

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA UTI NEONATAL: REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Elissandro Oliveira Bento¹

Epitácio Ítalo dos Santos Souza²

Fábio Teixeira Monteiro³

Cesário da Silva Souza⁴

Fisioterapia

RESUMO

A atenção e cuidados à saúde do recém-nascido nos últimos tempos sofreram uma evolução significativa. Em anos recentes, voltou-se o olhar para a importância do período pré-natal e pós-natal. Intervenções neste período visam a melhorar a saúde mental, motora e social desde o começo da vida. A Fisioterapia tem seu papel na identificação e intervenção de quaisquer alterações, buscando minimizar os efeitos deletérios do cuidado intensivo sobre o desenvolvimento motor, sensorial e respiratório, sendo um dos componentes da equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Realizada revisão narrativa de literatura, os critérios de inclusão: artigos publicados em língua portuguesa e publicações que apresentassem a temática de interesse, e publicados entre 2002 a 2017. Excluídos os textos que não foram disponibilizados completos, os textos que apareceram em duplicata; todos com acesso on-line, foram obtidos 27 publicações. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final constituiu em 18 publicações. Os estudos enfatizam que o profissional de fisioterapia, integrante da equipe multidisciplinar, necessita de cada vez mais de aprimoramento e formação especializada para acompanhar o avanço do cuidado intensivo neonatal. Conclui-se que, a formação do fisioterapeuta que atua nas UTIs neonatais é variada, precisa de padronização, não causando dúvida quanto à qualidade da assistência oferecida.

Palavras-chave:

Fisioterapia. Unidade de terapia intensiva neonatal. Recém-nascidos.

ABSTRACT

The care and health care of the newborn in recent times have undergone a significant evolution. In recent years, we have looked at the importance of the prenatal and postnatal period. The interventions in this period aim at improving mental, motor and social health from the beginning of life. Physiotherapy has its role in identifying and intervening any changes, seeking to minimize the deleterious effects of intensive care on motor, sensory and respiratory development, being one of the components of the Neonatal Intensive Care Unit team. A narrative review of the literature was carried out, the inclusion criteria were: articles published in Portuguese language and publications that presented the theme of interest, and published between 2002 and 2017. The texts that were not made complete were excluded, the texts that appeared in duplicate; all with online access, 27 publications were obtained. When applying the inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of 18 publications. The studies emphasize that the physiotherapist, a member of the multidisciplinary team, needs more and more specialized training and improvement to follow the progress of neonatal intensive care. It is concluded that the training of the physiotherapist who works in the neonatal ICUs is varied, needs standardization, and does not cause doubt as to the quality of care offered

Keywords:

Physiotherapy. Neonatal intensive care unit. Newborns.

INTRODUÇÃO

Define-se recém-nascido prematuro, segundo a Organização Mundial da Saúde, como todo bebê que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas completas e ou menos de 259 dias. De acordo com a idade gestacional de nascimento, podem ser categorizados em: prematuros extremos (< 28 semanas), muito prematuros (28 - <32 semanas), e prematuros moderados (32 - < 37 semanas) (KURCGANT, 2005).

A prematuridade é classificada em duas categorias: espontânea, consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas, e prematuridade induzida, eletiva, quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais (RUGOLO, L. M, 2006).

Os casos de prematuridade espontânea, podem ser incluídos os seguintes fatores de risco: gestações múltiplas, infecções, estilo de vida não saudável (fumo, excesso de bebidas alcoólicas, consumo de drogas, excesso de atividade física, dentre outros), histórico familiar, alterações nutricionais, doenças crônicas maternas (hipertensão arterial, anemia, diabetes, asma, dentre outras). Na prematuridade induzida, pode-se incluir hipertensão arterial materna, sofrimento fetal, dentre outras (KURCGANT, 2005).

Estima-se que 15 milhões de recém-nascidos nasçam prematuros a cada ano, 60% deles na África e porção sul da Ásia. O Brasil aparece em 10º lugar entre os 10 países com os maiores índices de nascimento prematuro, além da Índia, China, Nigéria e Estados Unidos, demonstrando que a prematuridade é um problema global (VASCONCELOS et al, 2011).

Os óbitos neonatais representam 36% dos óbitos ocorridos em menores de cinco anos em todo o mundo. O peso do componente neonatal na mortalidade infantil (óbitos em menores de um ano) é, evidentemente, ainda mais expressivo. Mesmo nos países em desenvolvimento, nos quais os fatores de risco para a mortalidade pós neonatal ainda são bastante significativos, a mortalidade neonatal já representa mais de 50% do coeficiente de mortalidade infantil (RADES et al, 2004).

A atenção e cuidados à saúde do recém-nascido nos últimos tempos sofreram uma evolução significativa. Em anos recentes, voltou-se o olhar para a importância do período pré-natal e pós-natal, os quais passaram a ser considerados períodos sensíveis do desenvolvimento. As intervenções neste período visam melhorar a saúde mental, motora e social desde o começo da vida (BRUM; SHERMANN, 2005).

Desta forma, a fase inicial da vida é muito importante para o desenvolvimento da criança, já que é o período de maior plasticidade neuronal e crescimento pulmonar. Assim, os bebês internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais devem ser acompanhados de perto, pela possibilidade de apresentarem problemas nesse período em função de diversas intercorrências que podem se mostrar como fatores de risco, dentre eles o uso de ventilação mecânica (ROCHA, 2006).

A Fisioterapia tem seu papel na identificação e intervenção de quaisquer alterações, buscando minimizar os efeitos deletérios do cuidado intensivo sobre o desenvolvimento motor, sensorial e respiratório, sendo um dos componentes da equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (TECKLIN, 2002).

O conhecimento e o aprimoramento profissional devem acompanhar esse avanço, de forma que a intervenção seja o mais abrangente e específica possível, é fundamental avaliar o perfil da assistência fisioterapêutica oferecida nessas unidades, visto que esta caracterização contribuirá para uma avaliação técnica do fisioterapeuta e melhora do paciente.

Desta forma, o objetivo geral desta pesquisa foi compreender a atuação da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. Os objetivos específicos são analisar a assistência aos neonatos de risco, e os aspectos clínicos dos recém-nascidos prematuros e a termo, e contextualizar o processo de criação das unidades de terapia intensiva destinadas aos recém-nascidos.

MÉTODOS

O desenvolvimento do processo de elaboração da pesquisa, envolveu a definição do problema, delineando o surgimento das unidades de terapia intensiva específica aos neonatos e a inserção da fisioterapia nessas unidades, norteando assim a questão da importância da caracterização dos serviços prestados. E as seguintes etapas foram, estabelecer critérios de inclusão e

exclusão das publicações, seleção dos trechos a serem analisados e extraídos, avaliar para incluí-los na revisão, interpretar e apresentar resultados.

Para o levantamento e seleção dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados computadorizadas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scientia médica e produções literárias referenciais acerca do tema definido utilizando publicações entre 2002 a 2017.

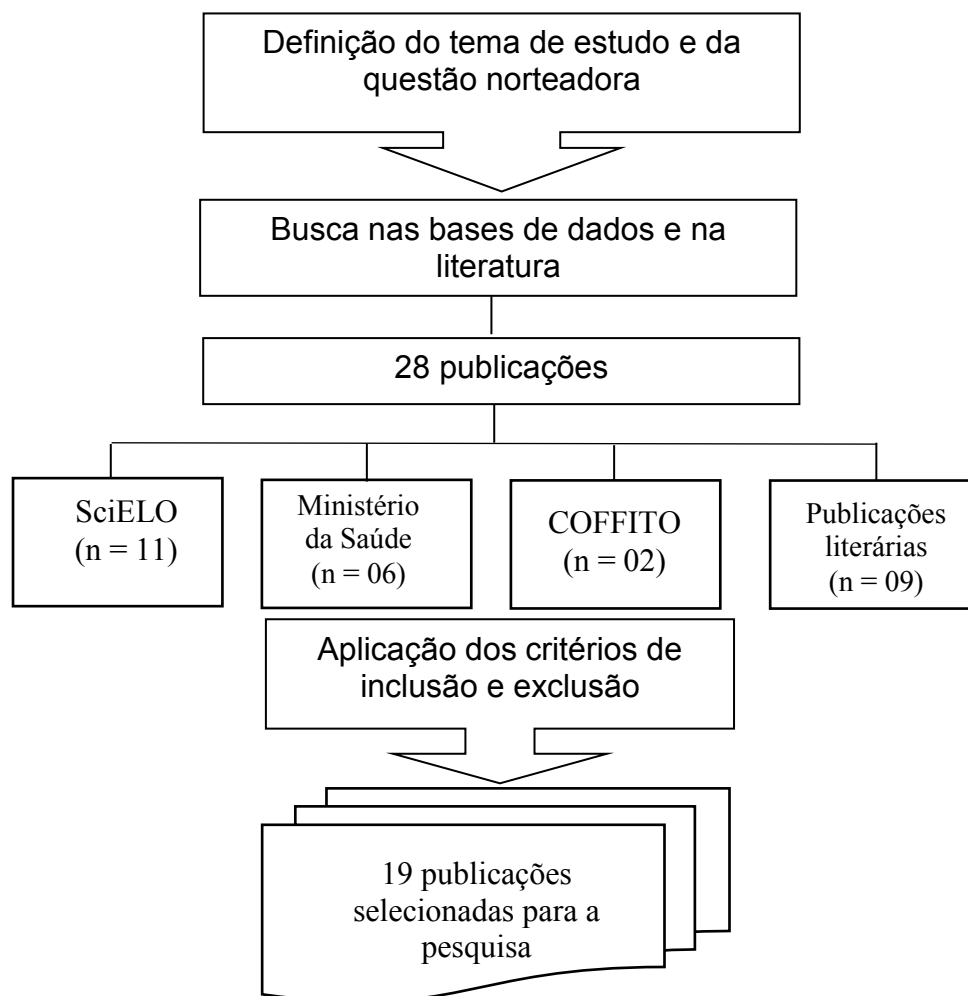
Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em língua portuguesa e publicações que apresentassem a temática de interesse, publicados e indexados no referido banco de dado, nos sites do Ministério da saúde, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) produções literárias que abordassem a associação da neonatalidade e fisioterapia, e que fossem publicados entre 2002 a 2017. Foram excluídos os textos que não foram disponibilizados, os textos incompletos, os textos que apareceram em duplicata.

A estratégia de busca foi realizada e adaptada para as bases de dados com base nos seguintes descritores: “Fisioterapia” ou/e “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” ou/e “Recém-nascidos”.

O período de realização da busca foi no período compreendido entre 04 de julho de 2017 a 28 de setembro de 2017, todos com acesso on-line, foram obtidos 28 publicações. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final dessa pesquisa constituiu em 19 publicações.

A seleção e análise dos artigos foi realizada por dois pesquisadores, onde foram passados por avaliação e verificado sua relevância para a pesquisa. No fluxograma 1 apresentamos a seleção dos artigos incluídos na revisão.

Fluxograma 01: representação da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

RESULTADOS

Dezenove artigos foram selecionados, onde foi realizada a análise dos textos e encontrados três produções literárias, 11 artigos originais e cinco portarias/resoluções que embasaram o desenvolvimento dessa pesquisa.

No Quadro 01 apresenta-se a disposição dos artigos quanto autor, ano, título e fonte de publicação.

QUADRO 01: Disposição dos artigos sobre autor, ano, título e fonte de publicação.

Autor	Ano	Título	Fonte de publicação
TECKLIN, J. S.	2002	Fisioterapia pediátrica	SciELO
BARBOSA, A. P. et al.	2002	Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade.	SciELO
NASCIMENTO, L. F.	2003	Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação.	SciELO
OLIVEIRA, I. C.; RODRIGUES, R. G.	2005	Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia	SciELO
BRUM, E.; SCHERMANN, L.	2005	Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica.	Scientia médica

ROCHA, M.G.	2006	Aspiração Nasotraqueal Profunda Precedida de Manobras Fisioterápicas no Tratamento de Atelectasia de Reabsorção por Rolha de Secreção em Recém-nascidos.	SciELO
RUGOLO, L. M.	2006	Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo.	SciELO
NOZAWA, E. et al.	2008	Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva.	SciELO
CHAVES, A. A.; MASSAROLLO, M. C.	2009	Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva.	SciELO
		Repercussões da	

VASCONCELOS, R.A. et al.	2011	fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal.	SciELO
ARAKAKI, V. S. et al	2017	Mapeamento demográfico e caracterização do perfil de assistência fisioterapêutica oferecida nas unidades de terapia intensiva neonatais do Rio de Janeiro	SciELO

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

QUADRO 02: Produções literárias referenciais dispostas de acordo com o autor, ano de publicação, título e origem.

Autor	Ano de publicação	Título	Origem
KURCGANT, P	2005	Gerenciamento em enfermagem	Publicação Literária
BARBOSA, A.P	2006	Condutas de Urgência em Pediatria	Publicação Literária

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Visualiza-se no Quadro 02 as resoluções e portarias regulamentadoras, ano de publicação as entidades/órgão e suas disposições

QUADRO 03: Resoluções e portarias regulamentadoras, ano de publicação e entidades/órgão e disposições.

Resolução/portaria	Entidade/órgão	Disposições
Resolução n. 80 de 09 de maio de 1987	COFFITO	Define Fisioterapia
Portaria GM/MS n. 3432, 12 de agosto de 1998	Ministério da Saúde	Determina que as unidades de terapia intensiva (UTI) assistência fisioterapêutica em período integral.
Resolução - RDC n. 7, 24 de fevereiro de 2010	Ministério da Saúde	Acrescenta o turno noturno
Resolução n. 402, 03 de agosto de 2011	COFFITO	Concede o título e registro de Especialista profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva
Portaria n. 930, 10 de maio de 2012	Ministério da Saúde	Define as “diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do sistema único de saúde

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

DISCUSSÃO

RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Há muitas diferenças na frequência de nascimentos prematuros de alto risco com indicação de unidade de terapia intensiva neonatal entre os diferentes países e até entre diferentes instituições de uma mesma região. Enquanto nos países mais ricos, a taxa de recém-nascidos de baixo peso ($< 2.500\text{g}$) é em média 9%, nos países de baixa renda, gira em torno de 15% (VASCONCELOS et al, 2011).

Como mostram Barbosa et al. (2002, p. 303): De acordo com o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento (CLAP), este percentual na América Latina e Caribe é da ordem de 9%. No Brasil, está em torno de 11%, no estado do Rio de Janeiro em 9,1% e em alguns municípios do interior de São Paulo em torno de 6,7%.

O baixo peso ao nascer é por si só uma das principais causas de mortalidade infantil. Além disso, o local onde nasceram também é essencial para determinar a taxa de sobrevivência desses recém-nascidos. Há uma distância enorme entre a relação de sobrevivência nos países mais ricos em relação aos mais pobres. Mais de 90% dos prematuros extremos (< 28 semanas de idade gestacional) morrem nos primeiros dias de vida nos países mais carentes, enquanto que em países desenvolvidos, a taxa é menor que 10% (NASCIMENTO, 2003).

RECÉM-NASCIDOS A TERMO OU PÓS TERMO

No ambiente das unidades de terapia intensiva neonatais também admitem bebês que não são recém-nascidos prematuros e que também são considerados como recém-nascidos de risco. Pertencem a este grupo, bebês acometidos por doenças metabólicas (hipoglicemias, hiperbilirrubinemia, erros inatos do metabolismo), neurológicas (malformações, apnéias, asfíxicos, dentre outras), cardiológicas, renais, respiratórias (síndrome de aspiração do mecônio, taquipnéia transitória, pneumonias, bronquiolites, hérnia diafragmática). (BARBOSA, 2006)

Todos os bebês, mesmo que a termo ou pós-termo, quando internados nas unidades de terapia intensiva neonatais, estão vulneráveis e correm riscos. É essencial que esses recém-nascidos também recebam cuidados específicos da equipe de saúde (NASCIMENTO, 2003).

ASSISTÊNCIA AOS NEONATOS DE RISCO

Conforme mostram Oliveira e Rodrigues (2005, p. 499): A Neonatologia teve seu início com o obstetra francês Pierre Budin, que estendeu sua preocupação com os recém-nascidos além das salas de parto. Budin criou um ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris, no ano de 1882. Além disso, Budin foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal.

Segundo Kurcgant (2005), um obstetra de Edimburgo introduziu o tratamento pré-natal e afirmou que doenças maternas tal como a sífilis, tifo, tuberculose e a ingestão de toxinas adversas durante a maternidade afetavam a saúde e o desenvolvimento do feto.

Ao longo dos anos, seguiram-se a criação de diversos centros de saúde, em especial focados na terapia intensiva. Tinham propósitos definidos de oferecer aos recém-nascidos pré-termo cuidados especiais de enfermagem, normas dirigidas à prevenção de infecções e procedimentos mais adequados e rigorosos (BARBOSA, 2006).

Em 1947, foi criado um centro especial na Universidade do Colorado que, além de prestar cuidados aos prematuros, oferecia leitos para mães com gravidez de risco e programas de treinamento para médicos e enfermeiros. A partir da década de 1960, diversos tratados de Neonatologia surgiram, reunindo um grande número de professores e pesquisadores da área, entre eles os professores Harry Gordon, Alexander Schaffer e Mary Ellen Avery. Multiplicou-se o interesse pelo recém-nascido e suas doenças, e diversos médicos e

pesquisadores colaboraram no desenvolvimento ao seu atendimento (BARBOSA, 2006).

O progresso tecnológico e o esclarecimento diagnóstico de várias enfermidades do período neonatal contribuíram, então, com o aparecimento das primeiras Unidades de Tratamento Intensivo voltadas para recém-nascidos. O surgimento e a implementação de ambientes para cuidados neonatais, faz com que a assistência perinatal avance em parceria com as inovações tecnológicas que beneficiam o diagnóstico precoce e, consequentemente, o tratamento do recém-nascido (VASCONCELOS et al, 2011).

No Brasil, a atenção nas unidades de terapia intensiva foi normatizada e regras foram estabelecidas. A Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo e a Resolução-RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. (BRASIL, 1998; BRASIL, 2010)

De acordo com Chaves e Massarollo (2009, p. 32), estas são unidades hospitalares: [...] destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica. Tanto a Portaria quanto a Resolução afirmam ainda que as UTIs que atendem pacientes de 0 a 28 dias de vida são classificadas como UTIs neonatais.

No que refere aos recursos humanos, estas unidades devem contar com médicos diaristas e plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem além de um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração no turno da manhã e da tarde segundo a Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998 e acrescenta-se o turno da noite de acordo com a Resolução-RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. (BRASIL, 1998; BRASIL, 2010).

Mais recentemente a Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012, definiu as “diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do sistema único de saúde”. (BRASIL, 2012, p. 01) A equipe mínima deve também contar com um fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno e um fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, dois anos de experiência profissional comprovada em UTI pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 (seis) horas.

No que se refere à regulamentação profissional própria do fisioterapeuta, a atuação e exercício em UTIs é regulamentada pela Resolução nº 402, de 03 de agosto de 2011, sendo concedido o título e registro de Especialista profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva de acordo com provas e títulos averiguados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2011).

A FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Conforme a Resolução n. 80, de 09 de maio de 1987 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional:

A fisioterapia é uma ciência aplicada cujo objetivo é o estudo do movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades. Busca preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistemas ou funções. Como processo terapêutico, utiliza recursos próprios, considerando as condições físicas, psíquicas e sociais do indivíduo, a fim de promover melhor qualidade de vida (BRASIL, 1987, p. 01).

A portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde, em vigor desde 12 de agosto de 1998, determina que as unidades de terapia intensiva (UTI) de hospitais com nível terciário devem contar com a assistência fisioterapêutica em período integral, por diminuírem as complicações e o período de hospitalização, reduzindo, conseqüentemente, os custos hospitalares (BRASIL, 1998).

A partir daí, os atendimentos de fisioterapia nas unidades de terapia intensiva neonatais tornaram-se mais sistemáticos e basicamente voltados para o recém-nascido prematuro, com ênfase na reabilitação respiratória. Antes dessa determinação, a colocação do profissional ficava a cargo de cada unidade hospitalar, assim como suas funções e carga horária dedicada aos bebês. (RUGOLO, 2006)

Conforme Arakaki et al. (2017, p. 144), ao longo do tempo “as unidades de terapia intensiva neonatais foram modificando seus perfis de assistência e passaram a receber também recém-nascidos com outras necessidades” - não menos importantes, porém nem sempre ligadas à prematuridade. Pode-se citar: recém-nascidos a termo com índices baixos de Apgar (<7) que não se recuperavam no quinto minuto, casos de hipoglicemia, alterações eletrolíticas diversas, malformações, pós-operatórios das mais diversas áreas.

Mais recentemente, a Resolução RDC n. 7 de 24 de fevereiro de 2010, regulamentou os requisitos mínimos para funcionamento de UTIs e determinou que haja no mínimo um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, (BRASIL, 2010) e Acórdão n. 472, de 20 de maio de 2016, dispõe sobre um período de 24 horas diárias de atuação do Fisioterapeuta nas UTINs.

Desta forma, o fisioterapeuta deve prestar uma assistência completa, atuando em diversas áreas, desde o prematuro extremo até o recém-nascido a termo de risco, independentemente da doença de base que apresente. Sua atividade deve integrar a equipe multiprofissional, otimizando desde a dinâmica respiratória e motora dos recém-nascidos, até a atuação junto à família com orientações adequadas que podem diminuir as reinternações e possíveis sequelas (TECKLIN, 2002).

O profissional de fisioterapia, integrante da equipe multidisciplinar, necessita de cada vez mais de aprimoramento e formação especializada para acompanhar o avanço do cuidado intensivo. Em países desenvolvidos, a função do

fisioterapeuta depende de muitos fatores, incluindo a tradição, o nível do curso de graduação, treinamento e campo de trabalho (NOZAWA et al., 2008, p. 179).

Diferentemente de outras categorias profissionais já historicamente e tradicionalmente estabelecidas no Brasil, a fisioterapia é uma profissão que só foi reconhecida recentemente. Em nosso país, a inserção do fisioterapeuta na UTI começou a ocorrer na década de 1970 e sua afirmação como integrante da equipe de assistência intensiva tem sido progressiva a partir da publicação das legislações já mencionadas anteriormente (NOZAWA et al, 2008).

CONCLUSÃO

Conclui-se que, com o passar dos anos, ocorreu um desenvolvimento técnico-científico e humano da área de neonatologia bastante significativo. Nos dias atuais, as unidades de terapia intensiva neonatais e pediátricas tornaram-se um símbolo da moderna medicina, com inegável impacto na redução da mortalidade. Entretanto, no Brasil ainda faltam investimentos na infraestrutura e, principalmente, na qualidade da assistência prestada por essas unidades, em especial no tocante à fisioterapia.

Embora a aplicação das técnicas fisioterapêuticas se faça por profissionais graduados, o processo educacional e de treinamento em terapia intensiva seja bastante estimulado, as condições reais e as características do trabalho do fisioterapeuta nessa especialidade deve ser desenvolvida, havendo a necessidade de formação específica a neonatologia.

REFERÊNCIAS

- 1 ARAKAKI, V. S. et al. Mapeamento demográfico e caracterização do perfil de assistência fisioterapêutica oferecida nas unidades de terapia intensiva neonatais do Rio de Janeiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 143-148, 2017.

- 2 BARBOSA, A.P. **Condutas de Urgência em Pediatria**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- 3 BARBOSA, A. P. et al. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 303-311, 2002.
- 4 BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução n. 80, de 09 de maio de 1987**. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2838>. Acesso em 2017.
- 5 BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução n. 402, de 03 de agosto de 2011**. Disponível em <http://www.crefito3.org.br/dsn/pdfetica/Res%20Coffito%20402%20-%2003-08-2011-%20Intensiva.pdf>. Acesso em 2017.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3432, de 12 de agosto de 1998**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.htm. Acesso em 2017.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.htm. Acesso em 2017.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC n. 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em 2017.
- 9 BRUM, E.; SCHERMANN, L. Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 60-67, 2005.

- 10 CHAVES, A. A.; MASSAROLLO, M. C. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 30-36, 2009.
- 11 KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 12 NASCIMENTO, L. F. Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 37-42, 2003.
- 13 NOZAWA, E. et al. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 177-182, 2008.
- 14 OLIVEIRA, I. C.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, 2005.
- 15 RADES E, BITTAR RE, ZUGAIB M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**;26(8):655-62, 2004.
- 16 ROCHA, M.G. **Aspiração Nasotraqueal Profunda Precedida de Manobras Fisioterápicas no Tratamento de Atelectasia de Reabsorção por Rolha de Secreção em Recém-nascidos**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.
- 17 RUGOLO, L. M. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. supl.1, p. S101-110, 2006.

18 TECKLIN, J. S. **Fisioterapia pediátrica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

19 VASCONCELOS, R.A. et al. Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.24, n.1, p. 65-73, 2011.

Graduando do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL. Email: elisbento@gmail.com

² Graduando do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL. Email: italofisio92@gmail.com

³ Dr. em Reabilitação e Desempenho Funcional pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP, FMRP/USP. Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. Email: Cesário.filho@gmail.com

⁴ Esp. em Gerontologia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, UNCISAL. Professor Prática Clínica Supervisionada I na Disciplina de Estágio Supervisionado em Fisioterapia na Saúde Coletiva do Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL. Email: fabiot.monteiro@gmail.com

REVISTA PARA SUBMISSÃO: CADERNO DE GRADUAÇÃO - CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – UNIT

O Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais é um periódico científico que pretende fomentar a discussão, debate e reflexão de temas vinculados às áreas científicas, que englobam as Humanas e Sociais. Abonaremos em especial trabalhos acadêmicos e científicos que apresentarem resultados vinculados às pesquisas, revisões da literatura de pesquisa e reflexões críticas sobre experiências realizadas nas diferentes áreas das Ciências Humanas e Sociais. O Caderno de Graduação está disponível para o corpo discente e docente, assim como colaboradores nacionais, com base em um conselho editorial variado, distribuído entre pesquisadores das várias áreas e, de instituições das regiões e do País.

Diretrizes para Autores

NORMAS DE SUBMISSÃO

A apreciação de diferentes modalidades de texto com vistas à publicação nos Cadernos de Graduação fica condicionada aos seguintes critérios:

- a) autorização documentada do professor orientador para que o aluno-autor possa submeter o trabalho à apreciação do Conselho Editorial do Caderno de Graduação;
- b) assinatura do termo de responsabilidade pelos alunos, sobre a autenticidade do trabalho submetido a parecer com vistas à publicação;
- c) enquadramento do trabalho que será submetido à publicação em relação às normas que seguem abaixo.

Os trabalhos devem ser redigidos em português e corresponder a uma das seguintes categorias e volume de texto.

Modalidades de texto	Nº de palavras
Artigos: tornam pública parte de um trabalho de pesquisa, produzida segundo referencial teórico e metodologia científica.	de três mil a sete mil palavras

Comunicações temáticas: textos relativos a comunicações em eventos temáticos	até duas mil palavras
Revisão de literatura: revisão retrospectiva de literatura já publicada	até cinco mil palavras
Resenhas: apresentação e análise crítica de obras publicadas	até mil palavras
Documentos históricos: resgate, recuperação, reprodução e edição crítica de textos de valor histórico.	até cinco mil palavras
Relatos de pesquisa: relato parcial ou total de pesquisa	até quatro mil palavras
Conferências, debates e entrevistas	de três mil a cinco mil palavras

O texto proposto deverá ser enviado pelo(s) autor (es) para o endereço: <http://periodicos.set.edu.br>; com a finalidade de apreciação do Conselheiro Editorial do Caderno de Graduação. Após a avaliação, o Conselheiro Editorial emitirá parecer técnico (Registro de Aceite de Trabalho Científico) pontuando por escrito as alterações necessárias (se houver), definindo prazo para que estas sejam realizadas (se for o caso). O atendimento integral ao que é descrito no parecer técnico é condição para submissão à nova apreciação do trabalho, respeitando as datas informadas pelo Conselheiro Editorial.

OBS.: Informamos que não aceitaremos artigos de outras instituições e nem artigos onde não configure entre os autores professores e alunos da Universidade Tiradentes.

NORMAS PARA FORMATAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho deverá ser digitado exclusivamente em fonte Arial, tamanho 12, em espaçamento 1,5 entrelinhas, em parágrafo justificado, inclusive quando se tratar de elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas), na digitação de legenda e na indicação de fontes referenciais. A marca de parágrafo deverá contemplar apenas com um espaço vertical de <enter> entre os parágrafos, sem nenhum espaço horizontal entre a margem esquerda e a primeira palavra do parágrafo.

Exemplo:

Maslow defende as primeiras necessidades como as fisiológicas e as de segurança (GADE, 1998). Após a realização das mesmas, surgem as necessidades de afeto e as de status e, assim que satisfeitas, o indivíduo chegaria ao seu último nível, o da autorrealização. Segundo Gade (1998), as necessidades fisiológicas são as básicas para sobrevivência, como alimentação, água, sono, entre outras, e é a partir delas que o indivíduo passa a se preocupar com o nível seguinte. [...]

Os elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas) e quaisquer outros elementos não textuais terão sua reprodutibilidade garantida na publicação após avaliação e orientação do núcleo técnico de edição. Além disso, imagens (fotografia, infográficos, imagem eletrônica a partir de escaneamento, fotografias de amostras microscópicas) deverão/poderão ser apresentadas em cor; ressalta-se, entretanto, que no suporte impresso não há publicação em cor; somente no suporte web. Assim, os elementos não textuais do trabalho terão que ser produzidos considerando que na versão impressa as cores serão alteradas para escalas de cinza e/ou texturas. A posição do título e da fonte dos elementos não textuais deverá ser padronizada conforme exemplos abaixo. Recomenda-se atenção para inclusão de fotografias e/ou imagens, uma vez que as mesmas só podem ser publicadas com autorização da utilização da imagem.

TABELA (ABERTA): Título em fonte 12, em negrito, na mesma linha, espaçamento simples nas entrelinhas.

QUADRO (FECHADO): Título em fonte 12, em negrito, na mesma linha, espaçamento simples nas entrelinhas.

Fonte: (tamanho 12) tudo em negrito

Para fotos/desenhos ou quaisquer outros recursos não textuais que não sejam tabela, quadro e gráfico: nomear o tipo de recurso, numerando-o também com 1, 2 (sequencial), com os mesmos critérios indicados para tabela e quadro.

Qualquer que seja o trabalho proposto, o título deve vir em caixa alta e negrito justificado à esquerda. Citar apenas o nome e sobrenome do autor e coautores, seguido do nome do curso, com a indicação de até oito autores, e considera-se como autor principal o primeiro a constar na relação. Para o caso do artigo científico, utilizar resumo na língua vernácula e traduzido para o idioma inglês, entre 150 e 200 palavras, ambos seguidos de palavras chave nos idiomas que as precedem, respeitando-se os limites mínimo e máximo do número de palavras. As palavras-chave devem ser grafadas em espaço simples e sem negrito; apenas a primeira palavra com inicial maiúscula, as demais em minúsculas, a não ser em nomes próprios, separados por vírgula e com ponto final. Se aceita até cinco palavras-chave, postadas na linha seguinte após o término de cada resumo.

No texto do artigo, utilizar texto sem a quebra de página, observando: Introdução (maiúsculas e negrito); seções de divisão primária (maiúsculas e negrito); seções de divisão secundária (maiúsculas sem negrito); Seções de divisão terciária (em negrito, com maiúscula apenas na primeira letra do título da seção, à exceção de nomes próprios) e conclusões (maiúsculas e negrito). Logo em seguida, apresentar o item: sobre o trabalho (maiúsculas e negrito) em que deve ser contextualizada a produção do trabalho no âmbito da academia (origem do trabalho, bolsa, financiamento, parcerias), indicando apenas um e-mail para contato. Quando for o caso, informar o nome completo do orientador do trabalho, bem como titulação e e-mail, até o máximo de 100 palavras.

Finalizar o trabalho com a indicação das referências e quando for o caso, acrescentar apêndice(s) (matérias de própria autoria) e anexo(s) (materiais de autoria de terceiros). Na numeração das seções, usar números arábicos, deixando apenas um espaço de caractere entre o número final da seção e a primeira palavra que nomeia a seção. Não há nem ponto nem traço entre o número e a primeira palavra.

Os textos enviados em Língua Portuguesa devem estar escritos conforme o Novo Acordo Ortográfico que passou a vigorar em janeiro de 2009.

NORMAS ABNT

ABNT. NBR 6022: informação e documentação – artigo em publicação periódica científica impressa – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ABNT. NBR 6023: informação e documentação (referências – Elaboração)

ABNT. NBR 6028: resumos. Rio de Janeiro, 1990.

ABNT. NBR 14724: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002. (informações pré-textuais, informações textuais e informações pós-textuais)

ABNT. NBR 10520: informações e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.