formuladas

com o propósito de conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem frente à humanização. Foi elaborado utilizando o software Word da Microsoft®, se tratando de um questionário com 13 questões, sendo três de múltipla escolha e 10 discursivas, com o tempo de preenchimento de aproximadamente 20 minutos.

O questionário estava dividido em duas partes, sendo elas: a caracterização dos participantes, composto por questões de múltipla escolha as quais estavam constituídas por sexo, estado civil e formação, dentro dessa categoria também tinham questões discursivas sobre idade, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e na UTI; a segunda parte do questionário estava relacionada à percepção dos profissionais de enfermagem, buscando respostas sobre o conceito de humanização, os principais cuidados humanizados prestados, as principais dificuldades enfrentadas, as estratégias utilizadas diante das limitações, situações vivenciadas entendidas como não humanizadas e o cuidado humanizado para com o familiar.

A partir dos dados coletados através das respostas obtidas no questionário, foram descritos e estruturados em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Utilizou-se para análise dos dados o método de análise de conteúdo, que, de acordo com Bardin⁽⁹⁾, iniciou escolhendo os documentos que foram analisados. No caso das respostas do questionário, elas foram transcritas e constituirão o corpus da pesquisa. Esta análise foi realizada em três fases, iniciando pela leitura flutuante, logo após, passa-se à escolha de índices ou categorias, que surgiram das questões norteadoras ou das hipóteses, e a organização destes em indicadores ou temas⁽⁹⁾.

A partir da análise foram definidas cinco categorias temáticas da pesquisa, sendo atribuída a partir de Unidades de Registros (UR) conforme demonstrado na Tabela I.

Tema	Total UR	%UR	Categoria	Total UR	%UR
Humanização envolve empatia, benevolência e ser sociável.	7	9,6%	Conceito de Humanização	21	28,76%
Humanização relacionada a ações que promovem qualidade na assistência.	4	5,5%			
Humanização com foco no bem-estar do paciente.	1	1,36%			
Humanização relacionada ao cuidado.	9	12,32%			
Ouvir e conversar como ação humanizada.	17	23,28%	Ações que caracterizam uma assistência humanizada	22	30,13%
Algumas funções restringem ações de assistência humanizada.	4	5,47%			
Realizar mudança de decúbito.	1	1,36%			

A chefia como dificuldade na humanização	1	1,36%	Dificuldades para Humanização	14	19,17%
Mecanismo no trabalho como dificuldade na humanização.	1	1,36%			
Tempo e demanda como dificuldade na humanização.	5	6,84%			
Sobrecarga de trabalho como dificuldade para humanização.	5	6,84%			
Dificuldade em solicitar alimentação do paciente como dificuldade para humanização.	1	1,36%			
O sistema como dificuldade para humanização.	1	1,36%			
Demora no atendimento como situações não humanizadas	2	2,73%	Situações não humanizadas	4	5,47%
Atitudes rudes por parte do paciente.	1	1,36%			
Quebra de sigilo como situações não humanizadas.	1	1,36%			
Proporcionar conforto para o paciente.	2	2,73%	Estratégias para uma assistência humanizada	12	16,43%
Conhecer o paciente e sua família como estratégias para humanização.	10	13,69%			

Tabela I – Definição das Categorias a partir de Unidades de Registro.

Fonte: Resultados do presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil Dos Participantes

De acordo com os dados da pesquisa, 86,7% dos respondentes eram do sexo feminino e a idade de maior frequência foi de 26 anos (21,4%), sendo que na amostra total variou-se de 25 a 39 anos. Destaca-se que 66,7% declararam-se solteiros.

Em relação à formação profissional, 53,3% eram técnicos de enfermagem. Quanto ao tempo de formação, destaca-se que 20% possuíam dois e seis anos de formado, variando de um a 12 anos. Sobre o tempo de trabalho na instituição, a frequência foi de cinco meses (20%) e 26,7% declararam que trabalham há cinco meses na UTI.

Análise qualitativa dos dados

Após a análise dos discursos dos profissionais de Enfermagem, as respostas foram classificadas em cinco categorias, sendo elas: o conceito de humanização, as ações que caracterizam uma assistência humanizada, as dificuldades encontradas para realizar um cuidado humanizado, situações vivenciadas categorizadas como não humanizadas e estratégias para uma assistência humanizada.

Após a leitura exaustiva e com base no referencial teórico, procede-se à discussão das seguintes categorias que emergiram das análises.

Categoria-01: Conceito de humanização

As Nesta categoria, os profissionais de enfermagem relataram que existem diferentes interpretações e entendimentos sobre o conceito de humanização. Sendo destacado a empatia, ou seja, e colocar no lugar do outro, buscando entender suas fragilidades, necessidades, pensamentos e realizar um cuidado baseado nas suas necessidades. Os entrevistados, em seus discursos, apontam esses aspectos como requisitos básicos para uma assistência humanizada. Nos relatos, os respondentes destacaram:

Entendo que ser humano é ter empatia, se colocar no lugar do outro, assistir como você gostaria de ser assistido. (Enf 3)

Humanização é um olhar diferenciado do paciente como um todo. (Enf6)

Quando se fala em empatia, automaticamente se pensa em humanização, pelo fato de que, quando o indivíduo busca se colocar no lugar do outro, é mais fácil compreendê-lo e agir conforme as expectativas esperadas. Isso permite uma conexão de valores e concepções (10).

Entretanto, a dificuldade de transmitir empatia por limitações ou até mesmo motivos pessoais, pode contribuir de maneira injusta no relacionamento entre profissional e paciente, ocasionando para uma assistência indigna e desrespeitosa. Essa situação pode trazer sofrimento e angústia ao profissional ou, até mesmo, comprometer sua postura, precipitando atitudes que prejudiquem a autonomia do paciente (11).

Vale ressaltar que, ao se colocar no lugar do paciente, busca-se realizar o cuidado da maneira que gostaria de recebê-lo, porém, essa ação pode causar a ocorrência de vários problemas, pelo fato de existirem várias diferenças culturais que podem impossibilitar essa ação. Isso porque o que pode servir como referência positiva no cuidado para o profissional, na percepção do paciente pode ser entendida como desumano ou até mesmo ofensivo (11). Todavia, ser empático não deve ser considerado como um dom natural, mas como uma habilidade a ser desenvolvida e alcançada (11).

Outros participantes apontaram que humanizar é cuidar de maneira holística, buscando compreender o paciente de forma integral, através de um cuidado específico para cada sujeito.

É um olhar diferenciado ao paciente acolhendo como um todo e oferecendo melhores condições na reabilitação do paciente. (Enf 4).

Toda ação que vise o cuidado integral do indivíduo, respeitando sua cultura, moral, integridade, nível de consentimento. (Enf 5).

Olhar o paciente como um ser único e focar nas suas necessidades de forma individual, entendendo suas percepções, sentimentos e expectativas. (TecEnf 7).

Para uma assistência humanizada com os usuários que necessitam do atendimento no sistema de saúde, os profissionais atuantes precisam se colocar no lugar dos pacientes que estão atendendo, buscando estar sensíveis para ouvir as suas necessidades, refletindo na maneira que gostariam de ser tratados, fazendo com que muitas atitudes sejam abolidas por não estarem condizentes com uma assistência holística humanizada (12).

Para Chernicharo, Silva e Ferreira (10), visão holística é compreendida sendo uma forma de identificar as necessidades do outro e atendê-las, mantendo a visão do indivíduo como um todo.

Categoria-02: Ações que caracterizam assistência humanizada

Nesta categoria, as ações que caracterizam uma assistência humanizada, pelos profissionais de enfermagem, estão relacionadas a um cuidado humanizado para com o paciente, sendo eles: demonstrar atenção, ouvir, realizar sua higiene preservando partes do corpo, chama-lo pelo nome, realizar mudança de decúbito. Eles apontam essas ações como um meio de confiança do paciente para com eles e meios de um cuidado digno para todo ser humano:

Atenção ao paciente nas suas preferências de higiene, preservando seu corpo durante a higiene. (Enf 4).

O principal cuidado prestado foi ouvir, se importar com o paciente, vendo ele como ser humano que tem suas dimensões. (Enf1).

Prestar atenção às queixas e dúvidas as quais eles tenham; chamar pelo nome ou pelo apelido preferido. (TecEnf 3).

Demonstrar atenção e ouvir são conceitos de humanização e acolhimento e para isso é necessário

que haja uma abertura do profissional, se comovendo com a história do paciente, entendendo sua necessidade de dialogar, demonstrando um comprometimento muito além da técnica (11).

Entende-se também que humanização não engloba apenas o paciente, mas também a família que está inserida no mesmo contexto de fragilidade, dependência e cuidado da equipe:

Sempre que entro em contato com familiar de pacientes, fica evidente sua fragilidade, ela é valorizada, por exemplo, já me encontrei em situações de oferecer apoio psicológico ao familiar, quando percebi que meu suporte não foi suficiente, busquei um profissional da psicologia para dar melhor suporte. (Enf 3).

[...] Passando para ele todo o cuidado que é realizado ao seu familiar, as boas conversas que temos e como ele passou o dia. Com isso o familiar sai do local se sentindo bem. (TecEnf 1).

A família, assim como o paciente, possui medos, anseios, incertezas, diante do momento delicado que estão vivendo. O enfermeiro, por sua vez, tem o dever de confortar e amparar essa família, realizando as orientações devidas, atualizando o estado de saúde do paciente, explicando a rotina da unidade, ações que farão com que os familiares se sintam amparados no processo de doença, tratamento e reabilitação, deixando-a mais segura de que a pessoa ali internada receberá uma assistência de qualidade (6). Vale ressaltar que é importante que, ao familiar adentrar em um ambiente complexo como a UTI, seja acolhido e recebido com um tratamento respeitoso pelos profissionais que ali se encontram. Tratamento esse que estreitarão laços, tornando um ambiente assustador e estressor em um local acolhedor (12).

Além do que, conforme supracitado, a família identifica o acolhimento como peça essencial para o atendimento das suas necessidades, além de sentir-se amparada pela equipe no momento de fragilidade, tendo apoio e atenção, mesmo que no momento as informações passadas não sejam uma informação desejada (13-12).

A partir disso, o acolhimento permite o estreitamento dos laços, criando uma relação mais próxima entre os profissionais e a família, sendo necessário que essa prática seja constante, para que o foco não se torne apenas a doença, sendo essa prática indescritível dentro da UTI (13). Contudo, nem todos os profissionais conseguem entrar em contato com o familiar do paciente, para prestar um cuidado humanizado, por conta das demandas do setor:

Nem sempre, pois, existem algumas funções que restringem esse contato. (Enf6).

Poucas vezes consigo falar [...]), durante a visita converso com alguns parentes específicos, porém com as demandas do setor, fica difícil dar atenção para todos. (Enf 2).

Estudos apontam que, ao pensar em humanização, deve se pensar no cuidado humanizado para com o paciente e sua família. É importante que os profissionais tenham total consciência sobre isso, porém, muitas vezes essa assistência não é realizada pelo fato de estarem sobrecarregados, levando-os a realizarem um cuidado mecanicista e, conseqüentemente, causando um distanciamento entre o profissional e a família do paciente internado (14).

Em razão deste distanciamento, os profissionais de enfermagem acabam se tornando esquecidos para os familiares, apesar de estarem contribuindo de maneira pontual para o cuidado e reabilitação do doente (15). Por conta da sua ausência no momento da visita, muitas famílias desconhecem o papel dessa categoria na assistência à saúde, mencionando o médico com frequência, apresentando-o como o principal integrante da equipe, tornando-o o principal responsável pela reabilitação por ter um contato mais direto com as famílias no momento da visita (15).

A partir disso, identifica-se a necessidade de um envolvimento maior da equipe de enfermagem para com as famílias dos pacientes internados, apresentando a importância da sua função para realização do cuidado. Foi percebido que as famílias não conseguem detectar de modo espontâneo o cuidado realizado pela enfermagem, e para que isso aconteça os profissionais devem saber lidar com as tarefas de trabalho e administrar a comunicação com os familiares (15).

No entanto, não basta pensar em humanização com enfoque apenas no paciente e na família. É necessário também pensar nos profissionais que são responsáveis em realizar esse cuidado, pois se os mesmos não se sentirem humanizados, valorizados, motivados, será impossível se sentirem protagonistas desse processo dentro da UTI (14).

Categoria-03: Dificuldades para humanização

Nesta categoria, a maioria dos profissionais entrevistados apontaram as dificuldades de prestar um cuidado humanizado para com os pacientes. Na percepção deles, o que leva a um cuidado desumanizado são: as demandas do setor, o quantitativo de profissionais, dificuldades de estrutura e o acúmulo de funções. Os entrevistados apontam esses aspectos nos seus discursos:

A demanda do setor sem dúvidas e a falta de profissionais, é uma barreira muito grande, pois ocupa muito tempo e isso às vezes nos impede de dar uma assistência integral. (Enf 5).

Por não ter um número satisfatório de funcionários, o atendimento se torna corrido. (TecEnf 3).

Dificuldades estruturais, acúmulo de funções (sobrecarga). (Enf 3).

Segundo Calegari, Massarollo e Santos ⁽¹¹⁾, a sobrecarga de trabalho é um fator que dificulta a prática da humanização, pois ela impede a dedicação dos profissionais para com os pacientes. Os enfermeiros acabam sendo obrigados a resolverem demandas do setor, dando mais atenção às demandas do que prestando um atendimento conforme a necessidade do paciente, ou até mesmo um não atendimento dessa necessidade. Entretanto, ressalta-se que isso dificulta a dedicação, mas não incorre em negligência nem em desassistência, pois o cuidado necessário permanece.

A sobrecarga também se relaciona à quantidade do número de profissionais de enfermagem para o número de pacientes, ocasionando um aumento do risco para o aumento de infecções hospitalares nos pacientes internados, relacionado à não adesão das práticas de higiene das mãos; ao aumento de aberturas de lesões, relacionado à não realização de mudanças de decúbito; o aumento de quedas e outros eventos adversos em pacientes internados na UTI. Consequentemente, esse risco, se concretizado, aumenta os dias de internação ⁽¹⁶⁾.

A sobrecarga também é considerada um obstáculo para ações de educação, dificultando na disponibilidade e participação em treinamentos, colocando em destaque a necessidade do dimensionamento adequado desta categoria profissional ⁽¹⁶⁾. Além disso, é importante salientar que os profissionais de enfermagem não possuem apenas a função da assistência ao paciente internado, pois, também possuem a responsabilidade de treinar e capacitar sua equipe, gerenciar todos os insumos e matérias do setor, articular com outros profissionais da equipe multidisciplinar e da administração, cabendo a ele orientar os pacientes e a família. Tudo isso em busca de promover uma gestão multi em prol do paciente ⁽¹⁶⁾.

Portando, a sobrecarga dos profissionais de enfermagem deve ser compreendida como consequência de muitos fatores e cabe aos gestores de recursos humanos junto com os coordenadores de enfermagem diagnosticar este problema, promovendo o desenvolvimento de estratégias em diversos níveis para solucionar esta situação quando detectada, para que haja humanização para com os profissionais e consequentemente para os pacientes, reduzindo também os eventos adversos relacionados ⁽¹⁶⁾.

Categoria-04: Situações não humanizadas

Nesta categoria, os profissionais entrevistados relataram algumas situações não humanizadas. Dentre elas, as que mais se destacaram foram: descuido com a estética do paciente, procedimento não humanizado e paciente sem atendimento por muito tempo. Os entrevistados em seus discursos apontam:

Paciente descoberto, sujo de sangue e lençol molhado. (TecEnf 8).

Realização de um banho no leito, onde dois profissionais realizavam comentários inadequados para com o paciente. (Enf 2).

Paciente sem atendimento ou assistência por mais de 6hs. (Enf 7).

As internações em um ambiente como a UTI podem gerar desconforto e, principalmente, perda da privacidade do paciente, cujas autonomia e as possibilidades de escolhas são perdidas, por não ter como expressar ou até mesmo decidir, fazendo com que o paciente fique à deriva dos profissionais que ali estão para a realização do cuidado⁽¹⁷⁾. A enfermagem é conhecida como a arte do cuidar, porém, a complexidade dos pacientes e das unidades transformaram muitos profissionais de enfermagem, fazendo com que deixem de prestar uma assistência humanizada⁽¹⁸⁾. Com isso, surgem preocupações com relação à assistência de enfermagem humanizada dentro da UTI, pois o modelo assistencial acabou levando essa proporção, e tem deixado a desejar quanto à humanização oferecida nos cuidados⁽¹⁹⁾.

Categoria-05: Estratégias para uma assistência humanizada

Nesta categoria, os profissionais de enfermagem utilizam estratégias diante das limitações encontradas para prestar uma assistência humanizada. Nos relatos, as que mais se destacaram nos discursos dos profissionais foram: conhecer o paciente e sua história e estar disponível para o paciente e a família.

Tratar os pacientes pelo nome e lembrar da sua história fora do hospital. (Enf 2).

Mesmo na correria do dia-a-dia tento dar o máximo da atenção [...] para que sinta-se acolhido. (TecEnf 3).

Sempre me apresento ao paciente e a família, me mostro presente para qualquer dúvida ou cuidado. (Enf 7).

Os profissionais de enfermagem ainda encontram inúmeras dificuldades, principalmente com relação ao acolhimento e ao relacionamento com a família, pois é um quesito relevante pelo fato de influenciar na recuperação do paciente internado na UTI⁽¹⁹⁾. Porém, para que esse acolhimento aconteça, é necessário que os profissionais de enfermagem invistam tempo e ações de cuidado, interesse, demonstrando sensibilidade para com o paciente e sua família, ouvindo suas queixas, identificando preocupações, angústias e medo, fazendo com que haja um relacionamento pautado na

empatia, favorecendo uma relação de confiança entre profissionais, paciente e família (18-20).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, foi possível conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem da UTI sobre o cuidado humanizado prestado aos pacientes internados, possibilitando informações sobre o perfil, os principais cuidados realizados e as dificuldades enfrentadas por tais profissionais para prestar uma assistência humanizada.

Desse modo, compreende-se que as demandas do setor, o quantitativo de profissionais, dificuldades de estrutura e o acúmulo de funções pode se tornar um risco predisponente para a realização de um cuidado desumanizado. Por esse motivo, o presente estudo é de grande valia ao campo do conhecimento, pois, trouxe reflexões em relação aos fatores apresentados e avaliados, levando à compreensão sobre o início do problema e a pensar em estratégias viáveis e eficazes para a melhoria da qualidade do cuidado prestado pela população estudada.

Entretanto, o presente estudo apresenta algumas limitações para a aplicação da pesquisa, as quais estavam relacionadas à quantidade de profissionais alcançados, às dificuldades nas respostas, pois muitas se apresentavam curtas e sucintas e à falta de tempo dos profissionais para responderem durante o plantão, fazendo com que muitos levassem o material para casa e, conseqüentemente, se esquecessem de devolvê-lo respondido ou até mesmo extraviando o questionário. Todavia, essas limitações encontradas não desvalorizaram os resultados obtidos e o alcance dos objetivos propostos. Portanto, é de grande valia a execução de pesquisas mais aprofundadas sobre a temática, visto que o estudo em si mostra como pertinente subsídio para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães, SGS; Silva, JSLG. O Cuidado Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Pró-UniverSUS*. 2019 Jan-Jun.; 10 (1): 129-132.
2. Rodrigues YSRS, Santana RPSP, Pinheiro CPO. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Adulta. *CORPVS*. 2019; 1(1):9-24.
3. Dias DM, Barreto JC, Silva JHR, Barbosa CES, Santos WABV, Morais MGC, *et al.* Humanização do cuidado na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Pes Soci Desen*. 2022; 11(4):e53911427852.

4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Saúde Básica. Política Nacional de Humanização. MS. 2010; 1(1):1-247.
5. Silva FD, Chernicharo IM, Silva RC, Ferreira MA. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery*. 2012 out - dez; 16 (4):719- 727
6. Ouchi JD, Lupo APR, Alves BO, Andrade RV, Fogaça BM. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Saúde em Foco*. 2018; 10: 412-428, 2018.
7. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev Bras Enfer*. 2016; 69(6): 1099-1107.
8. Guerriero LCZ. A resolução 510/16: diretrizes éticas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Cad Bras Ter Ocup*. 2016; 24(3): 429-433.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Chernicharo ÍM, Silva FD, Ferreira MA. Caracterização do termo humanização no cuidado por profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):156-162.
11. Calegari RC, Massarollo MCKB, Santos MJ. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Rev Esc Enfer USP*. 2015; 49(Esp2): 42-47.
12. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. *Rev Bras Enfer*. 2017; 70(5): 1095-1103.
13. Passos SSS, Silva JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Rev Enfer UERJ*: 2015; 23(3): 368-374.
14. Ribeiro KR A, Borgues SP, Baldunino JAS, Silva FA, Ramos TMST. Dificuldades encontradas pela enfermagem para implementar a humanização na unidade de terapia intensiva. *Rev Enfer UFPI*. 2017; 6(2): 51-56.
15. Araújo EJM, Ponte KMA, Araújo LM, Farias MS. Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em UTI. *Rev Poli Publ*. 2019; 18(1):6-11.
16. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enfer*. 2014; 67(5): 692-699.
17. Souza PTL, Ferreira JÁ, Oliveira ECS, Lima NBA, Cabral, JR, Oliveira RC. Necessidades humanas básicas em terapia intensiva. *Rev Fun Care Online*. 2019 jul/set; 11(4): 1011-1016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1011-1016>.
18. FIGUEIREDO, Maria do Carmo Clemente Marques et al. Cuidado humanizado ao paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev Saú Cien*. 2018; 7(1): 94-101.

19. Nascimento EA, Lima LNF, Pereira CS, Fonseca SCT, Silva DO, Neves AF, et al. As dificuldades da equipe de enfermagem frente à assistência humanizada na unidade de terapia intensiva. BJDV. 2021; 7(2): 17262-17272.

20. Mercês MO, Carvalho BF, Silva DR, Passos SC. O acolhimento da família na unidade de terapia intensiva. Rev Enfer Contem. 2019; 8(2): 182-189.

PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS AGAINST HUMANIZATION IN INTENSIVE CARE UNITS

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Deylane Abreu dos Santos - deylane.abreu.santos@gmail.com

Enfermeira, formada pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Giselle Oliveira Azeredo - giselle.azeredo@hasilvestre.org.br

Enfermeira, pós-graduada em Cardiologia pela Faculdade Unyleya, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Thais Batista dos Santos - thathabatista13@outlook.com

Enfermeira, formada pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Daiane Alves de Carvalho - daianealcar11@gmail.com

Enfermeira, formada pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Luzia Lima dos Santos - luziaenfermagem@gmail.com

Enfermeira, formada pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira, Bahia, Brasil.

Abstract: **Introduction:** The humanization of care in Intensive Care Units involves all health professionals who make up the working team, providing care to the patient and family, seeking to preserve the integrity of the patient as a human being and not just focusing on the patient-disease, encompassing -o as a person who has his own needs. **Objective:** To know the perception of nursing professionals regarding humanized care in intensive care units in a private hospital in the year 2021. **Methodology:** This is a cross-sectional study, which aims to assess the perception of nursing professionals working in Intensive Care Units, through a descriptive design in a qualitative perspective. **Results and discussion:** After analyzing the speeches of Nursing professionals, the answers were classified into five categories, namely: the concept of humanization, the actions that characterize humanized care, the difficulties encountered in performing humanized care, non-humanized situations and strategies for a humanized assistance. Through the analysis of all categories, it is understood that professionals feel humanized, is a contributing factor for them to practice humanization with their patients. **Final considerations:** Given the perceptions presented, the reports provided knowledge of how professionals provide humanized care to patients hospitalized in the Intensive Care Unit, leading us to reflect on the difficulties for humanization from the demands of the sector, the number of professionals, structural difficulties and the accumulation of functions that can become a predisposing risk for the performance of dehumanized care.

Keywords: Humanization; Intensive care unit; Nursing Professionals.

INTRODUCTION

The humanization of care in the Intensive Care Units (ICU) involves all the health professionals who make up the active team, providing care to patients hospitalized there. In this care process, it seeks to understand suffering ethically, in addition to knowing its specifications and not just focusing on the patient-disease, encompassing him as a person who has his own needs (1-2).

Humanization is characterized as the search to obtain the greatest possible comfort for the patient and his family (3). In addition, to humanize is to offer quality in the care to users of the health system, providing comprehensive care, in a holistic way, respecting human life and the environment where this care is provided (4).

ICUs emerged in the 1950s, due to the need to care for patients in acute or critical condition, becoming traumatizing environments, due to the procedures performed there for an effective recovery of assisted patients (5). In these places, the patient who needs biomedical care, for the treatment of pathologies, and also psychological, that interfere with the process of the disease, spend most of the time alone. It is noteworthy, in this sense, that the physical environment and all the resources that the ICUs have are very important for patients, however, the most significant in this space is the human essence (6).

The act of touching, listening, watching the patient in a humanized way, understanding his fears and desires, among others, are actions that go far beyond procedures performed and medications administered, because humanized care is essential for quality care (6). Many point out that professionals think about all the processes carried out, but end up forgetting the main thing, which is humanization, pointing out the importance of communicating with the patient and the importance of this moment for the patient (7).

However, studies show that not only the patient who is hospitalized there needs humanized care, but also the family inserted in this context, because he is in a period of fragility, preventing a negative impact regarding the care of the team towards the patient (6). The family is considered a very important component, since, in the same way that the patient/family member, is with fears and longings in the face of the condition, the nurse should always seek to solve doubts, bring coherent and clear information, explaining the routines of the unit and, above all, passing the information of the clinical condition, seeking to welcome and treat in a holistic way(6).

Given this context, this study aims to: Know the perception of nursing professionals in the face of humanized care in intensive care units in a private hospital in 2021. In turn, it adopts as specific objectives: to describe the sociodemographic profile of professionals according to the speech answered in the questionnaire; to identify the main humanized care provided to patients in Intensive Care Units, from the discourses of the professionals; to identify the main difficulties faced in the assistance to provide humanized care.

The present study is justified, given that the theme is of great relevance to the nursing team, because they are the professionals who are most often exposed to direct care with patients who are in situations of greater dependence, fragility, insecurity and anguish. For this reason, it is believed that this study will contribute to the reflection of professionals who work in the ICU, providing better performance in the care provided to patients and thus contributing to greater social and professional performance.

METODOLOGY

This is a cross-sectional study, with an exploratory descriptive design and a qualitative approach. To carry out this study, 15 nursing professionals were interviewed, seven nurses and eight nursing technicians who worked in a Private Hospital in Rio de Janeiro in 2021. The professionals were invited to participate in the research through an explanatory approach to the research, carried out by the main researcher, being clarified of the objectives of the study. After agreeing to participate voluntarily, they signed the Free and Informed Consent Form (TCLE). The study was approved by the Research Ethics Committee of the Adventist College of Bahia (FADBA), under CAE number 49337021.1.0000.0042 and opinion number 4,897,856.

The inclusion criteria used were: professionals who had from two months of experience and who worked in the ICU. As exclusion criteria: professionals on leave or on vacation during the period of data collection and professionals who did not work in care areas. It is important to remember that the professionals participating in the survey were assured about the right of withdrawal at any time of the study, if they so wished, however, the importance of their participation from the answers to the questionnaire was emphasized, always respecting their limitations and freedom of choice. They were assured: privacy, confidentiality and protection of the image, ensuring that the information collected will not bring harm to the community from the reading of the work, because the terms used in the format: Enf1, TecEnf1.

As risks, in this research there may be: discomfort due to the time spent filling out the questionnaire, omission of information related to the exposure of the data provided, the breach of the

reliability of the data and invasion of privacy. However, possible measures have been adopted so that such risks do not become real, ensuring the zeal for the confidentiality of information, ensuring that the data collected will be used only for the realization of this study and kept confidential, committing us not to publish the names of the participants, not even the initials or any other form of identification, as determined by Resolution of the National Health Council (CNS/MS) nº 466, of December 12, 2012 (8).

As benefits, the study does not bring direct benefit to the participant, however, it presents general benefit for all nursing professionals in relation to the look of humanized care to the critical patient. This collective benefit also extends to the scientific environment, since the study will provide greater visibility on the subject, enabling the implementation of preventive measures focused on the problem encountered.

The instrument used for data collection was a questionnaire, prepared by the researchers, obtaining guiding and pertinent questions to the participants, which were formulated with the purpose of knowing the perception of nursing professionals in the face of humanization. It was developed using Microsoft® Word software, in the case of a questionnaire with 13 questions, three of which are multiple choice and 10 discursive, with a filling time of approximately 20 minutes.

The questionnaire was divided into two parts, which are: the characterization of the participants, composed of multiple choice questions which were constituted by sex, marital status and training, within this category also had discursive questions about age, training time, working time in the institution and in the ICU; the second part of the questionnaire was related to the perception of nursing professionals, seeking answers about the concept of humanization, main humanized care provided, the main difficulties faced, the strategies used in the face of limitations, situations experienced understood as non-humanized and the humanized care for the family.

From the data collected through the answers obtained in the questionnaire, they were described and structured in pre-analysis, exploration of the material and treatment of the results. The method of content analysis was used for data analysis, which, according to Bardin (9), began by choosing the documents that were analyzed. In the case of the questionnaire answers, they have been transcribed and will constitute the corpus of the survey. This analysis was carried out in three phases, starting with the floating reading, soon after, we move on to the choice of indexes or categories, which arose from the guiding questions or hypotheses, and the organization of these into indicators or themes (9).

From the analysis, five thematic categories of the research were defined, being assigned from Records Units (UR) as shown in Table I.

Theme	Total UR	%UR	Category	Total UR	%UR
Humanization involves empathy, benevolence and being sociable.	7	9,6%	Humanization Concept	21	28,76%
Humanization related to actions that promote quality in care.	4	5,5%			
Humanization with a focus on patient well-being.	1	1,36%			
Humanization related to care.	9	12,32%			
Listen and talk as a humanized action.	17	23,28%	Actions that characterize humanized assistance	22	30,13%
Some functions restrict humanized assistance actions.	4	5,47%			
Perform change of decubitus.	1	1,36%			
The leadership as a difficulty in humanization	1	1,36%	Difficulties for Humanization	14	19,17%
Mechanism at work as a difficulty in humanization.	1	1,36%			
Time and demand as a difficulty in humanization.	5	6,84%			
Work overload as a difficulty for humanization.	5	6,84%			
Difficulty in requesting patient feeding as a difficulty for humanization.	1	1,36%			
The system as a difficulty for humanization.	1	1,36%			
Delay in service as non-humanized situations	2	2,73%	Non-Humanized Situations	4	5,47%
Rude attitudes on the part of the patient.	1	1,36%			
Breach of secrecy as non-humanized situations.	1	1,36%			
Provide comfort for the patient.	2	2,73%	Strategies for humanized assistance	12	16,43%
Know the patient and his family as strategies for humanization.	10	13,69%			

Table I - Definition of Categories from Registration Units.

Source: Results of this study.

RESULTS AND DISCUSSION

Participant Profile

According to survey data, 86.7% of respondents were female and the highest frequency age was

26 years (21.4%), and in the total sample it ranged from 25 to 39 years. It is noteworthy that 66.7% declared themselves single.

Qualitative analysis of the data

After the analysis of the discourses of Nursing professionals, the answers were classified into five categories, namely: the concept of humanization, the actions that characterize a humanized care, the difficulties encountered to perform a humanized care, situations experienced categorized as non-humanized and strategies for a humanized care.

After the exhaustive reading and based on the theoretical framework, the following categories that emerged from the analyses are discussed.

Category-01: Humanization concept

In this category, nursing professionals reported that there are different interpretations and understandings about the concept of humanization. Empathy is highlighted, that is, and put in the other's shoes, seeking to understand their weaknesses, needs, thoughts and perform a care based on their needs. The interviewees, in their speeches, point out these aspects as basic requirements for humanized assistance. In the reports, the respondents highlighted:

I understand that being human is to have empathy, to put yourself in the other's shoes, to watch how you would like to be watched. (Enf 3)

Humanization is a differentiated look of the patient as a whole. (Enf6)

When talking about empathy, one automatically thinks about humanization, due to the fact that when the individual seeks to put himself in the other's shoes, it is easier to understand him and act according to the expected expectations. This allows a connection of values and conceptions⁽¹⁰⁾.

However, the difficulty of transmitting empathy for limitations or even personal reasons can contribute unfairly to the relationship between professional and patient, causing unworthy and disrespectful assistance. This situation can bring suffering and anguish to the professional or even compromise his posture, precipitating attitudes that impair the patient's autonomy⁽¹¹⁾.

It is worth mentioning that, by putting yourself in the patient's shoes, we seek to perform care in the way you would like to receive it, however, this action can cause the occurrence of several problems, due to the fact that there are several cultural differences that can make this action

impossible. This is because what can serve as a positive reference in the care for the professional, in the perception of the patient can be understood as inhuman or even offensive (11). However, being empathetic should not be considered as a natural gift, but as a skill to be developed and achieved (11).

Other participants pointed out that to humanize is to take care in a holistic way, seeking to understand the patient in an integral way, through a specific care for each subject.

It is a differentiated look at the patient welcoming as a whole and offering better conditions in the patient's rehabilitation. (Enf 4).

Any action aimed at the integral care of the individual, respecting his culture, morals, integrity, level of consent. (Enf 5).

Look at the patient as a unique being and focus on their needs individually, understanding their perceptions, feelings and expectations. (TecEnf 7).

For a humanized assistance with users who need care in the health system, active professionals need to put themselves in the shoes of the patients they are attending, seeking to be sensitive to listen to their needs, reflecting on the way they would like to be treated, causing many attitudes to be abolished because they are not consistent with humanized holistic care (12).

For Chernicharo, Silva and Ferreira (10), holistic vision is understood as a way to identify the needs of the other and meet them, maintaining the vision of the individual as a whole.

Category-02: Actions that characterize humanized assistance

In this category, the actions that characterize a humanized care, by nursing professionals, are related to a humanized care for the patient, being them: demonstrate attention, listen, perform their hygiene preserving parts of the body, call it by name, perform change of decubitus. They point to these actions as a means of the patient's trust with them and means of dignified care for every human being:

Attention to the patient in their hygiene preferences, preserving their body during hygiene. (Enf 4).

The main care provided was to listen, to care about the patient, seeing him as a human being who has his dimensions. (Enf1).

Pay attention to the complaints and doubts they have; call by your preferred name or surname. (TecEnf 3).

Demonstrating attention and listening are concepts of humanization and welcoming and for this it is necessary that there is an openness of the professional, moving with the history of the patient, understanding his need to dialogue, demonstrating a commitment far beyond the technique (11).

It is also understood that humanization does not only encompass the patient, but also the family that is inserted in the same context of fragility, dependence and care of the team:

Whenever I come into contact with a family member of patients, her fragility is evident, she is valued, for example, I have already found myself in situations of offering psychological support to the family member, when I realized that my support was not enough, I sought a psychology professional to give better support. (Enf 3).

[...]Passing on to him all the care that is given to his family, the good conversations we have and how he spent the day. With this, the family member leaves the place feeling well. (TecEnf 1).

The family, as well as the patient, has fears, longings, uncertainties, in the face of the delicate moment they are living. The nurse, in turn, has the duty to comfort and support this family, carrying out the appropriate guidelines, updating the patient's health status, explaining the routine of the unit, actions that will make the family members feel supported in the process of illness, treatment and rehabilitation, making it safer that the person hospitalized there will receive quality care (6). It is worth mentioning that it is important that, when the family member enters a complex environment such as the ICU, he is welcomed and received with a respectful treatment by the professionals who are there. This treatment will strengthen ties, making a scary and stressor environment in a welcoming place (12).

In addition, as mentioned above, the family identifies the welcome as an essential piece to meet their needs, in addition to feeling supported by the team at the moment of fragility, having support and attention, even if at the moment the past information is not a desired information (13-12).

From this, the reception allows the strengthening of ties, creating a closer relationship between the professionals and the family, being necessary that this practice is constant, so that the focus does not become only the disease, this practice being indescribable within the ICU (13). However, not all professionals can contact the patient's family member, to provide humanized care, because of the demands of the sector:

Not always, therefore, there are some functions that restrict this contact. (Enf6).

Few times I can speak [...]), during the visit I talk to some specific relatives, but with the demands of the sector, it is difficult to pay attention to everyone. (Enf 2).

Studies show that, when thinking about humanization, one should think about humanized care

for the patient and his family. It is important that professionals are fully aware of this, however, often this assistance is not carried out because they are overloaded, leading them to perform mechanistic care and, consequently, causing a distance between the professional and the family of the hospitalized patient (14).

Due to this distancing, nursing professionals end up becoming forgotten for family members, although they are contributing in a timely manner to the care and rehabilitation of the patient (15). Because of his absence at the time of the visit, many families are unaware of the role of this category in health care, mentioning the doctor frequently, presenting him as the main member of the team, making him the main responsible for rehabilitation for having a more direct contact with families at the time of the visit (15).

From this, the need for greater involvement of the nursing team with the families of hospitalized patients is identified, presenting the importance of their function for carrying out care. It was noticed that families cannot spontaneously detect the care provided by nursing, and for this to happen professionals must know how to deal with work tasks and manage communication with family members (15).

However, it is not enough to think about humanization with a focus only on the patient and the family. It is also necessary to think about the professionals who are responsible for performing this care, because if they do not feel humanized, valued, motivated, it will be impossible to feel protagonists of this process within the ICU (14).

Category-03: Difficulties for humanization

In this category, most of the professionals interviewed pointed out the difficulties of providing humanized care for patients. In their perception, what leads to dehumanized care are: the demands of the sector, the number of professionals, structural difficulties and the accumulation of functions. Respondents point out these aspects in their speeches:

The demand of the sector without a doubt and the lack of professionals is a very big barrier, because it takes a lot of time and this sometimes prevents us from giving full assistance. (Enf 5).

Because it does not have a satisfactory number of employees, the service becomes busy. (TecEnf 3).

Structural difficulties, accumulation of functions (overload)). (Enf 3).

According to Calegari, Massarollo and Santos (11), work overload is a factor that hinders the practice of humanization, because it prevents the dedication of professionals to patients. Nurses end up being forced to solve demands of the sector, paying more attention to the demands than by providing care according to the patient's need, or even a non-service of this need. However, it is emphasized that this hinders dedication, but does not incur negligence or lack of assistance, because the necessary care remains.

The overload is also related to the amount of the number of nursing professionals for the number of patients, causing an increase in the risk for the increase in hospital infections in hospitalized patients, related to the non-adherence of hand hygiene practices; to the increase in openings of injuries, related to the failure to make changes in decubitus; the increase in falls and other adverse events in Consequently, this risk, if it is realized, increases the days of hospitalization (16).

The overload is also considered an obstacle to education actions, making it difficult to be available and participating in training, highlighting the need for the proper dimensioning of this professional category (16). In addition, it is important to point out that nursing professionals do not only have the function of hospitalized patient care, because they also have the responsibility to train and train their team, manage all the inputs and matters in the sector, articulate with other professionals of the multidisciplinary team and administration, and it is up to him to guide patients and the family. All this in search of promoting multi-management for the benefit of the patient (16).

Therefore, the overload of nursing professionals should be understood as a consequence of many factors and it is up to the human resources managers together with the nursing coordinators to diagnose this problem, promoting the development of strategies at various levels to solve this situation when detected, so that there is humanization towards professionals and consequently for patients, also reducing related adverse events (16).

Category-04: Non-humanized situations

In this category, the professionals interviewed reported some non-humanized situations. Among them, the ones that stood out the most were: carelessness with the aesthetics of the patient, non-humanized procedure and patient without care for a long time. The interviewees in their speeches point out:

Patient discovered, dirty with blood and wet sheet. (TecEnf 8).

Performing a bath in the bed, where two professionals performed inappropriate comments to the patient. (Enf 2).

Patient without care or assistance for more than 6 hours. (Enf 7).

Hospitalizations in an environment such as the ICU can generate discomfort and, especially, loss of the patient's privacy, whose autonomy and possibilities of choices are lost, because they have no way to express or even decide, causing the patient to drift from the professionals who are there to perform care⁽¹⁷⁾. Nursing is known as the art of caring, however, the complexity of patients and units has transformed many nursing professionals, causing them to stop providing humanized care⁽¹⁸⁾. With this, concerns arise regarding humanized nursing care within the ICU, because the care model ended up taking this proportion, and has left something to be desired regarding the humanization offered in care⁽¹⁹⁾.

Category-05: Strategies for humanized assistance

In this category, nursing professionals use strategies in the face of the limitations found to provide humanized care. In the reports, the ones that stood out the most in the speeches of the professionals were: knowing the patient and his history and being available to the patient and the family.

Treat patients by name and remember their history outside the hospital. (Enf 2).

Even in the rush of everyday life I try to give the maximum attention [...] so that you feel welcomed. (TecEnf 3).

I always introduce myself to the patient and the family, I show myself present for any questions or care. (Enf 7).

Nursing professionals still encounter numerous difficulties, especially with regard to the reception and the relationship with the family, because it is a relevant issue because it influences the recovery of the patient admitted to the ICU⁽¹⁹⁾. However, for this reception to happen, it is necessary for nursing professionals to invest time and actions of care, interest, showing sensitivity to the patient and his family, listening to their complaints, identifying concerns, anxieties and fear, causing a relationship based on empathy, favoring a relationship of trust between professionals, patient and family⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

FINAL CONSIDERATIONS

From this study, it was possible to know the perception of ICU nursing professionals about the humanized care provided to hospitalized patients, providing information about the profile, the main care performed and the difficulties faced by such professionals to provide humanized care.

In this way, it is understood that the demands of the sector, the number of professionals, structural difficulties and the accumulation of functions can become a predisposing risk for the realization of dehumanized care. For this reason, the present study is of great value to the field of knowledge, because it brought reflections in relation to the factors presented and evaluated, leading to the understanding of the beginning of the problem and to think about viable and effective strategies for the improvement of the quality of care provided by the population studied.

However, the present study presents some limitations for the application of the research, which were related to the number of professionals achieved, the difficulties in the answers, because many were short and succinct and the lack of time of the professionals to respond during the shift, causing many to take the material home and, consequently, forget to return it answered or even missing the questionnaire. However, these limitations found did not devalue the results obtained and the achievement of the proposed objectives. Therefore, it is of great value to carry out more in-depth research on the subject, since the study itself shows as a relevant subsidy for future studies.

REFERENCES

1. Magalhães, SGS; Silva, JSLG. O Cuidado Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Pró-UniverSUS*. 2019 Jan-Jun.; 10 (1): 129-132.
2. Rodrigues YSRS, Santana RPSP, Pinheiro CPO. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Adulta. *CORPVS*. 2019; 1(1):9-24.
3. Dias DM, Barreto JC, Silva JHR, Barbosa CES, Santos WABV, Morais MGC, *et al.* Humanização do cuidado na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Pes Soci Desen*. 2022; 11(4):e53911427852.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Saúde Básica. Política Nacional de Humanização. MS. 2010; 1(1):1-247.
5. Silva FD, Chernicharo IM, Silva RC, Ferreira MA. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery*. 2012 out - dez; 16 (4):719- 727
6. Ouchi JD, Lupo APR, Alves BO, Andrade RV, Fogaça BM. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Saúde em Foco*. 2018; 10: 412-428, 2018.

7. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev Bras Enfer.* 2016; 69(6): 1099-1107.
8. Guerriero LCZ. A resolução 510/16: diretrizes éticas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Cad Bras Ter Ocup.* 2016; 24(3): 429-433.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Chernicharo ÍM, Silva FD, Ferreira MA. Caracterização do termo humanização no cuidado por profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2014; 18(1):156-162.
11. Calegari RC, Massarollo MCKB, Santos MJ. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Rev Esc Enfer USP.* 2015; 49(Esp2): 42-47.
12. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. *Rev Bras Enfer.* 2017; 70(5): 1095-1103.
13. Passos SSS, Silva JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Rev Enfer UERJ.* 2015; 23(3): 368-374.
14. Ribeiro KR A, Borgues SP, Baldunino JAS, Silva FA, Ramos TMST. Dificuldades encontradas pela enfermagem para implementar a humanização na unidade de terapia intensiva. *Rev Enfer UFPI.* 2017; 6(2): 51-56.
15. Araújo EJM, Ponte KMA, Araújo LM, Farias MS. Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em UTI. *Rev Poli Publ.* 2019; 18(1):6-11.
16. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enfer.* 2014; 67(5): 692-699.
17. Souza PTL, Ferreira JÁ, Oliveira ECS, Lima NBA, Cabral, JR, Oliveira RC. Necessidades humanas básicas em terapia intensiva. *Rev Fun Care Online.* 2019 jul/set; 11(4): 1011-1016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1011-1016>.
18. FIGUEIREDO, Maria do Carmo Clemente Marques et al. Cuidado humanizado ao paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev Saú Cien.* 2018; 7(1): 94-101.
19. Nascimento EA, Lima LNF, Pereira CS, Fonseca SCT, Silva DO, Neves AF, et al. As dificuldades da equipe de enfermagem frente à assistência humanizada na unidade de terapia intensiva. *BJDV.* 2021; 7(2): 17262-17272.
20. Mercês MO, Carvalho BF, Silva DR, Passos SC. O acolhimento da família na unidade de terapia intensiva. *Rev Enfer Contem.* 2019; 8(2): 182-189.

INCIDÊNCIA DE COVID-19 NOS BAIRROS DE SALVADOR COMO NORTEADORA PARA REABILITAÇÃO: UM ESTUDO DESCRITIVO

INCIDENCE OF COVID-19 IN THE NEIGHBORHOODS OF SALVADOR AS A GUIDANCE FOR REHABILITATION: A DESCRIPTIVE STUDY

Larissa Laranjeira Pinheiro dos Santos - larilaranjeira@hotmail.com

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Isabel Lisboa Santiago Nascimento - isabelsantiagon1@gmail.com

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Mariana Silva Macedo - marimacedo28@gmail.com

Mestranda no Programa de Ciências da Reabilitação da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Sarah Souza Pontes - sarahspontes@gmail.com

Doutoranda no Programa de Medicina e Saúde Humana da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Professora Substituta no Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Resumo: Introdução: A cidade de Salvador - BA se apresenta como uma região com forte tendência de aumento dos casos de COVID-19, doença causada pelo coronavírus, e, conseqüentemente, propensa ao agravamento da doença, o que impõe a necessidade de elaboração de políticas públicas direcionadas para a reabilitação de pessoas infectadas pelo vírus nos territórios com maior incidência de casos. **Objetivo:** Descrever os dados de incidência de COVID-19 nos 161 bairros da cidade Salvador - BA a fim de nortear recursos humanos e financeiros para ações de reabilitação pós-COVID-19. **Métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo com dados secundários provenientes de um documento com informações para a população e profissionais de saúde, sobre medidas tomadas pela Secretaria da Saúde para o enfrentamento da pandemia. As variáveis estudadas foram casos confirmados, coeficiente de incidência, população total e casos recuperados, de junho de 2020 a janeiro de 2021, distribuídos nos bairros de Salvador - BA. **Resultados:** Os bairros com maior prevalência de casos confirmados e recuperados de COVID-19 no período estudado foram Brotas, Pituba e Itapuã, enquanto os bairros com menor mediana de casos confirmados e de casos recuperados foram Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos e Porto Seco Pirajá. **Conclusão:** Entende-se que as regiões com elevada prevalência de casos recuperados demandam mais profissionais atuantes na reabilitação à saúde, afinal o coronavírus pode impactar em incapacidades e disparidades locais em saúde, demandando mais centros de reabilitação para locais com potenciais usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Covid-19; Política de saúde; Reabilitação; Sistema Único de Saúde.

Abstract: Introduction: The city of Salvador-BA presents a region with a strong tendency to increase cases of COVID-19, disease caused by coronavirus, and, consequently, prone to the aggravation of the disease, which implies the need to develop policies aimed to the recovery of people infected by the virus in the territories with the highest occurrence of cases. **Objective:** To describe the data on the incidence of COVID-19 in the 161 neighborhoods of the city of Salvador-BA in order to guide human and financial resources for post-COVID-19 rehabilitation actions. **Methods:** A quantitative study was carried out with secondary data from a document with information for the population and health professionals, about measures taken by the Health Department to face the pandemic. The variables studied were confirmed cases, incidence coefficient, total population and recovered cases, from June 2020 to January 2021, distributed in the neighborhoods of Salvador-BA. **Results:** The neighborhoods with the highest prevalence of confirmed and recovered cases of COVID-19 in the studied period were Brotas, Pituba and Itapuã, while the neighborhoods with the lowest median of confirmed cases and recovered cases were Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos and Porto Seco Pirajá. **Conclusion:** It is understood that regions with a high prevalence of recovered cases demand more professionals working in health rehabilitation, after all, the coronavirus can impact on disabilities and local health disparities, demanding more rehabilitation centers for places with potential users of the Unified Health System.

Keywords: Covid-19; Health policy; Rehabilitation; Unified health system.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, um surto de pneumonia de origem desconhecida foi relatado. Posteriormente, descobriu-se que essa pneumonia estava associada ao SARS-CoV-2, um vírus da família *Coronaviridae* que infecta humanos^(1,2), levando ao surgimento de sintomas como tosse, febre e dispneia⁽¹⁾. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o novo surto de coronavírus (COVID-19) uma pandemia global⁽³⁾.

Devido à disseminação do vírus, o Brasil adotou medidas de distanciamento social para diminuir o contato entre as pessoas, levando ao cancelamento de eventos públicos, interrupções de aulas e fechamento de empresas. Com isso, a pandemia proporcionou um agravo socioeconômico e nas condições de saúde humana⁽⁴⁾. Sabe-se que o diagnóstico do COVID-19 pode ter um prognóstico reservado e levar à hospitalização, resultando em hipomobilidade e sequelas e repercutindo na estrutura, função, atividade e participação social, bem como requerendo facilitadores ambientais e

melhor acesso aos serviços de saúde pública⁽⁵⁾.

Os serviços de saúde de Atenção Básica são os responsáveis pelo cuidado em saúde através de medidas de prevenção primária e secundária, evitando a disseminação e os efeitos a longo prazo da doença. Sabendo que os pacientes acometidos pelo coronavírus podem cursar com incapacidades funcionais, é indispensável que haja assistência em médio e longo prazo com a reabilitação funcional^(6,7).

A cidade de Salvador – BA se apresenta como uma região com forte tendência de aumento dos casos e, conseqüentemente, propensa ao agravamento da doença. Isso impõe a necessidade de elaboração de políticas públicas direcionadas para a reabilitação de pessoas infectadas pelo vírus nos territórios com maior incidência de casos⁽⁸⁾.

Diante disso, torna-se importante investigar os territórios em que a incidência de infecção pelo SARS-CoV-2 foi maior, a fim de contribuir para formulação e concretização de políticas públicas cuja eficácia, eficiência e efetividade resulta, exatamente, da sua adequação às necessidades, prioridades e capacidades dos múltiplos atores de territórios pertinentes para o efeito⁽⁹⁾. Desse modo, o objetivo deste estudo é descrever os dados de incidência de COVID-19 nos 161 bairros da cidade Salvador – BA, a fim de nortear recursos humanos e financeiros para ações de reabilitação pós-COVID-19, visto que os pacientes diagnosticados são potenciais usuários de serviços de saúde pública, que requerem ações de visualização e tomada de decisão nesse novo cenário.

MÉTODOS

A investigação da incidência de casos de COVID-19 nos bairros de Salvador – BA foi realizada a partir dos dados secundários, disponíveis no site Covid-19 Transparência SMS/Salvador, da prefeitura de Salvador – BA. Tais dados são provenientes de documentos informativos para a população e profissionais de saúde sobre tomadas de decisão da Secretaria da Saúde para o enfrentamento da pandemia.

Os dados secundários foram analisados de forma quantitativa através do software estatístico Rstudio e linguagem gráfica em Python com os pacotes Parda, Numpy e Seaborn, sendo realizada a estatística descritiva através de frequência e medida de tendência central (mediana). Foram utilizados gráficos e tabelas para apresentação da distribuição e comportamento das variáveis.

Foram utilizadas as variáveis: casos confirmados do coronavírus, coeficiente de incidência, população total dos bairros de Salvador – BA e casos recuperados de coronavírus de junho de 2020 a janeiro de 2021, disponíveis na plataforma da prefeitura de Salvador–BA. Os dados foram extraídos dessa plataforma em dezembro de 2021 e registrados em planilhas no software Microsoft Excel. Posteriormente, os dados foram analisados e interpretados.

RESULTADOS

Os resultados dos 161 bairros foram analisados, como mostra a Tabela 1, e os três bairros com maior prevalência de casos confirmados de COVID-19, no período de junho de 2020 a janeiro de 2021, foram Brotas, Pituba e Itapuã. Já os bairros com menor prevalência de casos confirmados, neste mesmo período, foram Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos e Porto Seco Pirajá. Os bairros com maior mediana de casos recuperados foram Brotas, Pituba e Itapuã e aqueles com menor mediana de casos recuperados foram Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos e Porto Seco Pirajá.

Tabela 1 – Mediana da população, casos confirmados e casos recuperados em cada bairro de Salvador – BA.

BAIRRO	POPULAÇÃO	CONFIRMADOS	RECUPERADOS	BAIRRO	POPULAÇÃO	CONFIRMADOS	RECUPERADOS
ACUPE	11213	282	269	ILHA DOS FRADES*	733	1	1
AEROPORTO	-	9	7	IMBUÍ	26540	862	825
ÁGUAS CLARAS	37029	774	682	ITACARANHA	16088	296	260
ALTO DA TEREZINHA	14010	92	82,5	ITAIGARA	10874	445	429
ALTO DAS POMBAS	3823	138	136,5	ITAPUÃ**	66961	1393	1327,5
ALTO DO CABRITO	17051	197	179,5	JARDIM ARMAÇÃO	3025	409	398,5
ALTO DO COQUEIRINHO	11145	120	111	JARDIM CARJAZEIRAS	7572	152	135,5
AMARALINA	4125	266	247	JARDIM DAS MARGARIDAS	4592	254	247,5
AREIA BRANCA	2594	27	18	JARDIM NOVA ESPERANÇA	14008	235	220,5
ARENOSO	16604	361	345,5	JARDIM SANTO INÁCIO	8670	134	122,5
ARRAIAL DO RETIRO	8938	99	88	LAPINHA	5004	40	38
BAIRRO DA PAZ	19407	180	159	LIBERDADE	41802	1260	1181
BAIXA DE QUINTAS	2135	98	86,5	LOBATO	29169	714	642
BARBALHO	9227	230	211,5	LUIZ ANSELMO	11503	222	202
BARRA	17298	582	552	MACAÚBAS	8556	128	117,5
BARREIRAS	17960	249	242,5	MARECHAL RONDON	19470	304	270,5
BARRIS BEIRU TANCREDO NEVES	4845	140	134,5	MARES	2359	46	36,5
BOA VIAGEM	50416	1298	1253	MASSARANDU BA	20160	525	475,5
BOA VISTA DEB ROTAS	2322	128	83	MATA ESCURA	32349	505	481
	2964	18	11	MATATU	10542	349	331

BOA VISTA DO SÃO CAETANO	17688	276	253,5	MIRANTES DE PERIPERI	-	80	78
BOCA DA MATA	8068	152	137,5	MONTE SERRAT	6590	107	101
BOCA DO RIO	48032	1008	961	MORADAS DA LAGOA	16189	7	7
BOM JUÁ	15528	45	27	MUSSURUNGA	30838	523	469,5
BONFIM	9446	327	297	NARANDIBA	14368	271	263,6
BROTAS**	70158	1909	1806	NAZARÉ	12571	377	370,5
CABULA VI	10728	331	303	NORDESTE DE AMARALINA	21887	890	858,5
CABULA	23869	1147	1079,5	NOVA BRASÍLIA	16716	543	515
CAIXA D'ÁGUA	22446	521	483,5	NOVA CONSTITUINTE	9410	41	40
CAJAZEIRAS II	1137	56	22	NOVA ESPERANCA	6732	73	71
CAJAZEIRAS IV	3364	46	45,5	NOVA SUSSUARANA	12206	53	42
CAJAZEIRAS V	5422	91	88	NOVO HORIZONTE	12952	121	116,5
CAJAZEIRAS VI	7341	64	60	NOVO MAROTINHO	4238	43	41
CAJAZEIRAS VII	4524	101	93	PALESTINA	6007	87	74
CAJAZEIRAS VIII	13013	213	205	PARIPE	55039	1070	990
CAJAZEIRAS X	8513	193	181,5	PATAMARES	6156	492	483
CAJAZEIRAS XI	16899	258	242	PAU DA LIMA	24693	698	641
CALABAR	6484	46	39	PAU MIÚDO	20740	429	371,5
CALABETAO	7298	106	101,5	PERIPERI	47179	890	793,5
CALÇADA	5024	63	61,5	PERNAMBUEÍS	64983	2172	2095,5
CAMINHO DAS ÁRVORES	12323	437	427,5	PERO VAZ	22054	454	412,5
CAMINHO DE AREIA	12318	169	156	PIATÃ	11441	510	487,5
CAMPINAS DE PIRAJÁ	11673	262	237,5	PITUBA**	65160	1796	1735
CANABRAVA	13664	268	250,5	PORTO SECO PIRAJÁ*	72	5	4
CANDEAL	13553	371	353	RESGATE	6708	144	142
CANELA	5339	140	132,5	RETIRO	262	61	58
CAPELINHA	16033	187	177	RIBEIRA	19578	564	548,5
CASSANGE	4633	44	32,5	RIO SENA	16379	224	202
CASTELO BRANCO	33510	608	541,5	RIO VERMELHO	18334	614	585,5
CENTRO	15695	841	780,5	ROMA	3636	100	79
CENTRO ADMINISTRATIVO DA BAHIA	-	27	21	SABOIEIRO	6682	234	247,5
CENTRO HISTÓRICO	2253	22	20	SANTA CRUZ	27083	1140	1300
CHAME	-	162	152	SANTA LUZIA	7702	11	8
CHAPADA DO RIO VERMELHO	21955	29	26,5	SANTA MÔNICA	7389	118	110,5

CIDADE NOVA	18722	371	345,5	SANTO AGOSTINHO	4796	10	9
COLINAS DE PERIPERI	-	14	13	SANTO ANTÔNIO	4170	77	67,5
COMÉRCIO	1345	58	56	SÃO CAETANO	51159	831	741,5
COSME DE FARIAS	38341	854	778,5	SÃO CRISTÓVÃO	53906	1180	1124
COSTA AZUL	20204	419	399,5	SÃO GONÇALO	17275	298	286,5
COUTOS	26005	533	478	SÃO JOÃO DO CABRITO	21284	77	61
CURUZU	16681	259	239	SÃO MARCOS	28591	1110	1084
DOIS DE JULHO	-	450,5	435,5	SÃO RAFAEL	25790	51	28
DOM AVELAR	11842	186	175,5	SÃO TOMÉ	7207	127	118
DORON	7378	190	178	SARAMANDAI A	11272	117	111
ENGENHO VELHO DA FEDERAÇÃO	24555	576	546,5	SAÚDE	6232	97	93,5
ENGENHO VELHO DE BROTTAS	25703	797	766	SETE DE ABRIL	18215	337	308
FAZENDA COUTOS	24255	579	562,5	STELLA MARIS	20641	454	441
FAZENDA GRANDE DO RETIRO	53806	1413	1316	STIEP	13646	238	226
FAZENDA GRANDE I	11459	117	108,5	SUSSUARANA	28809	821	769
FAZENDA GRANDE II	18159	283	262,5	TORORÓ	4717	144	139
FAZENDA GRANDE III	7464	92	85,5	TROBOGY	7158	125	119,5
FAZENDA GRANDE IV	4774	86	81	URUGUAI	30370	700	638,5
FEDERAÇÃO	36362	1219	1162	VALE DAS PEDRINHAS	5162	70	58,5
GARCIA	14180	359	341	VALE DOS LAGOS	12860	50	41
GRAÇA GRANJAS RURAIS	18454	430	400	VALÉRIA	26210	407	347,5
PRESIDENTE VARGAS	1998	28	25	VILA CANÁRIA	11218	227	207,5
HORTO FLORESTAL	-	563,5	547	VILA LAURA	14524	450	436,5
IAPI	24452	507	469	VILA RUY BARBOSA / JARDIM CRUZEIRO	19448	409	374
ILHA AMARELA	-	152,5	144	VISTA ALEGRE	-	49	47,5
ILHA DE BOM JESUS DOS PASSOS*	1465	5	5	VITÓRIA	5225	149	144,5
ILHA DE MARÉ	4236	136	131				

*Bairros com maiores e menores prevalências de casos confirmados.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os dados representados na Tabela 2 retratam a estatística descritiva dos três bairros com mediana mais elevada de prevalência dos casos confirmados e recuperados, em Salvador, no período

de junho de 2020 a janeiro de 2021. Assim, Brotas, Pituba e Itapuã demonstraram mediana de casos confirmados de 1909, 1796 e 1393, respectivamente. Quanto aos casos recuperados, as medianas foram, respectivamente, 1806, 1735 e 1327,5, para os mesmos bairros. A população total, por sua vez, apresentou mediana de 70.158 para Brotas, 65.160 para Pituba e 66.961 para Itapuã.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas dos bairros de Salvador – BA com maiores números de casos confirmados de COVID-19.

	Média	Range	Primeiro quartil (25%)	Mediana (50%)	Terceiro quartil (75%)	DP
População Brotas	70158	70158 - 70158	70158	70158	70158	0
Casos confirmados Brotas	1931,6	373 – 3386	1287	1909	3031,5	934
Recuperados Brotas	1677,9	122 – 3235	704,5	1806	2895,8	1054,8
População Itapuã	66961	66961 - 66961	66961	66961	66961	0
Casos confirmados Itapuã	1476	213 – 2762	923	1393	2436	803,1
Recuperados Itapuã	1276,5	50 – 2654	387,8	1327,5	2339	903,6
População Pituba	65160	65160 - 65160	65160	65160	65160	0
Casos confirmados Pituba	2132,6	366 – 4340	1296,5	1796	3774,5	1283,3
Recuperados Pituba	1896,8	121 – 4204	658,8	1735	3650,8	1400,6

DP- Desvio Padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A opção pela análise da mediana ao invés da média se deve à distribuição não normal verificada no histograma, análise de média, mediana e moda, bem como os *skewness*, *kurtoses* e o *range* de valores, que apresentou um intervalo largo entre os dados.

DISCUSSÃO

A O município de Salvador conta atualmente com uma população estimada de 2.900.319 habitantes⁽¹⁰⁾, distribuída em uma área territorial de 693.453km²⁽¹¹⁾. O município é organizado através de unidades político-sanitárias, os Distritos Sanitários (DS). Ao todo, somam-se 12 DS, que compreendem uma unidade de território que contém uma população com características epidemiológicas e sociais, com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la⁽¹²⁾.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do município, desde os primeiros casos registrados da COVID-19 em 2020 até a 49ª semana epidemiológica, totalizaram 293.547 casos positivos para a doença. Em uma breve retomada histórica, no primeiro ano de pandemia, o mês com maior incidência de casos foi junho, com 1001,5/100 mil habitantes. No mesmo período no ano

seguinte, percebeu-se uma tendência de redução da incidência, onde em junho de 2021 foi registrada uma incidência de 405,4/100 mil habitantes. Em novembro de 2021 foi alcançado o menor valor de incidência no município, desde o início da pandemia, 14,9/100 mil habitantes⁽¹³⁾.

A partir da análise de distribuição dos casos confirmados que possuíam o preenchimento do campo raça/cor (67,2%), percebe-se uma predominância de pessoas pretas e pardas em torno de 79%. O mesmo se repete quando analisados os dados de óbito, em que 73% eram pessoas pretas e pardas. O total de óbitos registrados entre o mês de março de 2020 e novembro de 2021 foi de 7.663 óbitos. A partir de abril de 2021, com o início da vacinação, observa-se uma tendência na redução do número de óbitos na cidade⁽¹³⁾.

Os dados encontrados apontam uma maior prevalência nos bairros de Brotas, Pituba e Itapuã, pertencentes respectivamente aos DS de Brotas, Barra – Rio Vermelho e Itapuã, enquanto os bairros com menor prevalência foram Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos e Porto Seco Pirajá, os dois primeiros pertencentes ao DS Subúrbio Ferroviário e o último ao DS de Pau da Lima⁽¹⁴⁾. Tais dados corroboram com as descrições apresentadas no Boletim Epidemiológico de 13 de dezembro do município, cujo documento possui como referência a incidência acumulada, o DS Barra – Rio Vermelho ficou entre os distritos com maior incidência e o DS Subúrbio Ferroviário o de menor incidência.

No que diz respeito à rede de serviços do município, até junho de 2017 o Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde aponta a presença de 2.986 estabelecimentos de diferentes fontes de financiamento no município. Dentre os vinculados ao SUS, 56,71% estão sob responsabilidade da gestão municipal. Em relação à distribuição dos serviços por DS, a maior concentração se encontra no DS Barra – Rio Vermelho (19,63%), sendo mais da metade desses de caráter privado/filantrópico, concentrando também serviços de alta complexidade (43%). Em contrapartida, a menor concentração se encontra nos DS Boca do Rio, Cajazeiras e São Caetano-Valéria, com destaque para a ausência dos serviços de alta complexidade no DS São Caetano-Valéria⁽¹⁴⁾.

A Atenção Básica no município conta com 11 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e, apesar do aumento do percentual nos últimos anos da cobertura, o município ainda possui uma cobertura incipiente de Unidades de Saúde da Família e de equipes NASF-AB. Somente 10,5% desses núcleos estão distribuídas em seis distritos: Barra – Rio Vermelho, Cabula, Cajazeiras, Itapuã, São Caetano-Valéria e Subúrbio Ferroviário⁽¹⁴⁾.

É importante sinalizar o NASF-AB enquanto equipe composta por um quadro de profissionais historicamente vinculados à reabilitação, a exemplo de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistente sociais, psicólogos, educadores físicos e outros. Isso representa um grande

potencial para pensar estratégias de cuidado orientado ao território e à comunidade, para usuários que necessitem desse cuidado em saúde⁽¹⁵⁾.

Sugere-se, portanto, que uma ampliação da cobertura de equipes NASF e de Unidades de Saúde da Família, orientada pelo perfil epidemiológico e social dos distritos e bairros, bem como o estabelecimento de fluxos para o encaminhamento e acolhimento desses usuários associada à capacitação e formação desses profissionais, possa abarcar as demandas crescentes de usuários com sequelas após a infecção e recuperação da COVID-19.

A atenção básica possui capacidade resolutiva de 80% dos problemas de saúde da população, desde que bem estruturada e organizada, possuindo a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para reorientação do modelo de atenção do SUS. Essa estratégia apresenta em sua estrutura práticas de saúde orientadas pelo território e pelas necessidades de saúde da população adscrita, possuindo a possibilidade de articular estratégias com outros serviços que compõem a rede⁽¹⁶⁾.

Utilizar o potencial já instalado e ampliar a cobertura das unidades de saúde da família é um caminho para qualificação do cuidado e ampliação do acesso aos serviços de saúde que a população necessita, próximo ao domicílio e com ferramentas de baixa densidade tecnológica. A adoção dessa postura permite um encaminhamento melhor orientado, melhor uso dos recursos e consequente resolução das demandas⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Torna-se evidente, portanto, que é possível afirmar que os bairros com maior prevalência de casos confirmados são também aqueles com as maiores medianas de casos recuperados e os bairros com menos casos confirmados são também aqueles com as menores medianas de casos recuperados. Diante disso, sugere-se a utilização dos dados para estratégias destinadas ao planejamento e tomada de decisões direcionadas para medidas de prevenção e promoção à saúde, por meio de campanha de vacinação e educação em saúde, mais engajada nos bairros com maior número de casos confirmados e casos recuperados.

Espera-se que as regiões com elevada prevalência de casos recuperados demandem mais profissionais atuantes na reabilitação à saúde, afinal o coronavírus pode impactar em incapacidades e disparidades locais em saúde. Isso demanda mais centros de reabilitação para locais com potenciais usuários do Sistema Único de Saúde.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflitos de interesses entre os autores do artigo intitulado “Incidência de COVID-19 nos bairros de Salvador como norteadora para reabilitação: um estudo descritivo” submetido para apreciação na Revista Brasileira de Saúde Funcional.

REFERÊNCIAS

1. Ciotti M, Angeletti S, Minieri M, Giovannetti M, Benvenuto D, Pascarella S et al. COVID-19 Outbreak: An Overview. *Chemotherapy*. 2020;64(5-6):215-23. DOI: 10.1159/000507423.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.
3. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed*. 2020;91(1):157-60. DOI: 10.23750/abm.v91i1.9397.
4. Natividade MS, Bernardes K, Pereira M, Miranda SS, Bertoldo J, Teixeira MG et al. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2020;25(9):3385-92. DOI: 0.1590/1413-81232020259.22142020.
5. Pereira ER, Rodrigues BRF, Gomes ES, Franco FS, Silveira LAG, Cremonese M, et al. Importância da fisioterapia frente à pandemia provocada pelo novo Coronavírus. *Braz J Dev*. 2021;7(1):9020-30. DOI: 10.34117/bjdv7n1-612.
6. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2021;44:161-76. DOI: 10.1590/0103-11042020E410.
7. Daniel CR, Baroni MP, Ruaro JA, Fréz AR. Estamos olhando para os indivíduos pós-COVID como deveríamos? *Rev. Pesqui. Fisioter*. 2020;10(4):588-90. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v10i4.3238.
8. Macedo TTS, Silva LSM, Figueredo WN, Cardoso GMP, Silva RM, Pimenta RMC. Perfil epidemiológico dos casos de covid-19 em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. baiana saúde pública*. 2021;45(1):76-89. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n1.a3235>
9. Dias RC, Seixas PC. Territorialização de políticas públicas, processo ou abordagem?. *RPER*. 2020;55:47-60. Disponível em: <https://www.review-rper.com/index.php/rper/article/view/9>. Acesso em: 27 set 2022.
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1 de julho de 2020. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=28674&t=resultados>. Acesso em: 03 jan 2022.

11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Área territorial brasileira 2020. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 03 jan 2022.
12. Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CAL. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. 1998;1:43. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf. Acesso em: 04 jan 2022.
13. SALVADOR (Bahia). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Salvador: SMS, 2016. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/suis/home/>. Acesso em: 04 jan 2022.
14. SALVADOR (Bahia). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Salvador: SMS, 2021. Disponível em: http://www.cievs.saude.salvador.ba.gov.br/download/boletim-25_2021-sms-cievs-ssa-covid-19/?wpdmdl=3475&refresh=61d486c78b7a41641318087. Acesso em: 04 jan 2022.
15. SALVADOR (Bahia). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021. Salvador, 2018.
16. Moreira DC, Bispo JP Júnior, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saude Publica*. 2021;36(12):1-13. DOI: 10.1590/0102-311X00031420.
17. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saude Publica*. 2018;34(8):1-5. DOI: 10.1590/0102-311X00029818.

INCIDENCE OF COVID-19 IN THE NEIGHBORHOODS OF SALVADOR AS A GUIDANCE FOR REHABILITATION: A DESCRIPTIVE STUDY

INCIDÊNCIA DE COVID-19 NOS BAIRROS DE SALVADOR COMO NORTEADORA PARA REABILITAÇÃO: UM ESTUDO DESCRITIVO

Larissa Laranjeira Pinheiro dos Santos - larilaranjeira@hotmail.com

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Isabel Lisboa Santiago Nascimento - isabelsantiagon1@gmail.com

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Mariana Silva Macedo - marimacedo28@gmail.com

Mestranda no Programa de Ciências da Reabilitação da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Sarah Souza Pontes - sarahspontes@gmail.com

Doutoranda no Programa de Medicina e Saúde Humana da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Professora Substituta no Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Abstract: Introduction: The city of Salvador-BA presents a region with a strong tendency to increase cases of COVID-19, disease caused by coronavirus, and, consequently, prone to the aggravation of the disease, which implies the need to develop policies aimed to the recovery of people infected by the virus in the territories with the highest occurrence of cases. **Objective:** To describe the data on the incidence of COVID-19 in the 161 neighborhoods of the city of Salvador-BA in order to guide human and financial resources for post-COVID-19 rehabilitation actions. **Methods:** A quantitative study was carried out with secondary data from a document with information for the population and health professionals, about measures taken by the Health Department to face the pandemic. The variables studied were confirmed cases, incidence coefficient, total population and recovered cases, from June 2020 to January 2021, distributed in the neighborhoods of Salvador-BA. **Results:** The neighborhoods with the highest prevalence of confirmed and recovered cases of COVID-19 in the studied period were Brotas, Pituba and Itapuã, while the neighborhoods with the lowest median of confirmed cases and recovered cases were Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos and Porto Seco Pirajá. **Conclusion:** It is understood that regions with a high prevalence of recovered cases demand more professionals working in health rehabilitation, after all, the coronavirus can impact on disabilities and local health disparities, demanding more rehabilitation centers for places with potential users of the Unified Health System.

Keywords: Covid-19; Health policy; Rehabilitation; Unified health system.

INTRODUCTION

A In December 2019, in Wuhan, China, an outbreak of pneumonia of unknown origin was reported. Subsequently, it was discovered that this pneumonia was associated with SARS-CoV-2, a virus of the *Coronaviridae* family that infects humans^(1,2), leading to the appearance of symptoms such as cough, fever and dyspnea⁽¹⁾. In March 2020, the World Health Organization (WHO) declared the new coronavirus outbreak (COVID-19) a global pandemic⁽³⁾.

Due to the spread of the virus, Brazil has adopted social distancing measures to reduce contact between people, leading to the cancellation of public events, class interruptions and the closure of companies. With this, the pandemic provided a socioeconomic and human health conditions⁽⁴⁾. It is known that the diagnosis of COVID-19 can have a reserved prognosis and lead to hospitalization, resulting in hypomobility and sequelae and having repercussions on the structure, function, activity and social participation, as well as requiring environmental facilitators and better access to public health services⁽⁵⁾.

Primary Care health services are responsible for health care through primary and secondary prevention measures, avoiding the spread and long-term effects of the disease. Knowing that patients affected by the coronavirus can attend with functional disabilities, it is essential that there is medium and long-term assistance with functional rehabilitation^(6,7).

The city of Salvador - BA presents itself as a region with a strong trend of increase in cases and, consequently, prone to the worsening of the disease. This imposes the need for the elaboration of public policies directed to the rehabilitation of people infected with the virus in the territories with the highest incidence of cases⁽⁸⁾.

Therefore, it is important to investigate the territories in which the incidence of SARS-CoV-2 infection was higher, in order to contribute to the formulation and implementation of public policies whose effectiveness, efficiency and effectiveness results, exactly, from their adaptation to the needs, priorities and capabilities of the multiple actors of territories relevant to this purpose⁽⁹⁾. Thus, the objective of this study is to describe the COVID-19 incidence data in the 161 neighborhoods of the city of Salvador - BA, in order to guide human and financial resources for post-COVID-19 rehabilitation actions, since diagnosed patients are potential users of public health services, which require visualization and decision-making actions in this new scenario.

METHODS

The investigation of the incidence of COVID-19 cases in the neighborhoods of Salvador - BA was carried out from the secondary data, available on the Covid-19 Transparency SMS/Salvador website, of the city of Salvador - BA. Such data come from informative documents for the population and health professionals on decision-making of the Department of Health to face the pandemic.

The secondary data were analyzed quantitatively through the statistical software Rstudio and graphical language in Python with the packages Pardas, Numpy and Seaborn, and descriptive statistics were performed through frequency and measure of central trend (median). Graphs and tables were used to present the distribution and behavior of the variables.

The variables were used: confirmed cases of coronavirus, incidence coefficient, total population of the neighborhoods of Salvador - BA and recovered cases of coronavirus from June 2020 to January 2021, available on the platform of the city of Salvador-BA. The data were extracted from this platform in December 2021 and recorded in spreadsheets in the Microsoft Excel software. Subsequently, the data were analyzed and interpreted.

RESULTS

The results of the 161 neighborhoods were analyzed, as shown in Table 1, and the three neighborhoods with the highest prevalence of confirmed cases of COVID-19, in the period from June 2020 to January 2021, were Brotas, Pituba and Itapuã. The neighborhoods with the lowest prevalence of confirmed cases, in this same period, were Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos and Porto Seco Pirajá. The neighborhoods with the highest median of recovered cases were Brotas, Pituba and Itapuã and those with the lowest median of recovered cases were Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos and Porto Seco Pirajá.

Table 1 – Median population, confirmed cases and recovered cases in each neighborhood of Salvador - BA.

NEIGHORHOOD	POPULATION	CONFIRMED	RECOVERED	NEIGHORHOOD	POPULATION	CONFIRMED	RECOVERED
ACUPE	11213	282	269	ILHA DOS FRADES*	733	1	1
AEROPORTO	-	9	7	IMBUÍ	26540	862	825
ÁGUAS CLARAS	37029	774	682	ITACARANHA	16088	296	260
ALTO DA TEREZINHA	14010	92	82,5	ITAIGARA	10874	445	429

ALTO DAS POMBAS	3823	138	136,5	ITAPUÃ**	66961	1393	1327,5
ALTO DO CABRITO	17051	197	179,5	JARDIM ARMAÇÃO	3025	409	398,5
ALTO DO COQUEIRINHO	11145	120	111	JARDIM CARJAZEIRAS	7572	152	135,5
AMARÁLINA	4125	266	247	JARDIM DAS MARGARIDAS	4592	254	247,5
AREIA BRANCA	2594	27	18	JARDIM NOVA ESPERANÇA	14008	235	220,5
ARENOSO	16604	361	345,5	JARDIM SANTO INÁCIO	8670	134	122,5
ARRAIAL DO RETIRO	8938	99	88	LAPINHA	5004	40	38
BAIRRO DA PAZ	19407	180	159	LIBERDADE	41802	1260	1181
BAIXA DE QUINTAS	2135	98	86,5	LOBATO	29169	714	642
BARBALHO	9227	230	211,5	LUIZ ANSELMO	11503	222	202
BARRA	17298	582	552	MACAÚBAS	8556	128	117,5
BARREIRAS	17960	249	242,5	MARECHAL RONDON	19470	304	270,5
BARRIS	4845	140	134,5	MARES	2359	46	36,5
BEIRU TANCREDO NEVES	50416	1298	1253	MASSARANDUBA	20160	525	475,5
BOA VIAGEM	2322	128	83	MATA ESCURA	32349	505	481
BOA VISTA DEB ROTAS	2964	18	11	MATATU	10542	349	331
BOA VISTA DO SÃO CAETANO	17688	276	253,5	MIRANTES DE PERIPERI	-	80	78
BOCA DA MATA	8068	152	137,5	MONTE SERRAT	6590	107	101
BOCA DO RIO	48032	1008	961	MORADAS DA LAGOA	16189	7	7
BOM JUÁ	15528	45	27	MUSSURUNGA	30838	523	469,5
BONFIM	9446	327	297	NARANDIBA	14368	271	263,6
BROTAS**	70158	1909	1806	NAZARÉ	12571	377	370,5
CABULA VI	10728	331	303	NORDESTE DE AMARALINA	21887	890	858,5
CABULA	23869	1147	1079,5	NOVA BRASÍLIA	16716	543	515
CAIXA D'ÁGUA	22446	521	483,5	NOVA CONSTITUINTE	9410	41	40
CAJAZEIRAS II	1137	56	22	NOVA ESPERANCA	6732	73	71
CAJAZEIRAS IV	3364	46	45,5	NOVA SUSSUARANA	12206	53	42
CAJAZEIRAS V	5422	91	88	NOVO HORIZONTE	12952	121	116,5
CAJAZEIRAS VI	7341	64	60	NOVO MAROTINHO	4238	43	41
CAJAZEIRAS VII	4524	101	93	PALESTINA	6007	87	74
CAJAZEIRAS VIII	13013	213	205	PARIPE	55039	1070	990
CAJAZEIRAS X	8513	193	181,5	PATAMARES	6156	492	483
CAJAZEIRAS XI	16899	258	242	PAU DA LIMA	24693	698	641
CALABAR	6484	46	39	PAU MIÚDO	20740	429	371,5

INCIDENCE OF COVID-19 IN THE NEIGHBORHOODS OF SALVADOR AS A GUIDANCE FOR REHABILITATION: A DESCRIPTIVE STUDY

CALABETAO	7298	106	101,5	PERIPERI	47179	890	793,5
CALÇADA	5024	63	61,5	PERNAMBUEÉS	64983	2172	2095,5
CAMINHO DAS ÁRVORES	12323	437	427,5	PERO VAZ	22054	454	412,5
CAMINHO DE AREIA	12318	169	156	PIATÁ	11441	510	487,5
CAMPINAS DE PIRAJÁ	11673	262	237,5	PITUBA**	65160	1796	1735
CANABRAVA	13664	268	250,5	PORTO SECO PIRAJÁ*	72	5	4
CANDEAL	13553	371	353	RESGATE	6708	144	142
CANELA	5339	140	132,5	RETIRO	262	61	58
CAPELINHA	16033	187	177	RIBEIRA	19578	564	548,5
CASSANGE	4633	44	32,5	RIO SENA	16379	224	202
CASTELO BRANCO	33510	608	541,5	RIO VERMELHO	18334	614	585,5
CENTRO ADMINISTRATIVO DA BAHIA	15695	841	780,5	ROMA	3636	100	79
CENTRO HISTÓRICO	-	27	21	SABOEIRO	6682	234	247,5
CHAME CHAME	2253	22	20	SANTA CRUZ	27083	1140	1300
CHAPADA DO RIO VERMELHO	-	162	152	SANTA LUZIA	7702	11	8
CIDADE NOVA	21955	29	26,5	SANTA MÓNICA	7389	118	110,5
COLINAS DE PERIPERI	18722	371	345,5	SANTO AGOSTINHO	4796	10	9
COMÉRCIO	-	14	13	SANTO ANTÔNIO	4170	77	67,5
COSME DE FARIAS	1345	58	56	SÃO CAETANO	51159	831	741,5
COSTA AZUL	38341	854	778,5	SÃO CRISTÓVÃO	53906	1180	1124
COUTOS	20204	419	399,5	SÃO GONÇALO	17275	298	286,5
CURUZU	26005	533	478	SÃO JOÃO DO CABRITO	21284	77	61
DOIS DE JULHO	16681	259	239	SÃO MARCOS	28591	1110	1084
DOM AVELAR	-	450,5	435,5	SÃO RAFAEL	25790	51	28
DORON	11842	186	175,5	SÃO TOMÉ	7207	127	118
ENGENHO VELHO DA FEDERAÇÃO	7378	190	178	SARAMANDAIA	11272	117	111
ENGENHO VELHO DE BROTAS	24555	576	546,5	SAÚDE	6232	97	93,5
FAZENDA COUTOS	25703	797	766	SETE DE ABRIL	18215	337	308
FAZENDA GRANDE DO RETIRO	24255	579	562,5	STELLA MARIS	20641	454	441
FAZENDA GRANDE I	53806	1413	1316	STIEP	13646	238	226
FAZENDA GRANDE II	11459	117	108,5	SUSSUARANA	28809	821	769
FAZENDA GRANDE III	18159	283	262,5	TORORÓ	4717	144	139
FAZENDA GRANDE IV	7464	92	85,5	TROBOGY	7158	125	119,5
	4774	86	81	URUGUAI	30370	700	638,5

FEDERAÇÃO	36362	1219	1162	VALE DAS PEDRINHAS	5162	70	58,5
GARCIA	14180	359	341	VALE DOS LAGOS	12860	50	41
GRAÇA	18454	430	400	VALÉRIA	26210	407	347,5
GRANJAS RURAIS				VILA CANÁRIA	11218	227	207,5
PRESIDENTE VARGAS	1998	28	25	VILA LAURA	14524	450	436,5
HORTO FLORESTAL	-	563,5	547	VILA RUY BARBOSA / JARDIM CRUZEIRO	19448	409	374
IAPI	24452	507	469	VISTA ALEGRE	-	49	47,5
ILHA AMARELA	-	152,5	144	VITÓRIA	5225	149	144,5
ILHA DE BOM JESUS DOS PASSOS*	1465	5	5				
ILHA DE MARÉ	4236	136	131				

*Neighborhoods with higher and lower prevalence of confirmed cases.

Source: Elaborated by the authors.

The data represented in Table 2 portray the descriptive statistics of the three neighborhoods with the highest median prevalence of confirmed and recovered cases, in Salvador, in the period from June 2020 to January 2021. Thus, Brotas, Pituba and Itapuã showed a median of confirmed cases of 1909, 1796 and 1393, respectively. As for the recovered cases, the medians were, respectively, 1806, 1735 and 1327.5, for the same neighborhoods. The total population, in turn, had a median of 70,158 for Brotas, 65,160 for Pituba and 66,961 for Itapuã.

Table 2 – Descriptive statistics of the neighborhoods of Salvador – BA with the highest numbers of confirmed cases of COVID-19.

	Average	Range	First quartile (25%)	Median (50%)	Third quartile (75%)	DP
Brotas Population	70158	70158 - 70158	70158	70158	70158	0
Brotas Confirmed Cases	1931,6	373 – 3386	1287	1909	3031,5	934
Recovered Brotas	1677,9	122 – 3235	704,5	1806	2895,8	1054,8
Itapuã Population	66961	66961 - 66961	66961	66961	66961	0
Itapuã Confirmed Cases	1476	213 – 2762	923	1393	2436	803,1
Recovered Itapuã	1276,5	50 – 2654	387,8	1327,5	2339	903,6
Pituba Population	65160	65160 - 65160	65160	65160	65160	0
Pituba Confirmed Cases	2132,6	366 – 4340	1296,5	1796	3774,5	1283,3
Recovered Pituba	1896,8	121 – 4204	658,8	1735	3650,8	1400,6

SD- Standard Deviation.

Source: Prepared by the authors.

The option for analyzing the median instead of the average is due to the non-normal distribution verified in the histogram, analysis of mean, median and fashion, as well as the skewness, kurtoses and the range of values, which presented a wide interval between the data.

DISCUSSION

The municipality of Salvador currently has an estimated population of 2,900,319 inhabitants⁽¹⁰⁾, distributed in a territorial area of 693,453km²⁽¹¹⁾. The municipality is organized through political-sanitary units, the Sanitary Districts (DS). In all, there are 12 DS, which comprise a unit of territory that contains a population with epidemiological and social characteristics, with its needs and the health resources to serve it⁽¹²⁾.

According to data from the Municipal Health Department of the municipality, from the first recorded cases of COVID-19 in 2020 to the 49th epidemiological week, there were 293,547 positive cases for the disease. In a brief historical resumption, in the first year of the pandemic, the month with the highest incidence of cases was June, with 1001.5/100 thousand inhabitants. In the same period the following year, an incidence reduction trend was observed, where in June 2021 an incidence of 405.4/100 thousand inhabitants was recorded. In November 2021, the lowest incidence value in the municipality was reached, since the beginning of the pandemic, 14.9/100 thousand inhabitants⁽¹³⁾.

From the distribution analysis of confirmed cases that had the filling of the race/color field (67.2%), there is a predominance of black and brown people around 79%. The same is repeated when analyzing the death data, in which 73% were black and brown people. The total number of deaths recorded between March 2020 and November 2021 was 7,663 deaths. From April 2021, with the start of vaccination, there is a trend in reducing the number of deaths in the city⁽¹³⁾.

The data found point to a higher prevalence in the neighborhoods of Brotas, Pituba and Itapuã, belonging respectively to the DS of Brotas, Barra - Rio Vermelho and Itapuã, while the neighborhoods with the lowest prevalence were Ilha dos Frades, Ilha de Bom Jesus dos Passos and Porto Seco Pirajá, the first two belonging to the DS Subúrbio. Such data corroborate the descriptions presented in the Epidemiological Bulletin of December 13 of the municipality, whose document has as reference the accumulated incidence, the DS Barra - Rio Vermelho was among the districts with the highest incidence and the DS Subúrbio Ferroviário the one with the lowest incidence⁽¹⁴⁾.

With regard to the municipality's service network, until June 2017 the Health Establishment Registration System points to the presence of 2,986 establishments from different sources of financing in the municipality. Among those linked to the SUS, 56.71% are under the responsibility of the municipal management. Regarding the distribution of services by DS, the largest concentration

is in DS Barra - Rio Vermelho (19.63%), with more than half of these being of a private/philanthropic nature, also concentrating services of high complexity (43%). On the other hand, the lowest concentration is in the DS Boca do Rio, Cajazeiras and São Caetano-Valéria, with emphasis on the absence of high complexity services in the DS São Caetano-Valéria ⁽¹⁴⁾.

Primary Care in the municipality has 11 Expanded Nuclei of Family Health and Primary Care (NASF-AB) and, despite the increase in the percentage in recent years of coverage, the municipality still has an incipient coverage of Family Health Units and NASF-AB teams. Only 10.5% of these nuclei are distributed in six districts: Barra - Rio Vermelho, Cabula, Cajazeiras, Itapuã, São Caetano-Valéria and Subúrbio Ferroviário ⁽¹⁴⁾.

It is important to signal the NASF-AB as a team composed of professionals historically linked to rehabilitation, such as physiotherapists, speech therapists, occupational therapists, social workers, psychologists, physical educators and others. This represents a great potential to think about territory and community-oriented care strategies for users who need this health care ⁽¹⁵⁾.

It is suggested, therefore, that an expansion of the coverage of NASF teams and Family Health Units, guided by the epidemiological and social profile of the districts and neighborhoods, as well as the establishment of flows for the referral and reception of these users associated with the training and training of these professionals, can cover the growing demands of users with sequelae after the infection and recovery of COVID-19.

Primary care has a resolution capacity of 80% of the population's health problems, as long as it is well structured and organized, having the Family Health Strategy as a priority strategy for reorientation of the SUS care model. This strategy presents in its structure health practices oriented by the territory and the health needs of the attached population, having the possibility of articulating strategies with other services that make up the network ⁽¹⁶⁾.

Using the potential already installed and expanding the coverage of family health units is a way to qualify care and expand access to the health services that the population needs, close to home and with tools of low technological density. The adoption of this posture allows a better oriented referral, better use of resources and consequent resolution of demands ⁽¹⁷⁾.

CONCLUSION

It is evident, therefore, that it is possible to say that the neighborhoods with the highest prevalence of confirmed cases are also those with the highest medians of recovered cases and the neighborhoods with the fewest confirmed cases are also those with the lowest medians of recovered cases. In view of this, it is suggested to use the data for strategies aimed at planning and decision-

making aimed at prevention and health promotion measures, through a vaccination and health education campaign, more engaged in the neighborhoods with the highest number of confirmed cases and recovered cases.

It is expected that regions with a high prevalence of recovered cases will require more professionals working in health rehabilitation, after all the coronavirus can impact on local disabilities and disparities in health. This requires more rehabilitation centers for places with potential users of the Unified Health System.

CONFLITO DE INTERESSE

There are no conflicts of interest between the authors of the article entitled "Incidence of COVID-19 in the neighborhoods of Salvador as a guide for rehabilitation: a descriptive study" submitted for consideration in the Brazilian Journal of Functional Health.

REFERENCES

1. Ciotti M, Angeletti S, Minieri M, Giovannetti M, Benvenuto D, Pascarella S et al. COVID-19 Outbreak: An Overview. *Chemotherapy*. 2020;64(5-6):215-23. DOI: 10.1159/000507423.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.
3. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed*. 2020;91(1):157-60. DOI: 10.23750/abm.v91i1.9397.
4. Natividade MS, Bernardes K, Pereira M, Miranda SS, Bertoldo J, Teixeira MG et al. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2020;25(9):3385-92. DOI: 10.1590/1413-81232020259.22142020.
5. Pereira ER, Rodrigues BRF, Gomes ES, Franco FS, Silveira LAG, Cremonese M, et al. Importância da fisioterapia frente à pandemia provocada pelo novo Coronavírus. *Braz J Dev*. 2021;7(1):9020-30. DOI: 10.34117/bjdv7n1-612.
6. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2021;44:161-76. DOI: 10.1590/0103-11042020E410.
7. Daniel CR, Baroni MP, Ruaro JA, Fréz AR. Estamos olhando para os indivíduos pós-COVID como deveríamos? *Rev. Pesqui. Fisioter*. 2020;10(4):588-90. DOI:

10.17267/2238-2704rpf.v10i4.3238.

8. Macedo TTS, Silva LSM, Figueredo WN, Cardoso GMP, Silva RM, Pimenta RMC. Perfil epidemiológico dos casos de covid-19 em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. baiana saúde pública*. 2021;45(1):76-89. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n1.a3235>
9. Dias RC, Seixas PC. Territorialização de políticas públicas, processo ou abordagem?. *RPER*. 2020;55:47-60. Disponível em: <https://www.review-rper.com/index.php/rper/article/view/9>. Acesso em: 27 set 2022.
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=28674&t=resultados>. Acesso em: 03 jan 2022.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Área territorial brasileira 2020. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 03 jan 2022.
12. Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CAL. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. 1998;1:43. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf. Acesso em: 04 jan 2022.
13. SALVADOR (Bahia). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Salvador: SMS, 2016. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/suis/home/>. Acesso em: 04 jan 2022.
14. SALVADOR (Bahia). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Salvador: SMS, 2021. Disponível em: http://www.cievs.saude.salvador.ba.gov.br/download/boletim-25_2021-sms-cievs-ssa-covid-19/?wpdmdl=3475&refresh=61d486c78b7a41641318087. Acesso em: 04 jan 2022.
15. SALVADOR (Bahia). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021. Salvador, 2018.
16. Moreira DC, Bispo JP Júnior, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saude Publica*. 2021;36(12):1-13. DOI: 10.1590/0102-311X00031420.
17. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saude Publica*. 2018;34(8):1-5. DOI: 10.1590/0102-311X00029818.