



VOLUME 1 - 2019

PESQUISA EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO

ERICA FEIO CARNEIRO NUNES
RENATO DA COSTA TEIXEIRA
(ORGANIZADORES)



Universidade
do Estado do Pará



Reitor

Vice-Reitor

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Pró-Reitora de Graduação

Pró-Reitora de Extensão

Pró-Reitor de Gestão e Planejamento



Coordenador e Editor-Chefe

Conselho Editorial

Universidade do Estado do Pará

Rubens Cardoso da Silva

Clay Anderson Nunes Chagas

Renato da Costa Teixeira

Ana da Conceição Oliveira

Alba Lúcia Ribeiro Raithy Pereira

Carlos José Capela Bispo

Editora da Universidade do Estado do Pará

Nilson Bezerra Neto

Francisca Regina Oliveira Carneiro

Hebe Morganne Campos Ribeiro

Joelma Cristina Parente Monteiro Alencar

Josebel Akel Fares

José Alberto Silva de Sá

Juarez Antônio Simões Quaresma

Lia Braga Vieira

Maria das Graças da Silva

Maria do Perpétuo Socorro Cardoso da Silva

Marília Brasil Xavier

Núbia Suely Silva Santos

Renato da Costa Teixeira (Presidente)

Robson José de Souza Domingues

Pedro Franco de Sá

Tânia Regina Lobato dos Santos

Valéria Marques Ferreira Normando

PESQUISA
EM SAÚDE:
EXPERIÊNCIAS
DO CENTRO DE
SAÚDE ESCOLA
DO MARCO



Realização
Universidade do Estado do Pará - UEPA
Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA



Normalização e Revisão

Marco Antônio da Costa Camelo

Capa

Antonio Carvalho

Apoio Técnico

Arlene Sales Duarte Caldeira

Diagramação

Odivaldo Teixeira Lopes

Bruna Toscano Gibson

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UEPA / SIBIUEPA

Pesquisa em saúde: experiências do Centro de Saúde Escola do Marco, V.1 /
Organização de Carneiro Nunes, Erica Feio; Renato da Costa Teixeira. –
Belém: EDUEPA, 2019.

242p. : il.

Inclui referências

ISBN 978-85-8458-040-8

1. Educação em Saúde – Belém/Pa. 2. Fisioterapia. 3. Terapia Ocupacional.
I. Nunes, Érica Feio Carneiro, Org. II. Teixeira, Renato da Costa, Org.

CDD CDD 22.ed. 614.098111

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8

Ficha Catalográfica: Rita Almeida CRB-2/1086



SUMÁRIO

ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO EM BELÉM DO PARÁ ATRAVÉS DO ÍNDICE DE KATZ E DA ESCALA DE LAWTON.....	12
THAÍS SUELLEN RAMOS ALLEN RONALDO TENÓRIO NOVAIS JÚNIOR LUIZ SABAA SRUR MORAIS	
INFLUÊNCIA DE UM PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR NA CAPACIDADE FUNCIONAL E NA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA DE PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	24
LEONARDO AUGUSTO ALVES DE SOUZA, ÁPIO RICARDO NAZARETH DIAS, VALÉRIA MARQUES FERREIRA NORMANDO, ALICIANE CARDOSO VASCONCELOS MARINHO, VICTOR AUGUSTO CAVALEIRO CORREA, EMILY FARIAS MAIA, TARCIANA MARTINS DA SILVA VENTURA, BIANCA CAROLINE SILVA DA CUNHA, LUIZ FÁBIO MAGNO FALCÃO	
AVALIAÇÃO DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA	35
THAYS DE PAULA BARBOSA MACHADO BÁRBARA SOUZA DA COSTA LORENA CRISTINA DA SILVA PAIVA TALYSSA BIA SANTOS E SANTOS KAYONNE CAMPOS BITTENCOURT VIVIAN SUSSUARANA QUEIROZ MELO CARINA ALVES COSTA BRENO CALDAS RIBEIRO RODRIGO SANTIAGO BARBOSA ROCHA LUIZ FÁBIO MAGNO FALCÃO	
PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 5 A 16 ANOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO(CSE/UEPA) NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA.....	44
DIANA M.C. R. N. MAIA	
SABERES E PRÁTICAS DAS MÃES TRABALHADORAS SOBRE OS SEUS DIREITOS DURANTE O ALEITAMENTO MATERNO: E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS.....	50
VIVIAN KEYZE REIS DE SOUSA SAMANTHA PEREIRA CALDAS KAREN DAYANA PEREIRA PEIXOTO LIGIA THAIS SILVA FAVACHO IVONETE VIEIRA PEREIRA PEIXOTO	

SABERES E PRÁTICAS DAS MÃES SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DURANTE O ALEITAMENTO MATERNO.....61

VIVIAN KEYZE REIS DE SOUSA
SAMANTHA PEREIRA CALDAS
OSVALDO DA SILVA PEIXOTO
MÔNICA CUSTÓDIA DO COUTO ABREU PLAMPLONA
MARUCIA FERNANDES VERÇOSA
HILMA SOLANGE LOPES DE SOUZA
IVONETE VIEIRA PEREIRA PEIXOTO

O TERAPEUTA OCUPACIONAL E O AUTOCUIDADO EM IDOSOS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ.....78

ALYCIA MARIA DA SILVA COSTA
JACKLINE LAIANE DA SILVA PINHEIRO
MICHELLE VIEIRA DE FREITAS
ENISE CÁSSIA ABDO NAJJAR

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO GRUPAL DE TERAPIA OCUPACIONAL NA DOR, NO DESEMPENHO OCUPACIONAL E NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM LOMBALGIA.....95

ADRIANA KAORI SASAKI
JAQUELINE DOS SANTOS RODRIGUES
JOUBERT MARINHO DA SILVA BENTES
ENISE CÁSSIA ABDO NAJJAR

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM VITILIGO ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE DERMATOLOGIA EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO PAÍS.....119

BRUNA MENDES DE FREITAS
GABRIELLA MARTINS GALVÃO
MARIANE CORDEIRO ALVES FRANCO

OS EFEITOS DA ROUPA BIOCINÉTICA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL.....126

SIMONE GUIMARÃES DE OLIVEIRA
THAMIRES DA FONSECA DE SOUZA SARRAFF
RAFAEL LUIZ MORAIS DA SILVA
ANA IRENE ALVES DE OLIVEIRA

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DAS MÃES QUE FREQUENTAM O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO: ASPECTOS GERAIS, PRÁTICA E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....138

LÚIS HENRIQUE ALMEIDA RODRIGUES
GILBERTO EMANOEL REIS VOGADO FILHO
KLEBER PINTO LADISLAU
MATHEUS MURICY THESING
GLAUCE LILIA ALVES RODRIGUES

TERAPIA OCUPACIONAL NA FASE II DA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA MUDANÇA DE ROTINA E HÁBITOS	148
KAROLINE VITÓRIA SILVA RODRIGUES SÔNIA CLÁUDIA ALMEIDA PINTO	
A VOZ DOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE ENSINO E ASSISTÊNCIA EM FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – UEAFTO.....	160
RENATO DA COSTA TEIXEIRA ERICA FEIO CARNEIRO NUNES FERNANDA JARDIM DA SILVA ELLEN DO SOCORRO DA CRUZ MARIA	
O SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE TRIAGEM NEONATAL NO PARÁ: A EXPERIÊNCIA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO.....	175
ANA LÚCIA DA SILVA FERREIRA CLAUDIA DOS SANTOS OZELA JOÃO VICTOR MOURA ROSA ILMA PASTANA FERREIRA	
CLEARANCE MUCOCILIAR DIANTE DE UMA PROPOSTA TERAPÊUTICA EM BRONQUIECTASIA.....	187
DAYSI DA CRUZ TOBELEM CLEIDIANE DA SILVA ANDRADE WILLIAM RAFAEL ALMEIDA MORAES PABLO FABIANO MOURA DAS NEVES LUIZ FABIO MAGNO FALCÃO VALÉRIA MARQUES FERREIRA NORMANDO	
A SEXUALIDADE COMO UMA DIMENSÃO DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM LESÃO MEDULAR.....	197
MARTA CAROLINE ARAÚJO DA PAIXÃO ANA CRISTINA VIDIGAL SOEIRO DAYANA PRAZERES DOS SANTOS GRAZIELA FERREIRA GOMES	
A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA TRANSEXUALIDADE.....	206
VITÓRIA MARIA DE SOUZA LEITE RENAN MAUÉS DOS SANTOS LARISSA DE CÁSSIA SILVA RODRIGUES ERICA FEIO CARNEIRO NUNES	
DIREITOS HUMANOS E IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO FRENTE À ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA.....	212
ANA LETÍCIA CARDOSO PINTO CHRISTIAN PACHECO DE ALMEIDA THAMIRES FERREIRA CORREA THAISA PAES DE CARVALHO VALÉRIA MARQUES FERREIRA NORMANDO LUCIANE LOBATO SOBRAL	

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE HANSENÍASE EM UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA EM BELÉM, PARÁ, NO ANO DE 2017.....223

DARCIANE COELHO CORDOVIL
MANOEL SAMUEL DA CRUZ NETO
ANDRÉ LUIS DE CASTRO
GIOVANNI ALMEIDA MARQUES
EUZÉBIO DE OLIVEIRA
LUCIANE SHIRLEY SILVA LISBOA

ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM REABILITAÇÃO INFANTIL: RELATO DE EXPERIENCIA DA EQUIPE DA UNIDADE DE ENSINO E ASSISTÊNCIA EM FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (UEAFTO)/ CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) II DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ.....234

MARIA DE FÁTIMA GÓES DA COSTA
DÉBORA GONÇALVES DA SILVA SARMANHO
TATIANA PRADINES MAROJA
MARCELLO PACHECO DE ALMEIDA SEIFFERT
TATIANE OLIVEIRA NASCIMENTO
GIOVANA CHAGAS SIQUEIRA
CAROLINA FERNANDES SENNA ALVES

Apresentação

Na sociedade atual, a ciência deve aliar-se ao dia a dia do fazer saúde, uma vez que a pesquisa é a base da inovação, entendendo inovação como exploração exitosa de novas ideias. Nesse sentido, inovar pode ser reinventar o que já foi inventado para aprimorar.

A pesquisa acadêmica permite a criação de espaços de troca de saberes, de reflexão e crítica, o que contribui para o constante aperfeiçoamento dos cuidados em saúde. Portanto, fomentar a pesquisa nos serviços de saúde é necessário tanto para a comunidade acadêmica quanto para aprimorar o atendimento em saúde, tornando-o mais humano e com melhor qualidade.

Este ebook traz uma coletânea de 20 estudos realizados na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO) e no Centro de Saúde Escola do Marco (CSE), ambos pertencentes ao complexo assistencial da UEPA. O livro contou com a parceria de vários professores, acadêmicos e profissionais da saúde do CSE.

Este volume pretende ser o início de uma série de outros que visam divulgar o ensino, a pesquisa e extensão em prol do conhecimento e da assistência.

Convidamos não somente o leitor a conhecer o que tem sido produzido dentro dos muros da Universidade do Estado do Pará e de suas unidades assistenciais, como também àqueles que são docentes ou técnicos em saúde a produzirem mais conhecimentos.

Erica Feio Carneiro Nunes e Renato da Costa Teixeira

Prefácio

O Centro de Saúde Escola do Marco, localizado na cidade de Belém, capital do estado do Pará, é uma unidade estadual de atenção à saúde, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde (SESPA), e ligada ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do estado do Pará (UEPA) e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Possui características organizacionais de policlínica, onde são desenvolvidos serviços de saúde em vários níveis de complexidade, desde a Atenção Primária à especialidades, bem como também possibilita a docentes, discentes, técnicos, residentes, pacientes e funcionários, experiências contínuas, que serão assimiladas como “vivência”.

Em combinação com o serviço, há atuação de equipe multiprofissional que está habilitada a atuar na assistência e ensino na qual o tripé metodológico (ensino, pesquisa e extensão), da Universidade é observado, bem como os princípios e diretrizes da educação em saúde. Esse sistema multiprofissional proporciona a existência de projetos de graduação e pós-graduação. A proposta da elaboração deste livro visa descrever pesquisas, projetos e casos com o intuito de informar e atualizar leitores, contribuindo também para o registro histórico desses serviços.

O CSE¹ do Marco iniciou suas atividades em 1998, vinculado ao CCBS/UEPA e SESPA. Uma das estratégias das políticas de saúde do Brasil foi a implantação do processo de “municipalização”, em que as unidades de saúde, passaram para a estrutura municipal, representados pela Secretaria Municipal de Saúde (SESMA). Em Belém, a unidade do Marco permaneceu na SESPA (assistência) em parceria com a UEPA (ensino), sob a direção do CCBS. O CSE concentra-se no atendimento da população de um dos bairros mais populosos de Belém, o Marco. Nos últimos anos, por movimento de ajustes na gestão, os serviços foram ampliados tanto na assistência quanto no ensino.

¹ Centro de Saúde Escola.

A proposta desse livro já é fruto dessa estratégia. Apresentar projetos e casos que despertaram a curiosidade dos envolvidos e a reflexão necessária para transformá-los de uma experiência empírica em novo conhecimento.

Um livro é o principal referencial que nos dá conteúdo informacional, visando gerar aprendizado. Desafiamos você leitor a vivenciar essa nossa experiência, lendo-o.

Prof^a. Dr^a. Vera Regina da Cunha Menezes Palácios
Diretora do CCBS - UEPA

ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO EM BELÉM DO PARÁ ATRAVÉS DO ÍNDICE DE KATZ E DA ESCALA DE LAWTON

THAÍS SUELLEN RAMOS ALLEN
RONALDO TENÓRIO NOVAIS JÚNIOR
LUIZ SABAA SRUR MORAIS

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.12-23

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento caracteriza-se como um processo fisiológico, acompanhado por mudanças físicas, psicológicas e sociais (GOMERCINDO, 2012). Entretanto, o aumento da idade predispõe ao surgimento de fatores de risco e de doenças crônico-degenerativas, deficiências e outras comorbidades que podem afetar o grau de dependência do idoso, dificultar a realização de atividades de vida diária e prejudicar sua qualidade de vida (DRUMMOND, 2013; PEREIRA et al, 2012; GUIMARÃES et al, 2004). Em países em desenvolvimento, tais como o Brasil, classifica-se como idoso aquele indivíduo de 60 anos ou mais (BRASIL, 2007).

Diante disso, é importante encarar o envelhecimento populacional como um desafio de saúde pública e a capacidade funcional surge como um instrumento de avaliação da saúde, sendo definida como a habilidade física e mental em manter o autocuidado, de forma a preservar a autonomia e a independência na realização de atividades cotidianas (PEREIRA et al, 2017; PELEGRIN et al, 2008). O envelhecimento ativo pressupõe a independência funcional como o principal marcador de saúde; por isso, instrumentos que identifiquem as perdas funcionais e cognitivas do dia a dia, que atuam como fatores de risco para o comprometimento da capacidade funcional, são de extrema importância (LIMA et al, 2016; RAMOS, 2003).

Entre os indicadores para a avaliação, destaca-se a capacidade de executar atividades de vida diária (AVD), composta pela avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD), constituídas por comportamentos de autocuidado, e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), constituídas por atividades relacionadas à autonomia e participação social (DE OLIVEIRA, 2012; LOPES, 2015). A avaliação da capacidade funcional dos idosos permite conhecer o seu perfil quanto à funcionalidade a fim de promover ações que diminuam as incapacidades inerentes do envelhecimento (FAUSTINO, 2014).

OBJETIVOS

Objetivo Principal

1. Avaliar a capacidade funcional dos idosos atendidos no Centro de Saúde Escola do Marco (CSE Marco).

Objetivos Específicos

1. Identificar o perfil sociodemográfico e os hábitos de vida mais comuns entre os idosos atendidos no CSE Marco.
2. Correlacionar o número de comorbidades e a polifarmácia às capacidades funcionais dos idosos atendidos no CSE Marco.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no CSE Marco, no período de outubro e novembro de 2017 por meio de um estudo analítico e transversal. Foram incluídos na pesquisa todos os idosos (idade superior ou igual a 60 anos) atendidos no CSE Marco que estiveram esperando o atendimento no momento da coleta de dados e que aceitarem participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado pelos pesquisadores. O projeto de pesquisa esteve em concordância com o Código de Nuremberg e com a Declaração de Helsinki e

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPA (Universidade do Estado do Pará), campus II – CCBS, e pelo Centro de Saúde Escola do Marco (CSE Marco).

A amostra da pesquisa foi de 75 idosos e foi estimada pela demanda do posto de saúde a partir das informações fornecidas pela direção do centro (serviço do HIPERDIA e SAÚDE MENTAL), pelas pesquisas anteriores realizadas com esse público e nas literaturas utilizadas para referenciar o trabalho que incluíam idosos de ambos os sexos. Foram incluídos todos os idosos (idade superior ou igual a 60 anos) atendidos no CSE Marco que estavam esperando o atendimento no momento da coleta de dados e que aceitaram participar do pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado pelos pesquisadores. Foram excluídos os idosos que assinaram o TCLE disponibilizado pelos pesquisadores e desistiram de participar da pesquisa por qualquer motivo ou que apresentaram algum tipo de condição de saúde que os incapacitasse de responder às perguntas.

Os dados foram obtidos após a aprovação do CEP através da aplicação de protocolo de pesquisa elaborado com base no índice de Katz e na escala de Lawton, com base no caderno de atenção básica número 19, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) e de um questionário para variáveis independentes, elaborado pelos próprios pesquisadores. O Índice de Katz permitiu atribuir diferentes graus de independência funcional aos sujeitos no desempenho de seis funções: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, mobilizar-se da cama para a cadeira (transferência), ter continência das eliminações e alimentar-se (BRASIL, 2007; DUARTE, 2007). A escala de Lawton avaliou o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilitam que a mesma mantenha uma vida independente, em um total de 9. Entre os dados individuais que foram analisados têm-se: características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, cor da pele, religião, escolaridade, renda, moradia), hábitos de vida (tabagismo, etilismo,

realização de atividades físicas, qualidade do sono), comorbidades associadas e uso de medicamentos. A compilação dos dados coletados e a sistematização das informações ocorreram por meio da análise estatística descritiva e inferencial sendo expostos em gráficos e tabelas, confeccionadas por meio do software Excel XP. Posteriormente, o estudo estatístico dos resultados obtidos foi realizado pelo software Stata 12.0, com aplicação do teste Qui-quadrado para avaliar se houve associação estatística significativa entre polifarmácia e o número de comorbidades com o grau de dependência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados avaliados pelo presente estudo foram feitos pela análise dos questionários de 57 pacientes. Da casuística total, 13 foram excluídos por não concluírem todas as etapas da entrevista e Cinco por desistirem ao final da entrevista em participar do estudo. A idade média foi de 69 anos (DP: 6,12).

A frequência absoluta e relativa das características sociodemográficas dos participantes da pesquisa encontram-se no **quadro 1**.

Quadro 1: Características sociodemográficas dos idosos atendidos no Centro de Saúde Escola do Marco, Belém-Pará, 2017. SM = Salário Mínimo.

Variáveis	Categoria	N (%)
Idade (anos)	Intervalo	60 – 89
	Média	69
	Desvio padrão	6.12
Sexo	Masculino	15 (26.3)
	Feminino	42 (73.7)

Estado civil	Casado/União estável	21 (36.1)
	Solteiro	12 (21.1)
	Viúvo/divorciado	24 (42.1)
Cor da pele	Branco	17 (29.8)
	Negro	12 (21.1)
	Pardo	28 (49.1)
Religião	Católico	32 (56.1)
	Evangélico	19 (33.3)
	Espírita	0 (0.0)
	Nenhuma	5 (8.8)
	Outras	1 (1.8)
Renda	< 2 SM	38 (66.7)
	Entre 2 e 4 SM	15 (26.3)
	≥ 5 SM	4 (7.0)
Moradia	Própria	53 (93.0)
	Alugada	4 (7.0)
Escolaridade	Analfabeto	3 (5.3)
	Fundamental incompleto	35 (61.4)
	Fundamental completo	5 (8.8)
	Médio incompleto	3 (5.3)
	Médio completo	7 (12.3)
	Médio completo	0 (0.0)
	Superior incompleto	4 (7.0)
	Superior completo	4 (7.0)

FONTE: Protocolo de pesquisa.

A frequência absoluta e relativa dos hábitos de vida dos participantes da pesquisa encontram-se no **quadro 2**.

Quadro 2: Hábitos de vida dos idosos atendidos no Centro de Saúde de Escola do Marco, Belém-Pará, 2017.

Variáveis	Categoria	N (%)
Tabagismo	Atual	1 (1.8)
	Ex-tabagista	29 (50.9)
	Nunca fumou	27 (47.3)
Etilismo	Atual	10 (17.5)
	Ex-etilista	23 (40.4)
	Nunca bebeu	24 (42.1)
Atividade física	≥ 3 vezes/semana	19 (33.4)
	< 3 vezes/semana	6 (10.5)
	Não pratica	32 (56.2)
Qualidade do sono	Não reparador	26 (45.6)
	Reparador	31 (54.5)

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Na tabela 01 é exposta a classificação de Katz dos participantes da pesquisa. Na casuística em questão, não tiveram idosos com “Dependência Importante”, por este motivo esta classificação não foi exposta na tabela abaixo.

Tabela 1: Capacidade na realização nas atividades básicas de vida diária, pela classificação de Katz, dos idosos atendidos no Centro de Saúde Escola do Marco, Belém-Pará, 2017.

Classificação de Katz	N (%)
Dependência Parcial	3 (5.26)
Independente	54 (94.74)
Total	57 (100)

FONTE: Protocolo de pesquisa.

A partir da realização do teste Qui-quadrado, verificou-se associação estatisticamente significativa entre polifarmácia e a maior dependência na realização das atividades instrumentais de vida diária (avaliadas pela Escala de Lawton) (Tabela 02).

Tabela 2: Associação entre polifarmácia e a capacidade na realização das atividades instrumentais de vida diária, pela classificação de Lawton, dos idosos atendidos no Centro de Saúde Escola do Marco, Belém-Pará, 2017.

Classificação de Lawton	Quantidade de Medicamentos < 5 ≥ 5	Total
Dependência grave	0 (0%) 3 (5.26%)	3 (5.26%)
Dependência moderada	5 (8.77%) 1 (1.76%)	6 (10.53%)
Dependência leve	11 (19.3%) 12 (21.05%)	23 (40.35%)
Independência	20 (35.09%) 5 (8.77%)	25 (43.86%)
Total	36 (63.16%) 21 (36.84%)	57 (100%)

Chi2 calculado: 11.564
 Chi2 tabelado: 7.815
 p 0.009
 α 0.05

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Entretanto, a partir da realização do teste Qui-quadrado, não houve associação estatisticamente significativa entre o número de comorbidades e a maior dependência na realização das atividades instrumentais de vida diária (avaliadas pela Escala de Lawton) (Tabela 03).

Tabela 3: Associação entre a quantidade de comorbidades em idosos e a capacidade na realização nas atividades instrumentais de vida diária, pela classificação de Lawton, dos idosos atendidos no Centro de Saúde Escola do Marco, Belém-Pará, 2017.

Classificação de Lawton	Quantidade de Comorbidades		Total
	< 5	≥ 5	
Dependência grave	1 (1.76%)	2 (3.51%)	3 (5.27%)
Dependência moderada	2 (3.51%)	4 (7.01%)	6 (10.52%)
Dependência leve	13 (22.81%)	10 (17.54%)	23 (40.35%)
Independência	18 (31.57%)	7 (12.29%)	25 (43.86%)
Total	34 (59.65%)	23 (40.35%)	57 (100%)

Chi2 calculado: 4.267
 Chi2 tabelado: 7.815
 p 0.234
 α 0.05

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Dentre as limitações encontradas ao longo da presente pesquisa encontram-se a não visualização de receitas e prontuários da maioria dos entrevistados para identificação precisa das comorbidades e medicação de uso contínuo, limitando essas informações apenas aos relatos. Como expectativa em contornar esse viés, os pesquisadores exploravam nomes comerciais e genéricos das medicações usadas, bem como lançaram mão de artifício de imagens para o paciente recordar dos medicamentos pelo rótulo da caixa. Também, a pesquisa foi realizada em ambiente de sala de espera do CSE do Marco, podendo ter gerado constrangimento e vergonha por parte dos entrevistados em expor determinadas comorbidades, além de não ser um ambiente propício para

identificação de patologias que exigem investigação mais minuciosa e reservada, como a depressão.

O perfil sociodemográfico obtido na casuística desta pesquisa vai ao encontro dos resultados obtidos em estudos realizados no CSE Marco por Santos e Griep (2013) e outro por Lopes e Santos (2015), em Ananindeua (PA). Nesses três estudos que avaliaram idosos, houve predominância da população feminina e de baixa escolaridade. Em relação à escolaridade, os resultados evidenciam a realidade da Região Norte no quesito acesso à educação, no qual há um grande contingente de pessoas analfabetas ou com baixo grau de instrução (LOPES e SANTOS, 2015) e pode ser demonstrado por esse presente estudo, no qual 61,4% possuem ensino fundamental incompleto.

Em relação à dependência funcional, acredita-se que a dependência leve, segunda mais prevalente neste estudo, seja devida ao aparecimento principalmente das doenças crônicas relatadas pelos pesquisados, podendo estar associadas com outras perdas progressivas do próprio envelhecimento, como observado no estudo de Nakatani et al. (2003), em que foi constatado que a acuidade visual diminuída, e outras comorbidades associadas - como a depressão, o equilíbrio e a mobilidade prejudicados - estão estatisticamente associadas à dependência dos idosos.

O uso de medicamentos geralmente está associado às comorbidades, que podem ser incapacitantes para o idoso, em especial quando há prática de polifarmácia (RAMOS et al, 2016). No estudo em questão, verificou-se associação estatisticamente significativa entre polifarmácia e a maior dependência na realização das atividades instrumentais de vida diária, avaliadas pela Escala de Lawton ($p = 0.009$); entretanto não foi possível estabelecer associação estatisticamente significativa entre o número de comorbidades e a maior dependência na realização das atividades instrumentais de vida diária, avaliadas pelo mesmo protocolo ($p = 0.234$), possivelmente porque o estudo focou em uma análise quantitativa de comorbidades e não na gravidade das mesmas.

Pode-se verificar que nas ABVD houve uma baixa prevalência de dependência (94,74%) e isso pode ser explicado pela natureza das tarefas executadas no Índice de Katz, pois são funções mais elementares, diferindo do perfil de idosos encontrados no sistema de saúde do local pesquisado, que apresentavam perfil mais autônomo. Como as AIVD são consideradas mais complexas em relação às do Índice de Katz, foi possível encontrar maiores alterações pela Escala de Lawton.

CONCLUSÃO

Na avaliação da funcionalidade, constatou-se que a maioria dos idosos foi independente para realização de todas as ABVDs (94,74%) e AIVDs (43,86%), apesar de comprometimento funcional mais evidente para realização das AIVDs. Ainda assim, 40,3% dos idosos pesquisados foram considerados com dependência leve nas AIVD e apenas 5,26% tiveram alguma alteração nas ABVD. Os medicamentos mais utilizados referidos foram anti-hipertensivos, antidiabéticos e AINE's. As principais comorbidades relatadas foram alterações visuais, alterações reumáticas e hipertensão. Foi possível estabelecer relação estatística significativa entre dependência leve e grave entre os idosos que apresentavam polifarmácia, porém não foi possível estabelecer esta mesma relação com os idosos com um maior número de comorbidades.

Com isso, infere-se que a população atendida no CSE Marco é predominantemente independente na realização das atividades de vida diária, sem grandes perdas funcionais. Entretanto, é válido ressaltar que a maioria possui doenças crônicas e outras comorbidades associadas, que podem estar associadas a possíveis perdas funcionais futuras se não tratadas adequadamente.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica - nº 19). Disponível em: dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf. Acesso em: 28/05/2017, às 10:00.
- DE OLIVEIRA, P.H.; MATOS, I.E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p.395-406, jul-set 2012.
- DRUMMOND, A.; ALVES, E.D. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**., Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.727-738, 2013.
- DUARTE, Y.A.O; ANDRADE, C.L.; LEBRAO, M.L. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.
- FAUSTINO, A.M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L.B.A. Capacidade funcional e situações de violência em idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 27; n. 5; p. 392-8, 2014.
- GOMERCINDO, M.C.H.; GARCEZ, E.M.S.; Avaliação da capacidade funcional de idosos de uma comunidade do município de Porto União em Santa Catarina. **Revista de Saúde Pública Santa Cat.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 30- 45, maio/ago. 2012.
- GUIMARÃES, L.H.C.T. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista NEUROCIÊNCIAS**, v.12, n. 3 - JUL/SET, 2004.
- LIMA, B.M.; ARAÚJO, F.A.; SCATTOLIN, F.A.A. et al. Qualidade

de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. **ABCS Health Sci.** v. 41, n.3, p. 168-175, 2016.

- LOPES, G.L.; SANTOS, M.I.P.O.; Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p.71-83, 2015.
- NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 5, n. 1, p. 131-136, 2003.
- PELEGRIN, A. K. A. P.; ARAÚJO, J. A.; COSTA, L. C.; CYRILLO, R. M. Z.; ROSSET, I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivo Ciência & Saúde**. V. 15, n. 4, p. 182-8, out./dez., 2008.
- PEREIRA, G.N. et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 28, n.11, p. 2035-2042; nov, 2012.
- PEREIRA, L.C. et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira Enfermagem [Internet]**. n. 70, v. 1, p.112-8. jan-fev, 2017.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-98, mai.-jun., 2003.
- RAMOS, L.R. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil. **Rev Saúde Pública**. n. 50, supl. 2, p. 1s-9s, 2016.
- SANTOS, M.I.P.O.; GRIEP, R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.753-761, 2013.

INFLUÊNCIA DE UM PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR NA CAPACIDADE FUNCIONAL E NA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA DE PACIENTES NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

LEONARDO AUGUSTO ALVES DE SOUZA,
ÁPIO RICARDO NAZARETH DIAS,
VALÉRIA MARQUES FERREIRA NORMANDO,
ALICIANE CARDOSO VASCONCELOS MARINHO,
VICTOR AUGUSTO CAVALEIRO CORREA,
EMILY FARIAS MAIA,
TARCIANA MARTINS DA SILVA VENTURA,
BIANCA CAROLINE SILVA DA CUNHA,
LUIZ FÁBIO MAGNO FALCÃO

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.24-34

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) nos últimos anos apresentam uma expressiva proporção em relação às causas de morbidade e mortalidade, seja em países desenvolvidos, ou subdesenvolvidos. Segundo OMS, em 2015, elas foram responsáveis por cerca de 17,5 milhões de mortes anualmente à nível mundial, e no Brasil é a principal causa de morte entre adultos acima dos 40 anos. Em 2014, só de revascularização do miocárdio, foram realizadas mais de 22.000 cirurgias (PIEGAS, 2014; RIBEIRO et al., 2015).

Assim, no Brasil, no ano de 2011, foram realizadas cerca de 100 mil cirurgias cardíacas (CC), entre elas, as mais comuns são as de revascularização do miocárdio (RM) e troca valvar (TV), e apesar da CC promover uma melhor sobrevida, trata-se de um procedimento complexo e invasivo que geram repercussões sistêmicas, principalmente quando associados ao longo tempo de internação hospitalar, como a redução da massa muscular periférica e respiratória, levando a intolerância ao exercício físico, bem como dor, dispneia, fadiga e desconforto (MAGALHÃES, 2013, MONTEIRO; MOREIRA, 2015).

Dessa maneira, a reabilitação cardiovascular (RCV) é um instrumento importante na vida de pacientes com DCV. Na última década acumularam-se evidências de que a RCV traz benefícios principalmente o que tange a redução da taxa de mortalidade e morbidade, além de estar associada a uma melhora da qualidade de vida, bem como redução das taxas de re-internação hospitalar (RAUCH et al., 2016; ZANINI, 2016).

OBJETIVO

Avaliar a influência de um protocolo de reabilitação cardiovascular na capacidade funcional e na força muscular respiratória em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado do tipo longitudinal, que atendeu a resolução n°466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade do Estado do Pará (UEPA), sob o parecer den° 2.406.710. A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2017 a maio de 2018, na Unidade Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO). A amostra foi constituída por 10 indivíduos, os quais foram selecionados por conveniência e obedecendo os critérios de inclusão propostos (ter realizado cirurgia cardíaca para RM e/ou TV) e após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Passaram por uma avaliação clínico-funcional que incluía avaliação de sinais vitais e capacidade funcional, mensurada com um teste de caminhada de 6 minutos (TC6M), que consiste em caminhar o mais rápido possível em uma área plana com 30 metros, devidamente demarcados no chão, sob incentivo e orientação verbal do avaliador. Durante o percurso, é mensurada a saturação periférica de oxigênio (SpO₂), frequência cardíaca (FC), dispneia por meio da escala de Borg modificada e a distância percorrida em metros, antes e após a realização do teste, bem como é medida a força muscular respiratória, através da manovacuometria

com o manovacuômetro digital (MVD-300®, Brasil). Segundo as Sociedade Respiratória Europeia (2013), o paciente, na posição sentada e com uso de clipe nasal, realiza entre três e cinco manobras de inspiração e expiração máximas com intervalo de um minuto entre elas, sendo aceitável o maior valor, desde que o valor obtido não seja superior a 20% em relação aos demais. Os valores encontrados na coleta serão confrontados com os valores preditos nas equações de Nedder et al (1999). Onde: PImáx - Mulheres: $y = -0,49(\text{idade}) + 110,4$; Homens: $y = -0,80(\text{idade}) + 155,3$ e PEmáx - Mulheres: $y = -0,61(\text{idade}) + 115,6$; Homens: $y = -0,81(\text{idade}) + 165,3$. Após a avaliação o paciente era encaminhado para o programa de reabilitação cardiovascular, que foi aplicado três vezes por semana, até totalizar 20 sessões. Os usuários eram submetidos a exercícios para membros superiores e inferiores, além do treinamento muscular respiratório com cargas crescentes de 25-30% referente ao valor encontrado na manovacuometria. Os dados foram armazenados no software Excel 2007™ (Microsoft Corporation, Redmond, USA) e analisados no software Bioestat versão 5.3™. O teste de Shapiro-Wilk usado para avaliação da distribuição normal. O teste *t* de Student para amostras pareadas será usado no tratamento das variáveis com distribuição normal. Será adotado nível α de 0.05 para rejeição da hipótese nula.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa a amostra foi composta por 10 indivíduos onde 70% eram do sexo masculino e 30% do sexo feminino. A idade média de $60,53 \pm 14,88$ anos (**tabela 1**), o que vai de encontro com o estudo de BEATTY et al., (2012) que em seu estudo avaliou a capacidade funcional em pacientes pós IAM a apresentou idade média de $62 \pm 9,5$ anos e 83% eram indivíduos do sexo masculino, assim como no estudo de ROSTAGNO et al., (2003) a idade média dos indivíduos avaliados era de $57,9 \pm 9,8$ anos.

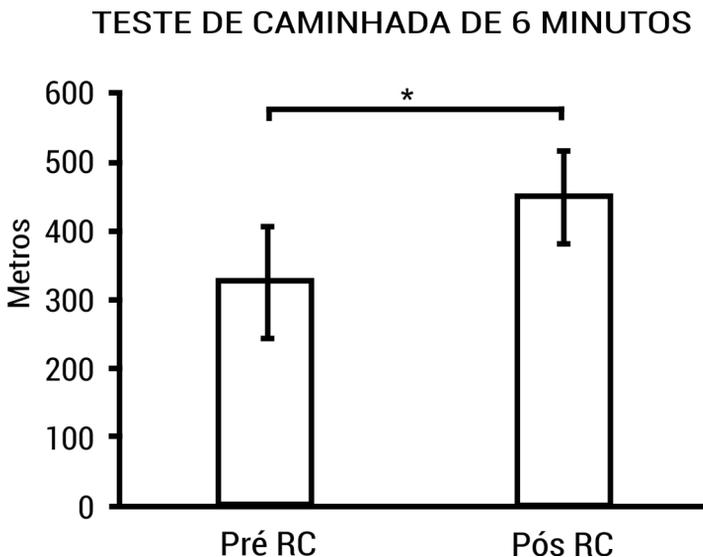
Tabela 1: Dados demográficos

Variáveis	n
Sexo (H/M)	7/3
Idade (anos)	60, 53 ± 14,88
Total	10

H – Homem; M – Mulher

Em relação ao TC6M, valor encontrado antes da aplicação do protocolo foi um média de $324,7 \pm 80,8$ metros e após a aplicação foi de $448,8 \pm 67,11$ metros; $P=0,0001$ (**figura 1**).

Figura 1: Variação média da distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos.

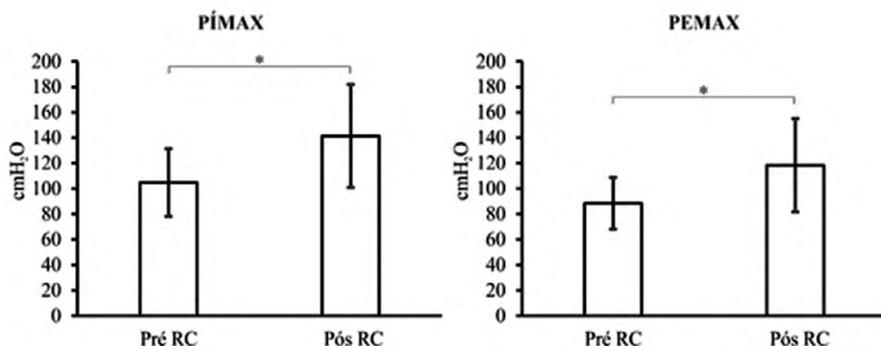


Quando comparadas às FMR, os valores médios de PÍMAX pré aplicação do protocolo foram $104,7 \pm 26,5$ cmH₂O, após a aplicação $141,4 \pm 40,5$ cm H₂O; $P=0,04$. Já a PEMAX antes da aplicação do protocolo foi de $88,5 \pm 20,3$ cm H₂O e após $118,4 \pm 36,5$ cmH₂O; $P=0,004$ (**figura 2**). (**Tabela 2**)

Tabela 2: TC6M e Manovacuômetria

	Pré-Operatório	Pós-Operatório	P valor
TC6M (m)	324,7 ± 80,86	448 ± 67,11	<0,001
PÍMAX (cmH ₂ O)	104,7 ± 26,53	141,4 ± 40,53	0,047
PEMAX(cmH ₂ O)	88,5 ± 20,37	118,4 ± 36,57	0,0046

TC6M – Teste de caminhada de 6 minutos; PÍMAX – Pressão inspiratória máxima/ PEMAX – Pressão expiratória máxima.

Figura 2: Variação média dos valores das pressões respiratórias máximas.

Os dados de presente estudo vão de encontro com BORGES, et al 2016 que valia o efeito do exercício aeróbico na CF e na FMR em pacientes pós angioplastia que, quando comparados aos que realizaram apenas fisioterapia convencional, apresentaram uma redução significativa no grupo da fisioterapia convencional em relação a distância percorrida no TC6M (GI 348m vs GC 292m) P= 0,001. Não houve redução na PIMAX P=0,08 nos dois grupos, porém houve uma redução significativa na PEMAX p=0,004.

Cordeiro et al. (2016) avaliou a influência do TMR na CF em paciente pós cirúrgicos de CC, e viu que houve um aumento

significativo da PIMAX no GI (69.5 ± 14.9 vs. 83.1 ± 19.1 cmH₂O, $P=0.0073$) e na distância percorrida no TC6M (422.4 ± 102.8 vs. 502.4 ± 112.8 m, $P=0.0031$), o que leva a concluir eficácia do TMR na FMR e na CF desses pacientes.

Hermes et al. (2015) também analisou dois grupos de RCV fase II, sendo um com TMR e outro sem e verificou no grupo com TMR uma melhora significativa da PIMAX ($P < 0,001$). E PEMAX ($P < 0,001$), além da melhora nos scores de qualidade de vida ($P > 0,001$), como também Fiorina C et al. (2007), que confrontou a distância percorrida no TC6M de acordo com o valor predito (304 m) e avaliou efeitos de um programa de reabilitação cardíaca nos indivíduos em pós-operatório de CC, verificou que a distância percorrida foi menor em indivíduos que realizaram a CC (299 ± 87 m), quando comparados ao momento imediatamente após o infarto (330 ± 98 m) $p = < 0,001$. Depois o protocolo de TC foi realizado novamente e encontrou-se um aumento significativo na distância 281 ± 90 m para 411 ± 107 m ($p < 0.001$).

Segundo Urell et al. (2016) que avaliou a FMR antes e após 2 meses da realização de Cirurgias cardíacas, em que foram avaliados 36 adultos, com idade média de 67 ± 10 anos, a PÍMAX antes da cirurgia foi de 78 ± 24 cmH₂O, após dois meses da cirurgia 73 ± 22 cmH₂O ($p=0,19$), a PEMAX foi de 122 ± 33 cmH₂O no pré-operatório, e quando visto dois meses após foi de 115 ± 38 cmH₂O ($p= 0,18$). Apesar de haver uma discreta redução nas forças dos músculos respiratórios, estavam dentro dos valores preditos esperados. Juntamente com Stewart (2018) que compara a diferença da distância percorrida no TC6M entre pacientes pós IAM que fizeram apenas o uso medicamentos e os que fizeram a cirurgia de RM nos períodos de 4, 12, 24 2 36 meses após o evento, constatando que não houve aumento significativo na distância percorrida pelos que fizeram apenas o uso de medicamentos, enquanto que, naqueles que fizeram a RM, houve um decréscimo na distância percorrida, porém não houve significância estatística em ambos os grupos.

Mills et al. (2015) que também avaliou idosos, com idade média de 68 ± 3 anos, e comparou a FMR e distância percorrida no TC6M, quando avaliado a PIMAX em relação ao valor de base 82 ± 23 cmH₂O para 97 ± 23 , 100 ± 23 e 103 ± 23 cmH₂O (P =0,001) pós 2, 4 e 8 semanas de TMR respectivamente, mas não houve significância estatística quando comparada a PEMAX 124 ± 43 para 126 ± 38 cmH₂O. Não havendo também diferença significativa estatística comparando a distância percorrida no TC6M.

Com isso Torri (2018) compara eficácia de um programa de RCV domiciliar de seis semanas na prevenção de um segundo evento cardíaco, e mostra uma melhora no perfil lipídico, níveis de triglicérides, aumento do HDL e redução do LDL, além de melhoras na PA e glicose sanguínea, o que são fatores de risco para ocorrência de cardiovasculares, assim como Jelinek et al. (2013) em seu programa de RCV de 6 semanas encontrou uma melhora significativa da distância percorrida no TC6M e Izawa et al. (2016), onde foram mensuradas as forças musculares de indivíduos cardiopatas foi visto que os pacientes que não realizavam RCV, a força PIMAX era diminuída quando comparado com os pacientes que realizavam um RCV.

Por fim Siegmund et al. (2018), que avaliou pacientes na fase II da RCV, viu que os pacientes que tiveram um menor score de capacidade funcional estavam associados a uma maior taxa de re-internação hospitalar quando comparados aqueles com uma maior CF.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados apresentados concluímos que o programa de reabilitação cardiovascular tem influência positiva sobre a capacidade funcional e sobre a força muscular respiratória de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Porém esta pesquisa ainda está em andamento. Assim, será dada continuidade ao estudo para que haja um aumento no tamanho da amostra.

REFERÊNCIAS

- BEATTY, Alexis L.; SCHILLER, Nelson B.; WHOOLEY, Mary A. Six-minute walk test as a prognostic tool in stable coronary heart disease: data from the heart and soul study. **Archives of internal medicine**, v. 172, n. 14, p. 1096-1102, 2012.
- BORGES, Daniel L. et al. Effects of Aerobic Exercise Applied Early After Coronary Artery Bypass Grafting on Pulmonary Function, Respiratory Muscle Strength, and Functional Capacity: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 13, n. 9, p. 946-951, 2016.
- CORDEIRO, André Luiz Lisboa et al. Inspiratory muscle training and functional capacity in patients undergoing cardiac surgery. **Brazilian journal of cardiovascular surgery**, v. 31, n. 2, p. 140-144, 2016.
- FIORINA, Claudia et al. The 6-min walking test early after cardiac surgery. Reference values and the effects of rehabilitation programme. **European Journal of Cardio-thoracic Surgery**, v. 32, n. 5, p. 724-729, 2007.
- HERMES, Bárbara Maria et al. Short-term inspiratory muscle training potentiates the benefits of aerobic and resistance training in patients undergoing CABG in phase II cardiac rehabilitation program. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 30, n. 4, p. 474-481, 2015.
- HOLLAND A. E.; et al. An official European Respiratory Society/ American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. **The European Respiratory Journal**. v.44, p.1428-1446, 2014
- IZAWA, Kazuhiro P. et al. Respiratory muscle strength in relation to sarcopenia in elderly cardiac patients. **Aging clinical and experimental research**, v. 28, n. 6, p. 1143-1148, 2016.
- JELINEK, Herbert F. et al. Cardiac rehabilitation outcomes following a 6-week program of PCI and CABG Patients. **Frontiers in physiology**, v. 4, p. 302, 2013.

- MAGALHÃES, S. et al. Avaliação da capacidade funcional após programa de reabilitação cardíaca- efeitos a longo prazo. **Revista da sociedade portuguesa de medicina física e de reabilitação**, Portugal, v. 24, n. 2, p. 18-24, 2013.
- MILLS, Dean E. et al. The effects of inspiratory muscle training in older adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 47, n. 4, p. 691-697, 2015.
- MONTEIRO G. M.; MOREIRA D. M. Mortalidade em Cirurgias Cardíacas em Hospital Terciário do Sul do Brasil. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v.28, n.3, p.200-205, 2015.
- NEDER J A.; et al. Reference values for lung function test I. Static Volumes. **Brazilian Journal Medical Biological Research**. v. 32 n. 6, p. 703-17, 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Doenças Cardiovasculares. Disponível em:http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&task=display&id=218&itemid=232. Acesso em: 06 abr.2017
- PIEGAS, Leopoldo S.; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.; HADDAD, Nagib. Myocardial revascularization surgery (MRS): results from national health system (SUS). **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 93, n. 5, p. 555-560, 2015.
- RAUCH B, et al. The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularization and statin therapy: A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies - The Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS). **European Journal of Preventive Cardiology**, v.23, p.1914-1939, 2016.
- ROSTAGNO, Carlo et al. Prognostic value of 6 minute walk corridor test in patients with mild to moderate heart failure: comparison with other methods of functional evaluation. **European journal of heart failure**, v. 5, n. 3, p. 247-252, 2003.

- RIBEIRO C. P.; et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Rene**. v. 16, n. 2 p. 159-67. mar-abr 2015.
- ROSTAGNO, C. et al. Prognostic value of 6-minute walk corridor test in patients with mild to moderate heart failure: comparison with. **The European journal of heart failure**, v. 5, p. 247-252, 2003.
- SIEGMUND, Lee Anne et al. Functional Capacity but not Early Uptake of Cardiac Rehabilitation Predicts Readmission in Patients With Metabolic Syndrome. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 33, n. 4, p. 306-312, 2018.
- STEWART, Ralph AH et al. Six-minute walk distance after coronary artery bypass grafting compared with medical therapy in ischaemic cardiomyopathy. **Open heart**, v. 5, n. 1, p. e000752, 2018.
- TORRI, Anna et al. Promotion of Home-Based Exercise Training as Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: A PILOT WEB-BASED INTERVENTION. **Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention**, 2018.
- URELL, Charlotte et al. Respiratory muscle strength is not decreased in patients undergoing cardiac surgery. **Journal of cardiothoracic surgery**, v. 11, n. 1, p. 41, 2016.
- ZANINI M. **Efeitos de diferentes protocolos de fisioterapia na reabilitação cardíaca fase I em pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio: Ensaio Clínico Randomizado**. 2016. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

AVALIAÇÃO DA VARIABILIDADE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

THAYS DE PAULA BARBOSA MACHADO
BÁRBARA SOUZA DA COSTA
LORENA CRISTINA DA SILVA PAIVA
TALYSSA BIA SANTOS E SANTOS
KAYONNE CAMPOS BITTENCOURT
VIVIAN SUSSUARANA QUEIROZ MELO
CARINA ALVES COSTA
BRENO CALDAS RIBEIRO
RODRIGO SANTIAGO BARBOSA ROCHA
LUIZ FÁBIO MAGNO FALCÃO

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.35-43

INTRODUÇÃO

De acordo com o Relatório da Organização Mundial de Saúde - WHO (2016), as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo. Em 2012, acometeu aproximadamente 17,5 milhões de pessoas, representando 46% entre as doenças não transmissíveis. Desta forma, as Nações Unidas em 2013, propôs metas para diminuir em 25% o risco de morte prematura por Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) até o ano de 2025 (SACCO et al., 2016).

Dentre as Doenças Cardiovasculares (DCV) de maior ocorrência, estão incluídas a Doença Arterial Coronariana (DAC), Insuficiência Cardíaca, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), doenças valvares, dentre outras (GUS et al., 2015). Em indivíduos portadores de doenças cardíacas ou com idade superior a 70 anos, há considerável tendência à diminuição da Variabilidade da Frequência Cardíaca (VFC), traduzindo-se em comprometimento da homeostasia. Em estudos realizados com pacientes submetidos à cirurgia de Revascularização do Miocárdio têm-se observado que a

redução da VFC está associada a maior risco de disritmias e óbitos (CORREA, 2010). Seu estudo é realizado por meio da variabilidade entre os batimentos cardíacos consecutivos, onde cada batimento (em milissegundos – ms) é representado pelo intervalo entre duas ondas R de um eletrocardiograma (SILVA et al, 2016).

Um método prático e não invasivo para avaliar a modulação autonômica é a análise da VFC (PORTO et al., 2016), pois permite estimar o tônus simpático e parassimpático sobre o nodo sino atrial em diversas condições fisiológicas, como em repouso ou no exercício agudo (NASCIMENTO; BARROS, 2008). A análise da modulação autonômica cardíaca é importante, pois esse sistema controla algumas das funções internas do corpo (BARBOSA et al., 2014).

OBJETIVO

Avaliar a VFC de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

METODOLOGIA

O delineamento da pesquisa é um ensaio clínico não randomizado, de caráter quantitativo e analítico realizado em duplo centro entre Janeiro/2017 e Janeiro/2019, no ambulatório de Fisioterapia Cardiorrespiratória da Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), com a participação de voluntários da Fundação Hospital das Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV).

O estudo contou com dois grupos, o grupo experimental e grupo controle. Foram incluídos no Grupo Experimental (GE), voluntários cardiopatas submetidos ao tratamento cirúrgico na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), que se encontravam em alta hospitalar, estáveis hemodinamicamente, de ambos os sexos e qualquer etnia. Foram excluídos da pesquisa os voluntários que apresentaram contraindicações absolutas segundo a Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular, arritmias complexas ou potencialmente graves

como fibrilação átrio/ventricular, com marcapassos implantados, mulheres em período de menopausa, diagnóstico de limitações cognitivas, neurológicas ou ortopédicas e/ou indivíduos que não aceitassem participar do estudo.

Os sujeitos incluídos no grupo controle eram indivíduos saudáveis, acima de 18 anos de idade e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE. Foram excluídos os indivíduos com doenças que pudessem influenciar no sistema nervoso autônomo (SNA), como por exemplo, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólica, doenças cardíacas (arritmias, insuficiência cardíaca) e doenças pulmonares (asma, DPOC). Os que fizessem uso de medicamentos como betabloqueadores, inibidores do sistema-angiotensina-aldosterona, bloqueadores dos canais de cálcio, antiarrítmicos, antiepilépticos e antidepressivos tricíclicos também foram excluídos.

Após o aceite dos termos de consentimento do grupo experimental, e esclarecimento de dúvidas, a pesquisa iniciou-se com a coleta de dados através de uma ficha de avaliação especialmente elaborada para o estudo. Posteriormente, os voluntários repousaram por 10 minutos para a estabilização hemodinâmica, os eletrodos da tira elástica foram umedecidos com gel de contato, em seguida o sensor WearLink® foi conectado à faixa que foi posicionada em volta do tórax do paciente, em seguida, o mesmo foi posicionado na posição supina e o avaliador deu as orientações ao paciente para não poder falar, dormir, mexer os braços ou tossir durante o teste.

Os instrumentos utilizados na mensuração da VFC foram o dispositivo Polar®RS800CX que apresenta sensor de frequência cardíaca WearLink®, a tira elástica, o gel de contato, a interface com entrada USB e um computador (Semp Toshiba, Brasil). Para esta análise, foi selecionado o trecho de 5 minutos que continha maior estabilidade do sinal, descartando os 30 segundos iniciais e os 30 segundos finais da coleta. As variáveis lineares analisadas da VFC foram do domínio do tempo: RR interval (iRR), Standard

Deviation of all normal NN interval (SDNN), e Root-Mean of square successive NN interval difference (RMSSD), expressos em ms.

Os dados foram armazenados no software Excel 2010™ (Microsoft Corporation, Redmond, USA) e analisados no software BioEstat® 5.2 (Instituto Mirauá, Tefé, Brasil). Para comparar os valores medidos entre os diferentes grupos do estudo, o teste de Shapiro-Wilk foi usado para avaliação da distribuição normal. O teste ANOVA (analysis of variance) foi usado para o tratamento das variáveis com distribuição normal; ao passo que os testes Binomial e Mann-whitney foram usados para as variáveis que não apresentaram distribuição normal. Foi realizado também o teste de correlação de Spearman para correlacionar variáveis clínicas e aquelas relacionadas à variabilidade da FC. Adotou-se $\alpha \leq 0.05$ para rejeição da hipótese nula. Foi realizada intenção de tratamento para homogeneização da amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo contou com a participação de 21 voluntários pertencentes ao grupo experimental e 23 ao grupo controle, caracterizados na Tabela 1 e 2.

Tabela 1: Dados demográficos e clínicos do Grupo Estudo (GE) e Grupo Controle (GC) em Belém do Pará, 2018.

Variáveis	GE (n=21)	GC (n=23)	*p-valor
Idade (Ma) ^a	61.66 ± 12.81	52.60 ± 12.28	0.09
Peso	83.33 ± 4.50	68.00 ± 20.80	0.64
Altura	1.60 ± 0.08	1.62 ± 0.11	0.53
IMC	24.00 ± 5.70	26.02 ± 3.76	0.77
Frequência cardíaca	78.42 ± 13.76	77.91 ± 10.56	0.88
Frequência respiratória	21.23 ± 4.01	18.73 ± 2.02	0.01*
Gênero			
Masculino n (%)	15 (71)	12 (52)	1.00
Feminino n (%)	6 (29)	11 (48)	

Raça			1.00
Branca n (%)	6 (29)	14 (61)	
Parda n (%)	13 (62)	5 (22)	
Negra n (%)	-	4 (17)	

FONTE: Protocolo de pesquisa

GE: Grupo estudo; GC: Grupo controle; Ma^a: Média aritmética
 IMC: Índice de Massa Corporal; *p≤0.05 (Teste ANOVA; Teste Mann-Whitney; Teste Binominal; Teste ANOVA seguido de TUKEY)
 **VFC= Variabilidade da Frequência Cardíaca

Tabela 2: Distribuição dos voluntários segundo características de saúde, Pará, 2018.

Variáveis	GE (n=21) n	% Média ± Desvio Padrão
Diagnóstico		
IAM	14	67
Aneurisma de aorta	1	5
Insuficiência cardíaca	3	14
Síndrome coronariana aguda	3	14
Tipo de cirurgia		
CRM	17	81
Troca valvar	4	19
Tratamento farmacológico		
Betabloqueadores	19	90
Dose (mg)	-	39.28 ± 13.36
FEVE (%)	-	52.19 ± 12.04

FONTE: Protocolo de pesquisa

GE- Grupo Estudo; CRM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio.

IAM – Infarto agudo do miocárdio; FEVE – Fração de ejeção do ventrículo esquerdo; DAC – Doença Arterial Coronariana;

A análise da VFC no domínio do tempo, está descrita na tabela 3, onde compara-se o Grupo Experimental com o Grupo Controle.

Tabela 3: Análise das variáveis do Grupo Estudo (GE) e Grupo Controle (GC) em Belém do Pará, 2018.

VFC**			
Variáveis	GE (n=21)	GC (n=23)	*p - valor
Irr	812.59 ± 139.23	807.43 ± 92.73	0.87
RMSSD	20.86 ± 23.95	23.07 ± 17.35	0.072
SDNN	23.16 ± 24.58	27.92 ± 12.93	0.024*
ES	3.20 ± 0.40	3.16 ± 0.32	0.74

FONTE: Protocolo de pesquisa

iRR – Intervalos de RR; SDNN - Desvio-padrão da média dos iRR normais; RMSSD – Raiz quadrada da média dos quadrados das diferenças entre intervalos RR consecutivos; GE – Grupo Estudo; GC – Grupo Controle;

*p≤0.05 (Teste ANOVA; Teste Mann-Whitney)

** VFC = Variabilidade da Frequência Cardíaca

A análise do domínio do tempo é o método mais simples de avaliar a VFC pois envolve a avaliação de um sinal instantâneo de algum sistema durante um intervalo de tempo de observação. Os índices estatísticos obtidos pela determinação de intervalos RR, correspondem ao SDNN, SDANN, SDNNi que representam a atividade parassimpática e simpática, sem conseguir distinguir se as alterações de VFC são resultantes do aumento do tônus simpático ou à retirada do tônus vagal (VANDERLEI et al., 2009). E os outros índices pertencentes a esse domínio: RMSSD e pNN50 correspondem a atividade parassimpática.

Observa-se no estudo a diminuição do índice SDNN do GE quando comparado ao grupo controle e isso pode ser explicado pois a de acordo com estudos, a diminuição da VFC está relacionada à hiperatividade adrenérgica e diminuição da atividade parassimpática cardíaca encontradas ao longo da convalescência do IAM. Entretanto, a diminuição da VFC, também, se correlaciona ao aumento da incidência de eventos cardíacos isquêmicos novos em indivíduos normais. Sua diminuição também é constituída como fator prognóstico para o aparecimento de eventos cardíacos em indivíduos previamente saudáveis (REIS et al, 1998).

Em pacientes submetidos à cirurgia de troca valvar, existem poucos dados para avaliar a relevância prognóstica a longo prazo de uma VFC reduzida, e não existem dados para avaliar se a VFC reduzida poderia ter um impacto clínico a curto prazo, logo após a cirurgia. A depressão do SDNN e outros parâmetros da VFC juntamente com um aumento da FC média (como observado nos pacientes submetidos à cirurgia de substituição de válvula aórtica) sugerem estimulação simpática acentuada ou retirada parassimpática ou uma combinação de ambos depois de cirurgia valvar cardíaca. As implicações de tais anormalidades autonômicas em pacientes com cirurgia valvar não são conhecidos, embora aparentemente indiquem adaptabilidade limitada e modulação inadequada do sistema nervoso autônomo aos estímulos nociceptivos que são frequentemente presente no pós-operatório (COMPOSTELLA et al, 2014).

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca apresentaram disfunção na modulação autonômica da frequência cardíaca. Apesar dos estudos da utilização da VFC na prática clínica serem escassos, a VFC mostrou-se uma ferramenta de prognóstico promissora para eventos arrítmicos e mortalidade cardíaca no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M. P et al. Influence of resistance training on cardiac autonomic modulation: literature review. **Medical Express** (São Paulo, online), São Paulo, v. 1, n. 5, p. 284-288, out. 2014.
- COMPOSTELLA, L. et al. Cardiac autonomic dysfunction after aortic surgery. **International Journal of Cardiology**, v. 172, p. e470–e471. 2014.
- CORREA, P.G et al .Variabilidade da frequência cardíaca e infecções pulmonares pós revascularização miocárdica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 4, p. 448-456, Oct. 2010.
- GUS, I et al. Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014. **Arq Bras Cardiol.** 2015; [online]. ahead print, PP.0-0.
- NASCIMENTO, M. F. BARROS, J. A. Efeitos do Condicionamento Físico na Frequência Cardíaca de Repouso e sua Variabilidade em indivíduos do gênero masculino sedentários e praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v.2, n.8, p.209-220. Março/Abril. 2008.
- PORTO, A et al. Symbolic analysis of heart rate variability and its interaction with p-value of normality tests applied on RR intervals. **Medical Express (São Paulo, online)**, São Paulo, v. 3, n. 2, Apr. 2016.
- REIS, A.F. et al. Disfunção Parassimpática, Variabilidade da Frequência Cardíaca e Estimulação Colinérgica após Infarto Agudo do Miocárdico. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 70, n. 3, mar. 1998.
- SACCO, R. L et al. The Heart of 25 by 25: Achieving the Goal of Reducing Global and Regional Premature Deaths From Cardiovascular Diseases and Stroke: A Modeling Study From the American Heart Association and World Heart Federation. **Circulation**, v.133, n.23, p.674-90. 2016.

- VANDERLEI, L. C. M. et al. Noções básicas de variabilidade da frequência cardíaca e sua aplicabilidade clínica. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 24, n. 2, p. 205-207, abr/jun. 2009.
- **WHO.** World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. **Geneva, 2016.** Disponível em <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/> Acesso em: 10 jun. 2018.
- SILVA, J. L. F. et al. Programa gráfico desenvolvido em python para análise e filtragem automática da variabilidade da frequência cardíaca. **Rev. Univap.**, v. 22, n. 40. 2016.

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 5 A 16 ANOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO(CSE/UEPA)NO AMBULATÓRIODENUTRIÇÃO PEDIÁTRICA

DIANA M.C. R. N. MAIA

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.44-49

INTRODUÇÃO

A obesidade, caracterizada pelo acúmulo de tecido gorduroso regionalizado ou em todo o corpo, é uma doença crônica, complexa e de etiologia multifatorial, resultante, na maioria dos casos, da associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais e trazem complicações metabólicas, cardiovasculares, pulmonares, ortopédicas, psicológicas e algumas formas de câncer decorrentes da obesidade na idade adulta (SBP, 2012).

A obesidade infantil caracteriza-se como verdadeira epidemia mundial. No Brasil encontramos uma intensa transição nutricional, com decréscimo da prevalência de desnutridos e explosão do número de obesos ou sobrepeso (FISBERG, 2003). Na infância, alguns fatores são determinantes para o estabelecimento da obesidade: o desmame precoce, uso de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, a introdução precoce de alimentos não recomendados, o grande aumento do ganho de peso gestacional, distúrbios do comportamento alimentar e relação familiar inadequada (FISBERG, 2006). Nesse sentido é de grande importância estudar a prevalência de sobrepeso e obesidade na infância devido as implicações decorrentes dessa condição para o indivíduo e para a sociedade.

OBJETIVO

Estimar as prevalências de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes atendidos no Centro de Saúde Escola do Marco, bem como avaliar o percentual de dislipidemia nesta população.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado com crianças e adolescentes maiores de 5 anos a 16 anos completos, que iniciaram acompanhamento no ambulatório de nutrição pediátrica no Centro de Saúde Escola do Marco de janeiro a julho de 2018. Foram aferidos peso e altura e realizado cálculo de IMC (índice de massa corporal) e avaliados pelo percentil. O estado nutricional foi estratificado conforme os percentis (P): baixo peso= $p < 3$, eutrofia= $3 < p < 85$, sobrepeso= $85 < p < 97$, obesidade= $99,9 > p > 97$, obesidade grave $>99,9$, de acordo com as orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em Serviços de Saúde, Ministério da Saúde, 2011, que utiliza os gráficos da OMS 2007. Os exames laboratoriais para determinação do perfil lipídico sérico foi obtido através da dosagem do colesterol total, triglicerídeo, LDL-colesterol e o HDL-colesterol após 12 horas de jejum, determinado por métodos enzimáticos e realizados no laboratório de coleta da UEPA e classificados de acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2017. Foram considerados níveis indesejáveis de colesterol total (CT), e LDL-C valores acima de 170mg/dL e 110mg/dL, respectivamente. Para triglicerídeos os valores indesejados são de acima de 75mg/dl para até 9 anos e acima de 90mg/dl para idade entre 10 e 19 anos. O termo dislipidemia foi empregado quando se observou qualquer alteração do perfil lipídico (lipoproteínas), isolada ou combinada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram estudadas 55 crianças e adolescentes, das quais 33 do sexo masculino e 22 do sexo feminino. 52,7% apresentaram

sobrepeso, obesidade ou obesidade grave e 23,6% apresentaram obesidade grave, com maior prevalência entre os meninos.

Tabela 1: Classificação do estado nutricional por sexo

Estado nutricional	Sexo		n	%
	Masculino (33)	Feminino (22)		
Obesidade grave	8	5	13	23,63
Obesidade	11	4	15	27,27
Sobrepeso	0	1	1	1,82
Eutrofia	12	9	21	38,20
Magreza	1	2	3	5,45
Magreza severa	1	1	2	3,63

Em crianças de 5 a 9 anos, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) descrevem frequência de excesso de peso superior a 30% e aumento explosivo deste estado nutricional entre 1989 e 2008-2009. Um estudo sobre tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros (FLORES; GAYA, 2013) concluiu que juntas, sobrepeso e obesidade chegaram a 30% da população infanto-juvenil brasileira e manutenção de altas prevalências. Vemos, na amostra pesquisada, percentuais mais altos de sobrepeso e obesidade juntos, confirmando o intenso crescimento da prevalência de sobrepeso e obesidade infantil.

Observou-se que 51% das crianças e adolescentes que foram classificadas com obesidade ou obesidade grave apresentaram hipertrigliceridemia e baixo HDL associados demonstrando correlação positiva entre obesidade e dislipidemia. Sendo obesidade então considerada como um critério de triagem de perfil lipídico em crianças e adolescentes (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005). Ribas e Santana da Silva (2014) estudando

escolares em Belém, concluíram que os escolares com excesso de peso foram os indivíduos da amostra mais propensos a desenvolver dislipidemia, principalmente hipertrigliceridemia. O percentual de dislipidemia entre crianças com sobrepeso ou obesidade encontrado na amostra estudada foi maior do que o encontrado por Ribas e Santana da Silva (2009), que também registrou em seu estudo em escolares em Belém, aumento nessa prevalência quando comparado a estudos anteriores nessa mesma região, o que confirma o aumento da prevalência de dislipidemia em crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade na nossa região.

O predomínio de HDL diminuído isolado ou associado a elevações de triglicérido também foram encontrados em crianças e adolescentes obesos por Seki et al. (2001) em seu estudo com faixa etária semelhante.

O maior número de crianças com níveis elevados de lipoproteínas encontra-se no gênero feminino, independente de idade, dado também registrado em alguns estudos epidemiológicos sobre distribuição de lipídeos (PIETRO et al, 1988)

CONCLUSÃO

Observa-se a grande necessidade de implantação de estratégias para controle de excesso de peso, por meio da alimentação balanceada e estudo de outros fatores determinantes para o estabelecimento da obesidade na infância, para que se possa reduzir de forma efetiva a prevalência sobrepeso, obesidade e dislipidemias em escolares nesta cidade. A carência de dados regionais destaca a urgência de novos estudos nessa população e faixa etária.

REFERÊNCIAS

- **Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017.** SBC, Arquivos Brasileiros de Cardiologia.Volume 109, Nº 1, Agosto 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência.** Revista brasileira de educação física e esporte. v.20, supl.5, p.163-164, set. 2006.
- **I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência,** SBC-Arquivos Brasileiros de Cardiologia- volume 85, suplemento VI, Dezembro,2005.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.** Rio de Janeiro, 2010.
- Larissa S. Flores, Anelise R. Gaya, Ricardo D.S. Petersen e Adroaldo Gaya. **Tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros.** J Pediatria (Rio J). 2013;89(5):456-61.
- Oliveira, C. L, Fisberg, Mauro. **Obesidade na Infância e Adolescência – Uma Verdadeira Epidemia.** Arq Bras Endocrinol Metab vol 47 nº 2 Abril 2003
- Pietro Albino L, Arroyo Diez J, Vadillo Machota JM, Mateos Montero C, Galám Rebollo A. **Prevalência de hiperlipidemia em niños y adolescente de La Provincia de Carceres,** Ver Esp Salud Pública. 1988;72:343-55.

- Ribas, Simone Augusta e Santana da Silva, Luiz Carlos. **Dislipidemia em escolares na rede privada de Belém.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2009;92(6):446-451.
- Ribas, Simone Augusta e Santana da Silva, Luiz Carlos. **Fatores de risco cardiovascular e fatores associados em escolares do Município de Belém, Pará, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):577-586, mar, 2014.
- Seki et AL. **Estudo do perfil lipídico de crianças e jovens até 19 anos de idade.** Jornal Brasileiro de Patologia, Rio de Janeiro, v37, n 4,p 247-251,2001.
- Sociedade brasileira de pediatria. Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação.** São Paulo, 2012

SABERES E PRÁTICAS DAS MÃES TRABALHADORAS SOBRE OS SEUS DIREITOS DURANTE O ALEITAMENTO MATERNO: E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS

VIVIAN KEYZE REIS DE SOUSA

SAMANTHA PEREIRA CALDAS

KAREN DAYANA PEREIRA PEIXOTO

LIGIA THAIS SILVA FAVACHO

IVONETE VIEIRA PEREIRA PEIXOTO

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.50-60

INTRODUÇÃO

O emprego das práticas integrativas e complementares (PIC) dentro do atendimento à mulher lactante tem como objetivo a promover e apoiar o Aleitamento Materno (AM) em especial, das mães que necessitam ordenhar o leite para melhor amamentar seus filhos. As PIC no atendimento à mulher lactante têm como objetivo a promoção e o incentivo ao AM até os dois primeiros anos de vida, como preconiza Organização Mundial da Saúde (OMS), fase em que a criança está mais suscetível às doenças, devido ao seu sistema imunológico ainda em formação (ONUBRA, 2016).

O tema AM não é novo no nosso cotidiano, mas se faz presente, visto ser muito importante e polêmico (ONUBRA, 2016). É considerado ainda como a primeira forma de nutrição de um recém-nascido, sendo capaz de prevenir infecções, doenças crônicas, além de ser responsável pelo desenvolvimento físico e intelectual do ser humano. Está sempre disponível a qualquer hora do dia e da noite conforme a demanda da criança. Vale ressaltar também a importância do AM para as mães no puerpério, pois: diminui o volume uterino no pós-parto, proporciona menor incidência de câncer de mama e ovário, previne hemorragias do pós-parto, além de contribuir para um momento especial de vínculo entre o binômio mãe-filho (LOUREDO, 2016).

Mesmo diante dos incentivos e da comprovação dos seus benefícios o AM se torna polêmico devido às inúmeras dificuldades pelas quais as mães acabam passando, principalmente as lactantes inseridas no mercado de trabalho formal que, muitas vezes, devido à impossibilidade de amamentar seu filho em demanda livre, acabam desenvolvendo as fissuras mamárias e as mastites podendo ocasionar o desmotivo das lactantes, isto faz com que muitas delas busquem introduzir uma alimentação complementar, como: leites industrializados, água e até mesmo mingau. Ao introduzirem outra fonte de alimentação, essas mães contribuem de uma maneira significativa para o desmame precoce, que é um problema de nível mundial (ARAÚJO *et al.*, 2008).

OBJETIVOS:

- Descrever os Saberes e Práticas sobre o direito das mães trabalhadoras em relação à amamentação.
- Discorrer como as PIC podem auxiliar na adoção de aleitamento materno (AM).

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo-exploratório, com caráter qualitativo oriundo de uma pesquisa de um projeto de extensão institucionalizado, realizado no Centro de Saúde Escola do Marco (CSEM) localizado no município de Belém do Pará. Os participantes da pesquisa foram 20 lactantes devidamente matriculadas no CSEM, atentando para a não obrigatoriedade de sua participação na pesquisa conforme estabelecido pelo Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), assinado em duas vias. Solicitou-se autorização para realizar fotos das dinâmicas, deixando claro que a imagem das lactantes não seria exposta. Esta coleta faz parte da execução e elaboração das atividades do projeto de extensão.

Para participarem do estudo tiveram que atender aos seguintes critérios: Lactantes, maiores de 18 anos, matriculadas no CSE Marco em acompanhamento com a criança no programa

de crescimento e desenvolvimento. Foram excluídas do estudo Lactantes não pertencentes à área de abrangência do Centro Escola, e que no momento da coleta de dados, estivessem em tratamento de saúde ou com sinais graves de baixa autoestima, ou outros agravos da saúde mental.

A coleta de dados aconteceu no CSE do Marco, em dias programados. Realizada em duas etapas: 1ª-etapa- foi realizada como atividade do projeto de extensão, utilizou-se um questionário para coleta de dados do perfil sociocultural das lactantes e a 2ª-etapa- Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade: através de um roteiro de entrevista semiestruturada, é a técnica de coleta de dados que constitui o eixo central do método criativo sensível que é um método desenvolvido para condução de pesquisa em enfermagem, conferindo aos pesquisadores a possibilidade de desenvolver uma escuta sensível e, às participantes da pesquisa, uma atmosfera que seja confortável para se expressar.

As dinâmicas têm a função de buscar desvendar o problema da pesquisa, uma vez que através da criatividade e da sensibilidade inerentes ao método as atividades realizadas em grupos favoreceram a criação de uma sensação de comunicação autêntica através da qual se consegue levar os sujeitos da pesquisa a tornar público seu pensamento como vem sendo abordado pela Dra. em enfermagem (CABRAL, 1999). Como estratégia para interpretação dos dados foi definida a análise do discurso que apresenta uma proposta crítica e busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas. Esta análise é proposta a partir da filosofia materialista, que põe em questão a prática das ciências humanas e a divisão do trabalho intelectual (MINAYO, 2010).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa / CESUPA, através do Número 2.525.967. Para a realização do presente estudo também foi solicitada uma autorização para a direção do CSEM. A fim de preservação da identidade das participantes integrantes da pesquisa, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as alegações foram identificadas através do uso de um crachá com o nome de **FLÔR**.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise do perfil sociocultural das lactantes, a pesquisa realizada tomou um novo formato com o emprego do método criativo e sensível através de uma dinâmica que vai discutir e ao mesmo tempo realizar a construção de um modelo coletivo de conhecimento do grupo de mães trabalhadoras sobre os seus direitos durante o AM. No primeiro momento seis mães sentadas em uma mesa construíram a árvore do conhecimento, que era uma árvore constituída de raiz, tronco, folha e frutos, tudo desenhado em uma folha de cartolina branca com caneta hidrocor de várias cores. Dentro dessa árvore foram escritas às palavras-chaves do conhecimento (saber) e a Prática de cada mãe que estava presente na dinâmica.

A raiz em uma árvore tem as funções de absorver alimentos extraídos da terra para o seu desenvolvimento e de promover a fixação dessa planta em um determinado lugar. Em relação à dinâmica, a raiz vai representar as fontes de desenvolvimentos para os filhos dessas mulheres, no entendimento dessas mães elas escreveram na raiz que a saúde, o amor, o vínculo e o alimento são os primeiros passos para o desenvolvimento dos bebês. Já o caule em uma árvore é responsável pela condução dos alimentos em direção as folhas, por suportar os ramos, as folhas e os frutos, e por armazenar as substâncias nutritivas da árvore. Outra aspecto relacionado à raiz, como uma parte obscura, estava o conhecimento sobre seus direitos, o que para elas não estava muito claro.

[...] acho importante demais amamentar, porque o leite da mãe é mais forte **pra** eles do que o leite de lata, mais meu filho só mamou 2 meses tive que voltar para o trabalho [...] (CARMÉLIA).

[...] é um gesto de carinho da mãe com os filhos, e previne doenças. Não amamentei muito tempo voltei para o trabalho e meu leite secou [...] (HORTÊNCIA).

[...] todo bebê que mama cresce mais saudável, e como só precisam do leite da mãe até os seis meses, mas não podia amamentar até os 6 meses, precisava trabalhar (LÍRIO).

No momento da dinâmica as folhas representaram o ápice do conhecimento, pois essas mães vão relatar os seus ensinamentos sobre como utilizar as PIC e quem lhe informou sobre essas práticas a fim de promover o AM. Elas escreveram que a enfermagem, o Programa de Aleitamento Materno Exclusivo (PROAME), a nutrição, a experiência de várias gestações, participação de palestras promovidas no CSE do Marco, familiares como as mães, tias e avós também foram responsáveis pelos conhecimentos adquiridos por elas, e que elas fazem uso de algumas PIC como a musicoterapia, elas fazem uso dos fitoterápicos com a ingestão dos chás, e têm o conhecimento que o AM é responsável pelo desenvolvimento físico e mental dos seus filhos, que não tem custo e é responsável pelo vínculo mãe-filho.

[...] Eu fazia massagem no seio e mesmo com dor pelo amor ao filho, fala mais alto eu dava de mama, antes de trabalhar, deixar o leite e quando voltava (FLÔR DO CAMPO).

Os resultados gerados nessa árvore do conhecimento representam os conhecimentos adquiridos por elas e um momento de reflexão, chegando à conclusão que as mães devem ter uma boa alimentação e pegar sol nas mamas, pois são medidas simples que contribuem para estimular o AM. Nesses frutos e relatos percebeu-se que as entrevistadas não detinham conhecimento sobre seus direitos de lactantes. Este também foi considerado como um fator de grande influência negativa do aleitamento e um ponto contributivo para o desmame precoce.

Sabe-se que a profissão e a jornada de trabalho dessas mulheres influenciam diretamente para a introdução de uma nova fonte de alimentação aos lactentes, contribuindo assim para o desmame precoce, e contrastando com o que preconizam os

Ministérios do Trabalho e Emprego e o da Saúde. Alguns estudos que abordam estratégias para manter o aleitamento nas mães trabalhadoras ressaltam que a consolidação das leis trabalhistas de proteger a nutriz, com descanso especial durante a jornada de trabalho e descrição de locais adequados para os cuidados com os lactentes, assim como, a licença maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias, foi um mecanismo criado pelo governo para defender os direitos das mulheres quanto à promoção do aleitamento materno, fortalecendo o vínculo mãe-filho (BRASILEIRO, 2012).

Para que as mulheres trabalhadoras consigam seguir a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde de amamentar por 2 anos ou mais, exclusivamente no peito nos 6 primeiros meses, é fundamental que após a licença-maternidade elas tenham o apoio dos empregadores. Uma forma de ajudar é disponibilizar salas de apoio à amamentação a fim de prover um ambiente acolhedor e adequado à coleta e ao armazenamento do leite, para que ele seja oferecido posteriormente para a criança com segurança e qualidade (BRASIL, 2015).

Assim, vale ressaltar que o artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estabelece que, durante a jornada de trabalho, a empregada mãe tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, para amamentar o próprio filho até que ele complete seis meses de idade. Esse período de seis meses poderá ser prorrogado a critério do médico, dependendo das condições de saúde da criança (BRASIL, 2018). Os períodos destinados à amamentação devem ser concedidos sem prejuízo do intervalo normal de repouso e alimentação, dentro da jornada, sendo, portanto, computados para todos os efeitos legais como tempo de serviço. O intervalo para amamentação deve ser anotado no cartão de ponto da empregada que está amamentando.

Na interpretação de muitos magistrados, a legislação abrange também a amamentação através de mamadeira. Assim, a mãe

trabalhadora que não possui leite próprio e amamenta seu filho por meio de mamadeira também teria direito ao intervalo, já que o sentido da palavra “amamentar”, contida na norma, seria o de “alimentar”(BRASIL, 2015). Apesar da determinação legal, diversas ações ajuizadas na Justiça do Trabalho denunciam que muitos empregadores ignoram esse direito da mãe trabalhadora. Como bem foi acompanhado pelas falas das lactentes do estudo também.

[...] quando voltei ao serviço, com a dificuldade de amamentar, para não rachar o pico do seio e eu via muito a minha irmã sofrer com isso, e também é bom é fonte de vitamina C, eu pegava sol nos seios e na barriga (“risos”) [...] (HORTÊNSIA).

As mamas são a parte do corpo responsável pelo elo entre a mãe e o bebê, além de saciar sua fome, ressalta-se a importância do carinho repassado pela mãe no ato de amamentar. Para prevenir os problemas nas mamas que dificultam e ou impedem o AM, podendo ainda levar ao desmame precoce, conta-se com estratégias preventivas cuja a mais utilizada e o banho de sol, ressalta-se a importância da equipe multiprofissional no preparo dessas mamas. A fototerapia natural é uma das formas de preparar as mamas para a promoção do aleitamento materno, expondo os seios ao sol diariamente por um período de 15 minutos nas primeiras horas do dia, evitando que os seios rachem durante a amamentação. Esse método tão simples e econômico, de fácil acesso e com eficácia comprovada, é mais um exemplo de prática integrativa e complementar sendo implementado pelo saber popular ao invés do científico (CAMAROTTI, *et al.*, 2011). Outra PIC muito utilizada pelas nutrizes para a promoção do aleitamento materno, foi o emprego da massagem nos seios, segundo às falas a seguir:

[...] saúde porquê [...] ele está dodói e duro, mesmo assim ele mama, com pouca frequência depois que voltei a trabalhar, então para evitar ficar pedrado o leite, eu faço muita massagem [...] (ROSA).

[...] quando voltei a trabalhar o leite diminuiu, aí ele mama pouco já tá quase deixando a mama, mas assim mesmo ainda faço muita massagem para não deixar de dar leite e também tomo muito líquido e chá (FLÔR DO CAMPO).

O ingurgitamento mamário, no processo da amamentação, é o primeiro sintoma encontrado pela nutriz na autorregulação da fisiologia da lactação. Algumas vezes, as mamas produzem quantidade de secreção láctea maior que a demanda da criança, ficando tão cheias e tensas que são denominadas "peito empedrado", que é um dos fatores de interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças com menor de 4 meses de vida (HEBERLE, *et al.*, 2014).

O estudo revelou que o trabalho materno fora do domicílio apresenta maior risco para o oferecimento de outros alimentos ao bebê. Portanto, é possível especular que a crescente participação da mulher no mercado de trabalho tem aumentado o risco do oferecimento precoce de alimentos diferentes do leite materno, em especial o leite de vaca, tornando o regime alimentar incompatível com as diretrizes da alimentação saudável nos dois primeiros anos de vida (DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012).

Sobre a necessidade e a importância de se criarem espaços para a prática da amamentação no ambiente de trabalho, é certo que esta estratégia contribuiria para a maior duração do aleitamento materno. Nesta pesquisa as mães eram trabalhadoras informais, fato este que, segundo Demétrio; Pinto; Assis (2012), em seus estudos, torna mais difícil a criação de um local que tenha essa finalidade. Caracteriza o trabalho informal aquele exercido por trabalhadores que não possuem vínculos com uma empresa, não obtendo, portanto, direito aos benefícios e proteções sociais; ou que estão em empresas registradas de maneira ilegal, sendo o tipo de trabalho que apresenta desvantagem tanto para o Estado quanto para o trabalhador.

Pode-se dizer que os resultados aqui encontrados deixam clara a interface positiva das mães trabalhadoras em quererem continuar amamentando, mesmo no período pós-licença maternidade, porém, esse fator influencia de maneira direta para o desmame precoce, além das dificuldades apresentadas, existe ainda a falta de melhor esclarecimento sobre os seus direitos enquanto mãe e mulher trabalhadora, e ter que passar pelo sacrifício para encontrar alternativas, até mesmo utilizando as PIC para a continuidade dessa prática, conciliar o prazer de amamentar com a responsabilidade de permanecer ativa em suas atividades laborais, o que para elas representa sua fonte de sobrevivência.

CONCLUSÃO

A relação dialógica e dialética que se estabeleceu no espaço de discussão grupal conduziu a enunciação das mães das crianças a destacarem as necessidades estruturais e emocionais como elementos indispensáveis no processo de crescimento e desenvolvimento satisfatório, mediante as crianças que são amamentadas com o leite materno até os dois anos de idade. Para as lactantes do estudo o bebê pode ser bem amamentado/alimentado e receber amor, carinho e atenção, o que certamente contribuirá para uma boa relação familiar, pois, no momento em que as mães estão amamentando elas transmitem amor e carinho para os seus bebês.

Esse trabalho ainda ressalta que já existe uma legislação protetiva às lactantes, principalmente àquelas que têm vínculos empregatícios, de onde se conclui que, além de não terem conhecimento específico sobre seus direitos éticos e legais enquanto lactantes, e em vários casos esses direitos não foram respeitados. Por conseguinte, esse trabalho recomenda que haja esclarecimentos de forma contínua na atenção básica quanto aos direitos ético-legais da mãe e do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, O. D., et al. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-492, jul./ago., 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf> >. Acesso em: 22 out. 2017.
- BRASILEIRO, A.A., et al., A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.46, n.4, p.643, Aug./Jully, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400008>. Acesso em: 09 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 13-32-63-83, 2015.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. **Consolidação das Leis do Trabalho – CLT**.
- Data de atualização: 20/02/2018. Artigo, 396.
- CABRAL, I.E. O Método Criativo e Sensível: alternativa de pesquisar em enfermagem. IN: GAUTHIER, J.H.M. *et al.* **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- CAMAROTTI, C.M., et al. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. **Acta Paul. Enfer.** São Paulo, v.24, n.1, p.55-60, 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a08>>. Acesso: 10 dez. 2017.
- CAMAROTTI, C.M., et al. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. **Acta Paul. Enfer.** São Paulo, v.24, n.1, p.55-60, 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a08>>. Acesso: 10 dez. 2017.
- DEMÉTRIO, F; PINTO, E.J.; ASSIS, A.M.O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: Um estudo de

coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública** [Em linha]. Vol. 28, nº 4, p. 641-654. 2012. Disponível em: [www: http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/04.pdf). Acesso: 23 out. 2017.

- HEBERLE, A.B.S., et al. Avaliação das técnicas de massagem e ordenha no tratamento do ingurgitamento mamário por termografia. **Rev. Latino- AM. Enfermagem**. Paraná, v.22, n. 2, p.278-282, mar/abr. 2014. Disponível: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281430669015/>>. Acesso: 09 dez. 2017.
- LOUREDO, D.S. **Os Fatores de Risco para o Desmame Precoce no Brasil**: uma revisão integrativa. Niterói: [s.n.], 2016. 76 p.
- MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.
- ONUBRA. NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Política de Aleitamento Materno do Brasil é Referência Mundial, diz OMS**. Brasil, marc, 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/politica-de-aleitamento-materno-do-brasil-e-referencia-mundial-diz-oms/>>. Acesse em: 12 dez. 2016.

SABERES E PRÁTICAS DAS MÃES SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DURANTE O ALEITAMENTO MATERNO

VIVIAN KEYZE REIS DE SOUSA

SAMANTHA PEREIRA CALDAS

OSVALDO DA SILVA PEIXOTO

MÔNICA CUSTÓDIA DO COUTO ABREU PLAMPLONA

MARUCIA FERNANDES VERÇOSA

HILMA SOLANGE LOPES DE SOUZA

IVONETE VIEIRA PEREIRA PEIXOTO

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.61-77

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ganharam maior destaque no final de 1970, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS, através do Ministério da Saúde (MS), expressa o seu compromisso em incentivar os estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado da Medicina Tradicional/ Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2015).

O Brasil seguindo a tendência internacional, legitimou e institucionalizou essas abordagens de atenção à saúde que se originaram a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS (Sistema Único de Saúde). Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde com implantação de experiências pioneiras. A partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, Emílio-Junior (2016), por meio de

Relatórios e Portarias, diversos documentos e eventos nacionais passaram a fazer parte da trajetória da implantação das práticas integrativas, destacando-se o esforço de regularizar a homeopatia, a acupuntura, o uso de plantas medicinais, a fitoterapia, a adoção de práticas corporais e meditativas, entre outras, viabilizadas pela criação de convênios e por diversos grupos de trabalho dedicados a elaborar projetos políticas para a área.

Após a observação no campo de prática identificou-se como problema a necessidade de melhor esclarecimento das mães sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) como estratégia para amenizar problemas decorrentes da amamentação como: a posição incorreta na hora da mamada ocasionando um desconforto e, muitas das vezes, evoluindo para um ingurgitamento podendo levar a uma mastite mamária, refletindo diretamente no comportamento dessas mães, o que faz com que muitas introduzam outra fonte de alimentação para seus filhos e com isso provoquem o desmame precoce, que é a maior barreira para que a criança continue mamando, uma vez que a criança, depois que sente o gosto de outros alimentos e mamam em mamadeira, acabam perdendo o interesse de mamar ao seio materno (GASPAR, *et al.*, 2015).

As recomendações das Organizações Mundial da Saúde (OMS), de que os lactentes devem ser alimentados exclusivamente por leite materno até aos 6 meses de idade e de forma complementar até os 2 anos de idade, são amplamente apoiados e adotados por vários países (OMS, 2010, p. 05).

OBJETIVOS:

- Identificar os saberes e práticas das lactantes sobre as práticas integrativas e complementares durante a amamentação.
- Descrever as práticas integrativas e complementares utilizadas pelas lactantes durante a amamentação.

METODOLOGIA:

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo-exploratório. Realizado no Centro de Saúde Escola do Marco localizado no município de Belém, no estado do Pará, subordinado administrativamente ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS/UEPA. Foram selecionadas para participar da pesquisa 20 lactantes que se encontravam amamentando até os dois anos de vida de seus filhos, devidamente matriculadas no Centro de Saúde da Escola do Marco em acompanhamento com a criança no programa de crescimento e desenvolvimento, maiores de 18 anos de idade. A coleta de dados foi composta por duas etapas: 1ª-ETAPA- Foi realizado como atividade do projeto de extensão em que se utilizou um questionário para coleta dados. 2ª-ETAPA-realizaram-se as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade, através do roteiro de entrevista semiestruturada. O método criativo e sensível foi aplicado (Cabral, 1999), sendo uma técnica de coleta de dados que constitui o eixo central deste método que é desenvolvido para condução de pesquisa em enfermagem, conferindo aos pesquisadores a possibilidade de desenvolver uma escuta sensível e às participantes da pesquisa uma atmosfera confortável para se expressar. As dinâmicas têm a função de buscar desvendar o problema de pesquisa, uma vez que através da criatividade e da sensibilidade inerentes ao método às atividades realizadas em grupos favoreceram a criação de uma sensação de comunicação autêntica através da qual se consegue levar os participantes da pesquisa a tornar público seu pensamento.

A Análise do Discurso é uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas, não sendo uma teoria descritiva ou uma teoria explicativa. É uma teoria crítica que trata da determinação histórica dos processos de significação (MINAYO, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

As falas das lactantes foram coletadas através do método criativo e sensível com uma dinâmica que vai discutir e ao mesmo tempo realizar a construção de um modelo coletivo de conhecimento do grupo de mães sobre os seus saberes e suas práticas sobre as práticas integrativas e complementares inserida no aleitamento materno. No primeiro momento, seis mães sentadas em uma mesa construíram a árvore do conhecimento, onde foi desenhada uma árvore constituída de raiz, tronco, folha e frutos, tudo desenhado em uma folha de cartolina branca com caneta hidrocor de várias cores, dentro dessa árvore foram escritas as palavras-chaves do conhecimento de cada mãe que estava presente na dinâmica.

A raiz em uma árvore tem as funções de absorver alimentos extraídos da terra para o seu desenvolvimento e de promover a fixação dessa planta em um determinado lugar. Em relação à dinâmica, a raiz vai representar as fontes de desenvolvimentos para os filhos dessas mulheres. As lactantes escreveram na raiz que a saúde, o amor, o vínculo e o alimento são os primeiros passos para o desenvolvimento dos bebês. Já o caule em uma árvore é responsável pela condução dos alimentos em direção as folhas, por suportar os ramos, as folhas e os frutos, e por armazenar as substâncias nutritivas da árvore.

No momento da dinâmica as folhas representaram o ápice do conhecimento, pois essas lactantes relataram os seus ensinamentos sobre como utilizar as PIC e quem lhes informou sobre essas práticas a fim de promover o AM. Elas escreveram que os conhecimentos foram transmitidos pela enfermagem através do PROAME (Programa de Aleitamento Materno Exclusivo); a nutrição, pela experiência de várias gestações, participação em palestras promovidas pelo Centro Escola; e que familiares como as mães, tias e avós também foram responsáveis pelos conhecimentos adquiridos por elas, e que elas fazem uso de algumas PIC como a musicoterapia, fitoterápicos com a ingestão dos chás, para facilitar e auxiliar na descida do leite materno, visto que o AM para elas é

responsável pelo desenvolvimento físico e mental dos seus filhos, que não tem custo e contribui também para a melhor aproximação da mãe com o filho (vínculo mãe-filho).

Os frutos gerados nessa árvore do conhecimento representam os conhecimentos adquiridos pelas lactantes e também como um momento de reflexão. Pois, após o nascimento do bebê a mulher entra em uma nova fase, a do puerpério e da lactação.

O sucesso de uma lactação adequada depende da interação mãe e filho, família, profissional e sociedade, sendo importante que todos estejam preparados para dar apoio/suporte à mãe no manejo da lactação/amamentação. A preparação da mulher e de sua família durante o pré-natal, conhecendo os benefícios/vantagens da amamentação para todos, vai colaborar para o sucesso da AM (VIEIRA et al., 2017).

Na lactação a ingestão de água é um cuidado importante. Nutrizes têm mais propensão à desidratação, especialmente em região de clima quente. Ressalta-se ainda que o consumo de líquidos além do requerido pela sede não influencia no volume de leite produzido. Porém, a lactante deve ser orientada a ingerir mais água, cuja a hidratação é mais eficiente, o próprio hospital disponibiliza suco, mingau e sopa na dieta e bebedouro na enfermaria (RIBEIRO; MORAES; MORAES, 2015).

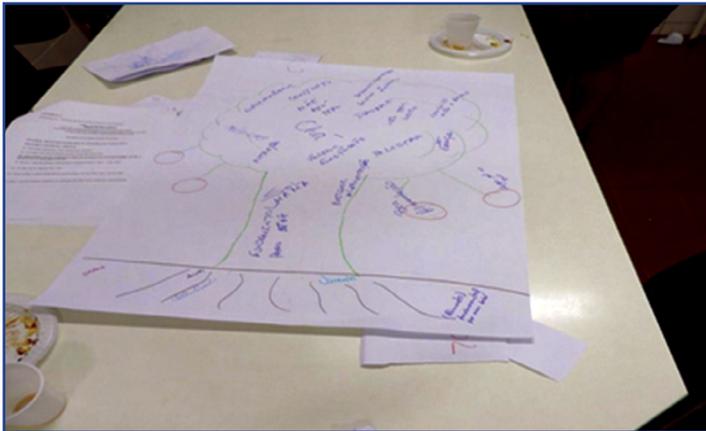
De acordo com o Ministério da Saúde, mulheres que amamentam devem ser encorajadas a ingerir líquidos em quantidades suficientes para saciar a sua sede (BRASIL, 2015). Entretanto, líquidos em excesso devem ser evitados, pois não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la. Essa citação retirada da Caderneta da Atenção Básica do Ministério da Saúde, só vem ressaltar a fala de alguns autores: (RIBEIRO; MORAES; MORAES, 2015). Os mitos e as crendices em torno do aleitamento materno nunca deixaram de existir e se perpetuam até os dias atuais e são repassados, muitas das vezes, de geração em geração. Pode-se constatar a veracidade desta crendice através da manifestação das mães, observe as falas a seguir:

ROSA: [...] come bastante comida com caldo [...].
GIRASSOL: [...] beber caldo de cana para fortalecer o leite [...].

Sabe-se que o ato de amamentar da sede na mulher e a falta de informação das lactantes em relação à ingestão de líquidos é um problema que pode influenciar o aleitamento materno através da produção de leite, essas informações incorretas partem não somente de familiares e amigos, mas também de profissionais da área da saúde que não se capacitam e não são capazes de esclarecer as constantes dúvidas que as mulheres que amamentam têm.

A amamentação, apesar de ser considerado popularmente um ato instintivo e natural, é um processo que apresenta influências comportamentais, aprendido com experiências anteriores, observação e orientação (SANTOS; SILVA; SILVA, 2012). Portanto a constata avaliação e o reforço das orientações são essenciais para promoção e manutenção do aleitamento materno.

Figura 1: Dinâmica da Árvore do Conhecimento: As Partes da Planta Usadas



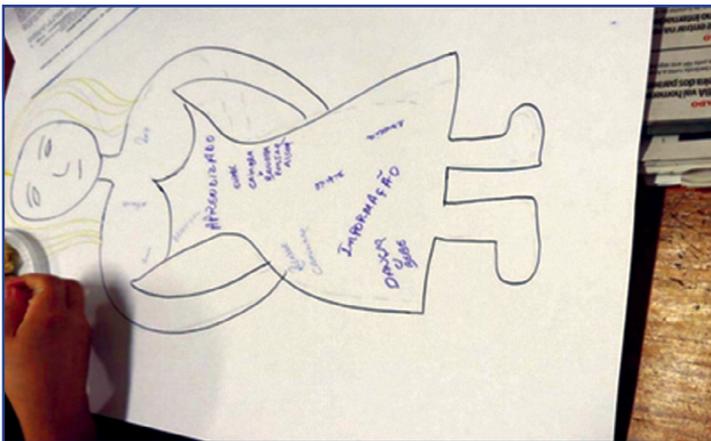
FONTE: Centro de Saúde Escola do Marco/2017 (Foto das autoras).

Na foto acima, a **figura 1** nos mostra como ficou o resultado final da árvore do saber. A autora (CABRAL, 1999), em seu livro, relata que

a árvore se constitui numa figura em que as pessoas se transportam do mundo concreto para o abstrato, e do abstrato para o concreto; assim há o momento de abstração no processo cognitivo que é importante para a desvinculação de depoimentos formais e eruditos.

No segundo momento da dinâmica, as outras dez lactantes que estavam sentadas em outra mesa e também participavam da pesquisa através da dinâmica da construção do corpo e saber, fizeram o desenho de um corpo constituído de cabeça, tronco e membros com caneta hidrocor de diferentes cores em uma folha de cartolina branca e no tronco foi preenchido com palavras como: informação, dançar com o bebê, relaxar caminhar, música, aprendizado, evitar câimbra comendo banana, difícil, emociona. Na parte de cima do corpo está escrito vínculo, alimento e raiz. Sabe-se que o corpo representa a nossa linguagem no mundo, mas para essas mulheres as palavras escritas dentro do corpo desenhado vão mostrar os seus conhecimentos a respeito das PIC sendo utilizadas na promoção do AM.

Figura 2: Dinâmica Corpo e Saber: O Uso das PIC no AM (Foto das Autoras)



FONTE: Centro de Saúde Escola do Marco/2017

A figura 2 representa de maneira bem criativa o conhecimento das mulheres que participaram da dinâmica. Por meio da escrita,

pode-se observar que elas já empregavam as PIC no seu cotidiano, mas que elas não tinham ideia que o emprego dessas tecnologias era responsável por promover o AM. Em seu livro, a autora (CABRAL, 1999) se refere a aliança de saberes como a fusão entre o conhecimento popular e o científico. O popular desvelado pelo senso comum e o científico que foi trazido pela pesquisa bibliográfica.

Durante a aplicação das dinâmicas criatividade e sensibilidade as situações existenciais concretas que emergiram no espaço grupal compreenderam um conjunto de temas geradores de debates codificados e decodificados a partir da discussão grupal. Para Freire (2006), as situações existenciais desempenham um papel de desafios ao grupo, pois tratam de situações problemas, codificadas, que trazem consigo elementos para que sejam decodificadas pelo grupo. Portanto, responde-se aqui as questões norteadoras do estudo de quais os saberes e práticas das lactantes sobre as práticas integrativas e complementares durante a amamentação, e como elas podem estar usando as práticas integrativas e complementares para facilitar o aleitamento materno em benefício próprio.

As falas abaixo podem identificar que as lactentes referem ter tido algum tipo de orientação de algum profissional de saúde, seja da equipe de enfermagem ou da nutrição, ou até mesmo da equipe médica, essas informações repassadas têm um papel esclarecedor:

CARMÉLIA: [...] eu tomei bastante suco quem me falou foi a nutricionista [...].

AZÁLEIA: [...] Tomo bastante água de coco e água normal e fui orientada pela enfermeira [...].

As demais mães apoiaram essas falas dessas mulheres com uma expressão de confirmação, isso implica que elas em algum momento, seja no pré-natal ou no puerpério, receberam algum tipo de orientação profissional. Alguns autores (BARBOSA, SANTOS, SILVA 2013) defendem que orientações sobre cuidados corporais, a forma correta de amamentar e de cuidar da criança poderão

gerar maior segurança e estímulo para as mães, favorecendo sua decisão pela amamentação. Ainda, o apoio emocional e a compreensão demonstrados podem contribuir para dissipar a ansiedade e o medo decorrentes de uma situação nova e para a qual as mães podem se sentir pouco preparadas. Entretanto, deve prevalecer o respeito ao desejo das mulheres assistidas de amamentar ou não seus filhos.

As práticas não convencionais em saúde são recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais e adaptativos do ser humano, prevenindo as doenças, restabelecendo e promovendo a saúde, através de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase nas escutas acolhedoras, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (FERREIRA *et al.*, 2017).

A eficácia das PIC para quem usufrui dessas tecnologias reflete no ganho cada vez maior do número de adeptos, essas medicinas já são empregadas em diversos setores do Sistema Único de Saúde há mais de uma década. Sabe-se que os conhecimentos sobre as PIC são repassados de geração a geração. Numa visão freireana, passar conhecimento significa que o profissional que detém o saber deve estar apto para ensinar os demais, promovendo assim o aprendizado. O conhecimento sobre as PIC, quando bem empregado, serve como uma forma de estimular o aleitamento materno e contribui de maneira significativa para evitar o desmame precoce.

O emprego das PIC pelas nutrizes para a promoção do aleitamento materno segue critérios baseados em crenças e mitos. Há uma série de mitos, tabus e crenças relacionadas à amamentação, muitas vezes trazendo transtorno quando se refere à importância da lactação aos recém-nascidos. Mito quer dizer história ou conjunto de histórias as quais habitam o inconsciente popular e tentam explicar fatos incompreendidos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Reforçando o que vem sendo apresentado, as PIC têm consolidado seu espaço junto às práticas de saúde. Adotada de

maneira individual ou articulada ao tratamento alopático, essas práticas constituem um novo campo de atuação na assistência à saúde, frutos de tradições culturais que passaram a ser validadas, adquirindo cientificidade e reconhecimento pela biomedicina e pelos profissionais de saúde como importante recurso terapêutico para a população (FORTE, J.A.M.; SANTOS, L.S; MORAES, 2014).

No momento da realização da pesquisa foi perguntado para as mães se elas possuem conhecimento sobre o que significam as PIC e se elas faziam uso dessas tecnologias. Todas as mães no momento dessa pergunta referiram não saber o significado de PIC, mas quando lhe foi explicado sobre o que são as PIC, todas expressaram com um 'SIM' ou com gestos faciais e a partir desse momento citaram as PIC que mais utilizavam como: a fototerapia natural nos seios com o objetivo de evitar fissuras nas mamas; a massagem nas mamas quando estavam com algum nódulo ou com ingurgitamento mamário; a musicoterapia para relaxar tanto as nutrizes como seus filhos e o uso dos fitoterápicos usado pelas nutrizes orientado por familiares e profissionais como uma forma de minimizar problemas relacionados aos seus filhos.

Conforme os relatos abaixo, pode-se identificar como essas mães já utilizaram ou estavam fazendo o uso das PIC para incentivar a amamentação:

AZUZENA: [...] todas as vezes que eu vou dar banho na bebê eu ponho a música da Ana Vilela que junto com o barulhinho da água a bebê fica mais relaxada, ela fica quietinha, eu acho que ela gosta [...] ("risos").

ROSA: [...] ele é muito agoniado, **ai** eu sempre gosto de escutar hinos, **ai** eu ponho hinos junto com ele me embalando na rede e ele fica tão calmo, entendeu é bacana [...].

A música pode ser considerada uma tecnologia simples quando se leva em conta que a cultura brasileira é muito musical. A música é uma tecnologia inovadora de cuidado, com uma

atividade sistemática e criativa, pois facilita a expressões de emoções, a comunicação interpessoal e a possibilidade de se focalizar aspectos saudáveis do cliente (VALENÇA *et al.*, 2013).

É difícil encontrar uma única fração do corpo humano que não acuse a influência dos sons musicais. Corroborando com o que vem sendo apresentado sobre a música Carvalho (2010) defende que a música atua de forma direta sobre as células e os órgãos que o constituem, e indiretamente mobilizando as emoções e influenciando em numerosos processos corporais, que por sua vez propiciam relaxamento e bem-estar. Portanto em seus estudos outros estudiosos da música, como Nóbrega e Souza (2013), afirmam que a musicoterapia contribui na redução do estresse, alívio do cansaço físico e psíquico, alívio da sensação dolorosa e proporciona o relaxamento físico e mental do indivíduo. A música pode também conduzir o desenvolvimento emocional e cognitivo das pessoas.

Além da musicoterapia citada pelas mães como tecnologia usada para a promoção do aleitamento materno, os usos de outras PIC foram relatados por elas, a exemplo do uso dos fitoterápicos através dos chás. Vale ressaltar que esses chás feitos por essas mulheres eram tomados por elas e não eram dados aos seus filhos, o uso desses fitoterápicos foram indicados pelos profissionais de saúde e até mesmo por familiares. Conforme as falas a seguir:

MARGARIDA: [...] ele fica assim meio inquieto, **aí** eu fui na consulta com a enfermagem, **aí** ela disse assim como o seu filho ainda não tem seis meses, para você não dá chá para ele, você toma o chá que vai sai no seu leite materno [...] fiz bastante chá de erva cidreira e também senti que ele se acalmo mesmo [...].

ÓRQUIDEA: [...] tomei chá para evitar gases em mim e no bebê, eu fui orientada pela nutricionista".

O poder curativo das plantas é tão antigo quanto o aparecimento da espécie humana na terra. As essências e os

princípios ativos das plantas, logo que experimentadas pelas primeiras civilizações, revelaram empiricamente essa capacidade e, durante muito tempo, foi o recurso terapêutico utilizado pela humanidade no combate às mais diversas patologias (VARELA; AZEVEDO, 2014). Com os avanços ocorridos no meio técnico-científico, sobretudo no âmbito das ciências da saúde, novas maneiras de tratar e curar as doenças foram surgindo e sendo introduzidas gradativamente na sociedade moderna. A partir daí o uso dessa prática começou a ser substituída pelos medicamentos alopáticos.

Gestantes e lactantes constituem um grupo populacional que culturalmente recorre ao uso de plantas medicinais, por acreditarem que não causam danos ao concepto. Porém, pesquisadores, tais como Pontes (2012), alertam que durante o projeto gestacional, especialmente durante o primeiro trimestre, podem acontecer desde abortos espontâneos, até má formação congênita. Erros cromossômicos numéricos são comuns durante as primeiras etapas do desenvolvimento embrionário humano, contribuindo significativamente com processo de falha de implantação e são causadores de perda gestacional recorrente em pelo menos 50% dos abortos ocorridos no primeiro trimestre.

Crenças e mitos ainda se fazem muito presentes quando se refere ao uso de fitoterápicos no aleitamento materno, muitas lactantes seguem os ensinamentos repassados por familiares e acabam introduzindo chás nos lactentes e provocando o desmame precoce, sem levar em consideração que muitas dessas lactantes e seus familiares não têm o devido conhecimento sobre os fitoterápicos, por isso é de fundamental importância que os profissionais de saúde, formadores de opinião que são e educadores, estejam esclarecendo as dúvidas e alertando para o perigo do uso indevido das PIC para as lactantes e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estimular o AM e fazer com que está mãe tenha uma boa produção de leite não é uma tarefa fácil, pois o apoio que está mulher precisa deve começar ainda no período da gestação nas consultas de pré-natal, pois estas consultas às gestantes devem ser esclarecedoras e ao mesmo tempo educativas, mas o processo de promoção a amamentação não se restringe aos profissionais de saúde, mas o apoio também deve vir do companheiro, dos familiares e dos amigos. Sabe-se ainda que o uso indiscriminado de fitoterápicos sem nenhuma recomendação de um profissional da saúde pode trazer as mães e aos seus bebês sérias consequências, por isso é importante que essas mulheres tenham cautela ao fazer uso dos fitoterápicos e sejam bem orientadas.

Os relatos das lactantes foram todos ouvidos e, logo em seguida, foram feitas algumas considerações sobre a importância do Aleitamento Materno (AM). Todas as mulheres estiveram presentes no momento da coleta referiram saber sobre a importância do AM para seus filhos, mas não sabiam que essas práticas se tratavam de tecnologias científicas e ressaltaram que aprenderam o seu uso através dos ensinamentos familiares e de pessoas próximas. Essas práticas, quando bem empregadas, vão contribuir para a promoção do AM, sendo assim, faz-se necessário que ocorra uma educação contínua das gestantes e lactantes com a finalidade de esclarecer dúvidas e explicar como as PIC's podem ser úteis e ter um papel de extrema importância para contribuir e incentivar o AM.

Por se tratar de um tema ainda novo na academia, sobretudo no estado do Pará, essa pesquisa foi de extrema importância para o Curso de Graduação em Enfermagem. Acredita-se que o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) pode ser empregado em Unidades Básicas de Saúde, ou em hospitais com o título Amigo da Criança, tudo com a finalidade de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, pois as PIC são tecnologias usadas há milênios, com eficácia científica

comprovada, e que precisam ser mais difundidas pelos profissionais de saúde. Visto que a experiência da maternidade na vida de uma mulher é capaz de trazer importantes mudanças no seu comportamento e nos seus sentimentos, interferindo significativamente na sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, J.A.G; SANTOS, F.P.C; SILVA, P.M.C. Fatores Associados à Baixa Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo e ao Desmame Precoce. **Revista Tecer**. Belo Horizonte. vol. 6, nº 11, novembro de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da saúde, 2015.**
- CABRAL, I.E. O Método Criativo e Sensível: alternativa de pesquisar em enfermagem. IN: GAUTHIER, J.H.M. *et al.* **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- CARVALHO, A.A.A. **Música como Elemento do Cuidar/Cuidado de Enfermagem: Um estudo sobre o Paciente Hospitalizado e sua Interação com a Música**. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2010. 139P.
- EMÍLIO-JUNIOR. T.; **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, uma nova eficácia para o SUS**. *Estud. Av.* vol.30 nº 86. São Paulo. Jan/abr. 2016.
- FERREIRA, J.A; et al. Práticas Não Convencionais em Saúde por Familiares e Vínculo Afetivos de Paciente Crítico. **Revista Fundam. Careonline**. Campina Grande, v.9, n.1, p. 201, jan/marc. 2017. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5363/pdf_1>. Acesso: 08 dez. 2017.
- FORTE, J.A.M.; SANTOS, L.S; MORAES, S.D.S. Percepção de Mães sobre o Uso de Práticas Integrativas e Complementares em seus Filhos. **Enfermagem em Foco**. Teresina, v.5, n.1/2, p.37, 2014. Disponível: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/viele>. Acesso: 10 dez. 2017.

- FREIRE, A.M.A. **Paulo Freire: Uma História de vida.** 1ª Edição Editora Villa das Letras. Indaiatuba, SP. 2006. P.98.
- GASPAR, J.; LUZ, A.; GOMES, S; GONÇALVES, H. Aleitamento Materno: Ainda Longe do Desejável. Serviço de Pediatria. Hospital do Espírito Santo, Évora, Portugal
- **Acta Pediatr Port.** 2015; 46:318-25.
- MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.
- NÓBREGA, E.D. da; SOUZA, M.N.A. de,. Música na Assistência de Enfermagem: resultados baseados em evidências. Artigo de Revisão de Literatura. **InterScientia**, João Pessoa, v.1, n.3, p. 103-114, set./dez. 2013.
- OLIVEIRA, A. F. P., *et al.* Fitoterapia na Atenção Básica: Estudo com profissionais enfermeiros. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, n.9, abr/jun, 2017. Acesso em: 10 julho 2017.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La alimentación del lactante y del niño pequeño:** capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Genebra: OMS, 2010. p. 05.
- PONTES, S. M., *et al.* Utilização das plantas medicinais potencialmente nocivas durante a gestação na cidade de Cuité-PB. **Com. Ciências Saúde.** Campina Grande, v. 23, n.4, p.307, 2012. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/utilizacao_plantas_medicinais_potencialmente.pdf>. Acesso: 05 dez. 2017.
- RIBEIRO, E.C.D.; MORAES, P.M. O; MORAES, L.P.; Caracterização Nutricional de Nutrizes na Segunda Etapa do Método Canguru de um Hospital Amigo da Criança. **Revista Paraense de Medicina.** Belém, v. 29, n.3, jul/set. p-22, 2015. Disponível em: <[76](http://www.santacasa.pa.gov.br/data/news/REVISTA-SANTA-

</div>
<div data-bbox=)

CASA-V29_3-RETIFICADA(1)-046b544d6b.pdf#page=22>.
Acesso em: 24 nov 2017.

- SANTOS, K.C.R. dos; SILVA, M.L da; SILVA, E.F. da. Cuidado de Enfermagem na Promoção do Aleitamento Materno em Alojamento Conjunto: Um relato de experiência. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. Universidade de Juiz de Fora. 2012.
- VALENÇA, C.N., *et al.* Musicoterapia na Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva. **Revista cuid. fundam. Online**. dez., 5(5):61-68. 2013.
- VARELA, D.S.S.; AZEVEDO, D.M. Conhecimento e uso de Plantas Medicinais pelo Enfermeiro na Estratégia Saúde da família. **Revista APS**. V. 17, n.2, p.150, abr/jun, 2014. Acesso: 8 dez 2017.
- VIEIRA, G.M., *et al.* Protocolo de Enfermagem para Assistência à Mulher em Processo de Lactação. **Revista Online de Pesquisa**. Cuidado é fundamental. UFRJ. Escola de enfermagem Alfredo Pinto, RJ, v.9, n.4, out/nov., p.1044-1045, 2017. Disponível em: < file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/5768-34130-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.

O TERAPEUTA OCUPACIONAL E O AUTOCUIDADO EM IDOSOS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

ALYCIA MARIA DA SILVA COSTA

JACKLINE LAIANE DA SILVA PINHEIRO

MICHELLE VIEIRA DE FREITAS

ENISE CÁSSIA ABDO NAJJAR

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.78-94

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento acarreta mudanças no âmbito físico, mental, emocional e social no idoso que podem afetar o desempenho das atividades cotidianas. O envelhecimento normal ou senescente é atribuído a perdas funcionais naturais e, quando relacionado com acidentes, estresses emocionais e doenças crônicas, pode ser identificado como patológico ou senil (CIOSAK, et al, 2011).

Tanto no envelhecimento normal ou senescente, quanto no envelhecimento patológico ou senil, se faz necessário o acompanhamento de profissionais da saúde, tanto no âmbito da prevenção e promoção da saúde como também no campo da reabilitação. Dentre os profissionais que assistem ao idoso, destaca-se o Terapeuta Ocupacional que pode atuar de modo preventivo ou durante o curso das mudanças, com o objetivo de favorecer ao idoso a manutenção ou a restauração do desempenho das atividades significativas do cotidiano (ALMEIDA; SPÍNOLA; LANCMAN, 2009).

Preservar a autonomia e a independência da pessoa idosa é um dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS e da Política Nacional do Idoso – PNI, a qual tem como principal função, restabelecer, conservar, prevenir e promover a independência e

autonomia da pessoa idosa, direcionando programas e estratégias para a promoção da saúde. Dentro das diretrizes desta política estão a promoção do envelhecimento saudável, a disponibilização de meios para assegurar a garantia da qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas e estudos na área de gerontologia (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016).

Desse modo, o Terapeuta Ocupacional constitui-se como o profissional capacitado que apresenta competências, tanto teóricas quanto práticas, de atuação junto à população idosa, por oferecer uma gama de tratamentos voltados às questões de suas atividades de vida diária, autonomia, independência, funcionalidade e as necessidades biopsicossociais (CREFITO 10, 2017).

A Resolução nº 477, de 20 de Dezembro de 2016, reconhece a especialidade profissional de Terapia Ocupacional em gerontologia. A Resolução aponta no Art. 6º que a formação profissional dessa especialidade apresenta quatro grandes âmbitos de atuação: atenção à saúde da pessoa idosa; assistência social à pessoa idosa; cultura e lazer para a pessoa idosa e educação à pessoa idosa. Destaca também que o terapeuta ocupacional pode exercer doze atribuições na área de gerontologia (COFFITO, 2017).

OBJETIVO

Este estudo pretende identificar as principais ações realizadas pelos Terapeutas Ocupacionais em relação às dificuldades no autocuidado apresentadas pelos idosos.

METODOLOGIA

A pesquisa é um estudo exploratório e descritivo do tipo quanti-qualitativo. As pesquisas exploratórias buscam investigar o fenômeno tornando-o mais explícito (GIL, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Ensino Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), caracterizado

como Centro Especializado em Reabilitação (CER) II, localizado na Universidade do Estado do Pará (UEPA) – CCBS Campus II, bairro do Marco. A Unidade é referência no Estado nas ações de assistência à comunidade, atendendo crianças, adultos e idosos. Possui uma equipe com vários profissionais de saúde, dentre eles terapeutas ocupacionais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, parecer de número 2.406.705.

Participaram do estudo 13 profissionais de Terapia Ocupacional que prestam atendimento na UEAFTO/CER – II da UEPA. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão foram profissionais de Terapia Ocupacional que prestam atendimento na UEAFTO/CER – II.

Realizou-se uma entrevista semiestruturada contendo 15 questões abertas e fechadas, contemplando dados de identificação, formação acadêmica e profissional, experiência profissional, papel do profissional e métodos de intervenção. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise de conteúdo, onde se descreveu o conteúdo das mensagens. Evidenciou-se o tema e as características associadas ao tema (BARDIN, 2011), onde foram definidas 4 categorias analíticas: o profissional e o idoso; o autocuidado na visão dos profissionais; a intervenção dos terapeutas ocupacionais no autocuidado do idoso; e os desafios da prática profissional.

Para identificação dos participantes, optou-se em utilizar as letras TO seguida de número, por exemplo, T01, T02 até T013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A entrevista foi realizada com 13 terapeutas ocupacionais, de ambos os sexos, sendo 11 do sexo feminino. Os profissionais encontram-se na faixa etária de 35 a 53 anos. O tempo de formação varia de 10 a 15 anos (38,4%) e mais de 15 anos (61,5%),

69,2% dos entrevistados atuam profissionalmente na UEAFTO no período de 10 a 15 anos. No que diz respeito à pós-graduação lato sensu, 84,6% possuem uma ou mais especializações dentre as quais destacam-se a área de psicomotricidade (38,4%) e a área de saúde do trabalhador (23%). Em relação à pós-graduação stricto sensu, 76,9% possuem mestrado e 15,3% têm doutorado. Todos os profissionais atuam em uma ou mais áreas, sendo que 92,3% dos terapeutas ocupacionais atuam na área da assistência, 69,2% atuam também no ensino e 31% realizam atividades na área de pesquisa, além de atuar nas demais áreas de ensino e assistência. Os dados encontram-se no quadro 1.

Quadro 1: Perfil dos Profissionais Terapeutas Ocupacionais que Atendem Idosos na UEAFTO/UEPA. Belém – PA, 2017.

Participante	Idade	Sexo	Tempo de atuação UEAFTO	Pós-Graduação			Área de Atuação
				Especialização	Mestrado	Doutorado	
TO 1	49	F	21 anos	Saúde Pública/ Psicomotricidade	Educação	-	Assistência Pesquisa Ensino
TO 2	44	F	20 anos	Psicomotricidade/ Saúde do Trabalhador	-	-	Assistência
TO 3	43	F	9 anos	Psicomotricidade/ Saúde Mental	-	-	Assistência Ensino
TO 4	38	F	10 anos	Oncologia/ Arteterapia/ Reabilitação Neurológica	Psicologia clínica e Social	Psicologia clínica e Social	Assistência Pesquisa Ensino
TO 5	43	M	9 anos	Ensino e Saúde p/ Preceptores do SUS/Saúde do Trabalhador	Ensino e Saúde da Amazônia	-	Assistência Pesquisa Ensino

TO 6	39	F	10 anos	Desenvolvimento Humano/ Reabilitação Neurológica	Ensino e Saúde da Amazônia	-	Assistência
TO 7	41	F	9 anos	Psicomotricidade	Gestão em Saúde	-	Assistência
TO 8	35	F	10 anos	Saúde Coletiva/ Desenv. Infantil/ Gestão em Saúde	-	-	Assistência
TO 9	35	F	11 anos	Psicomotricidade	Psicologia	-	Assistência Ensino
TO 10	38	M	5 anos	Integração Sensorial	Teoria e Pesquisa do Comportamento	Ciências da Reabilitação	Assistência Ensino
TO 11	45	F	10 anos	Saúde do Trabalhador/ Saúde Mental	Ensino e Saúde da Amazônia	-	Assistência Ensino
TO 12	53	F	10 anos	Neurofisiologia da Motricidade	Motricidade Humana	Ciências do Desporto	Assistência Pesquisa Ensino
TO 13	38	F	9 anos	Reabilitação Neurológica	Ensino e Saúde da Amazônia	-	Assistência Ensino

Fonte: Protocolos de pesquisa

O Profissional e o Idoso

Todos os profissionais entrevistados atendem idosos. Dentre as principais queixas atendidas pelos terapeutas, 46,1% dos profissionais relatam que os idosos apresentam dores musculoesqueléticas e na coluna, e dificuldades cognitivas, e

23% dos terapeutas relatam que os idosos apresentam perda da funcionalidade. Com relação às patologias apresentadas pelos idosos, 30,7% dos terapeutas ocupacionais relataram atender patologias neurológicas e traumatológicas; 23% dos profissionais relataram dar assistência a patologias ortopédicas; e 15,3% relataram atender patologias reumatológicas, quadros de demências e de depressão. Além disso, 46,1% dos profissionais afirmam que associado às patologias apresentadas pode-se encontrar também idosos com problemas psicossociais, sejam estes no âmbito social, econômico, emocional ou familiar.

Tal demanda encontrada condiz com as pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que revela que 75,5% da população idosa declara ter doença crônica, destes, 64,4% apresentam mais de uma patologia, que interferem na capacidade funcional e necessitam de tratamento pautado na reabilitação (IBGE, 2009).

Os resultados revelaram ainda que 46,1% dos profissionais atendem idosos cujas principais demandas são dificuldade para realização de Atividades de Vida Diária (AVD'S) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD'S), 31% dos terapeutas ocupacionais afirmam atender pessoas com limitações funcionais e motoras, e 23% dos profissionais identificaram nos pacientes atendidos dificuldades cognitivas, psicossomáticas e de socialização.

O terapeuta ocupacional como visto nos dados acima, atende diversas patologias em sua prática clínica, além de se voltar a outras demandas, como questões sociais e psicossociais que podem estar associadas ao quadro dos pacientes. Assim, é de extrema relevância que o profissional investigue como era a vida deste paciente, as mudanças ocasionadas pela patologia e suas perspectivas para o futuro, tais informações irão contribuir para o processo de reabilitação, pois em muitos casos além da demanda biológica e funcional, o paciente carrega consigo questões sociais e emocionais que prejudicam a realização de atividades desejadas pelo idoso (CREFITO 10, 2015).

No quesito instrumentos/protocolos de avaliação, os terapeutas ocupacionais utilizam avaliações específicas da profissão e da própria instituição, sendo possível citar que 46,1% dos profissionais preferem utilizar a avaliação geral da unidade, a qual contempla itens como identificação do paciente, antecedentes pessoais, histórico ocupacional, queixa principal, avaliação física e funcional, funções psíquicas e aspectos das AVD'S. Dos profissionais, 30,7% utilizam para avaliar os idosos a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). Este instrumento mensura o impacto da intervenção para o paciente e a percepção do cliente sobre o desempenho ocupacional (BASTOS, MANCINI; PYLÓ, 2010).

Dos entrevistados, 23% utilizam o índice de Katz e Lawton, para avaliar as AVD'S, voltadas para o autocuidado e AIVD'S, direcionadas a administração de finanças, do lar, entre outros (MARRA et al, 2007). 23% dos profissionais usam também o Montreal Cognitive Assessment (MOCA) que avalia aspectos cognitivos como atenção, nomeação, memória, fluência verbal, dentre outros, sendo um instrumento adequado para detectar comprometimento cognitivo leve (SARMENTO, 2009).

O uso de protocolos na avaliação de terapia ocupacional é de fundamental importância, pois os mesmos auxiliam o profissional a verificar as potencialidades, limitações do paciente e funcionalidade, afim de articular objetivos e estratégias de intervenção que se voltem para as necessidades do cliente (GREGGIO, 2011). Além disso, a avaliação deve contemplar também os planos de vida, desejos do paciente, sempre levando em consideração a capacidade física, cognitiva e psicossocial atual do paciente e a possível evolução após o processo de intervenção (THÉVENON; BLANCHARD, 2005). Considera-se também que, a utilização de protocolos validados proporcionam parâmetros mais fidedignos para a realização de pesquisas científicas, uma vez que 31% dos profissionais relataram realizar atividades nesta área.

Os terapeutas ocupacionais da instituição em sua maioria realizam atendimentos individuais e grupais, sendo 77% deles

individuais, 54% grupais e 30,7% agrupados, ou seja, quando os atendimentos individuais são realizados simultaneamente na mesma sala. Atendimentos agrupados são visto como algo positivo, pois favorecem a socialização entre eles, como observado no relato a seguir:

Individuais ou agrupados, pois às vezes é necessário atender dois ou três pacientes de uma só vez, mas cada um em sua especificidade. Mas o agrupamento é algo positivo, pois os idosos passam mais tempo no atendimento porque eles conversam muito (T013).

Com relação às ações que se realiza com o público idoso, os terapeutas ocupacionais procuram realizar ações em seus atendimentos e até em conjunto com um colega de trabalho, como demonstrado no relato abaixo:

O trabalho com as AVD'S, trabalho em conjunto com a terapeuta ocupacional do setor, é realizado um grupo com meus pacientes e os dela, e nós realizamos um treino de AVD'S... E nas AVD'S, é realizado o treinamento dessas atividades, e em cada setor um dos pacientes espontaneamente realiza aquela atividade, a partir desta demonstração é discutido se a postura está adequada e são dadas as orientações (T01).

Para tanto, 38,4% das ações se voltam para estimulação cognitiva; 30,7% para atividades que favoreçam autonomia e independência, alongamentos, cinesioatividade e treino de mobilidade e transferência; 23% deles realizam relaxamentos; e 15,3% orientações sobre as AVD'S quanto a dores crônicas; aos cuidadores e atividades psicomotoras.

As intervenções e abordagens realizadas pelos Terapeutas Ocupacionais diferenciam e dependem de sua trajetória acadêmica e investimento profissional em cursos e especializações, além das demandas encontradas pela população atendida. O processo

de envelhecimento compreende ações de alta complexidade, necessitando da ampliação do conhecimento e atualização constante por parte dos profissionais na área da gerontologia (ALMEIDA; BATISTA; LUCOVES, 2010). Observa-se esta necessidade nos relatos dos profissionais entrevistados, que buscam conhecimento e formações complementares, qualificando sua atuação.

Autocuidado na Visão dos Profissionais

Conhecer a percepção dos profissionais acerca do autocuidado é importante pois, fornece uma visão do tipo de intervenção realizada, além de identificar a similaridade do conhecimento e das ações entre os profissionais, uniformizando as práticas no campo do autocuidado. Os relatos descritos abaixo relatam essa categoria:

A pessoa realiza suas tarefas enquanto questão de higiene, higiene corporal e bucal, pois isso reflete e melhora a questão da autoestima, da autoimagem, o autocuidado faz parte da vida do indivíduo, ninguém vive sem o fazê-lo, pois você vive em sociedade e o outro quer te ver bem, cuidado (T01).

São aquelas atividades que se referem a auto-manutenção, o desenvolvimento de atividades de cunho pessoal, então tomar banho, escovar os dentes, se vestir, usar o vaso sanitário (T010).

Aquilo que o paciente consegue fazer se auto mantendo, se auto gerindo, considerando a idade dele e o grau de envelhecimento em que se encontra. ...É natural no envelhecimento a perda da força muscular, e em decorrência disso o idoso necessita de auxílio. Quando um idoso não consegue realizar atividades essenciais, precisamos ter um olhar mais cuidadoso (T011).

Os relatos dos profissionais se assemelham no que se referem ao entendimento sobre autocuidado, sendo majoritariamente compreendido como automanutenção e atividades realizadas com

enfoque na conservação da vida. Conceito direcionado segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), que compreende autocuidado como atividades de vida diária (AVD'S), sendo esta essencial para que o indivíduo viva em um ambiente social, além de auxiliar a sobrevivência e a qualidade de vida. As AVD'S se constituem nas atividades de banhar-se, utilizar o banheiro, escovar os dentes, alimentar-se, vestir-se, dentre outras (AOTA, 2015).

Intervenção dos Terapeutas Ocupacionais no Autocuidado do Idoso

No que concerne à atuação do terapeuta ocupacional na área de gerontologia e principalmente no autocuidado dos idosos, os profissionais foram indagados sobre a importância da profissão nesta área e apontaram:

É de fundamental importância. O idoso, com o passar da idade, começa a apresentar certas limitações para realizar suas atividades cotidianas. E o Terapeuta Ocupacional vai orientar a realização dessas atividades cotidianas da melhor forma possível. E em se tratando de idosos que necessitam, o terapeuta ocupacional vai utilizar a técnica de conservação de energia para que ele tenha o menor dispêndio de energia, realizando o autocuidado de forma independente (T05).

Eu acho que a gente ainda não conseguiu consolidar e constituir de uma forma legalizada esse espaço profissional [do autocuidado] como nosso, enquanto categoria (T011).

O terapeuta ocupacional tem por objetivo e até por obrigação estar orientando o autocuidado de acordo com as limitações que o processo de envelhecimento traz de "brinde". Por exemplo, se meu paciente tem uma artrose eu tenho que estar orientando ele de que forma ele pode se vestir preservando aquela musculatura ou articulação deficitária e me preocupar se ele tem como fazer isso, se tem alguém para o ajudar. Preciso pensar em formas de compensação.

Se meu objetivo no tratamento é mais a longo prazo então necessito pensar em formas de adaptação, pois isso será importante também para a autoestima e para que ele tenha uma certa independência dentro das limitações dele. Então a principal função do terapeuta ocupacional é verificar: se ele faz, como faz, porque ele não faz e estar atento a todos esses detalhes (T013).

Apesar dos profissionais reconhecerem a importância de sua atuação, tanto na área de gerontologia como mais especificamente no autocuidado, ainda encontram barreiras e dificuldades para consolidar a atuação profissional neste campo.

A identidade profissional é construída por aspectos sociais, políticos e econômicos, que regem o grau de significância, supervalorizando as profissões baseadas em métodos tradicionais, recursos tecnológicos e ações que atendam os interesses do capital de saúde. A Terapia Ocupacional, por sua vez, busca intervenções com o enfoque no cliente de forma objetiva e subjetiva, valorizando o fazer humano e suas áreas de desempenho ocupacional, assim também como o lazer e a vida em comunidade. A profissão possui identidade dinâmica e diversificada, dependendo, muitas vezes, da capacidade do terapeuta ocupacional de perpetuar e compartilhar o conhecimento sobre a profissão (CARVALHO, 2012).

A Terapia Ocupacional em gerontologia irá basear sua atuação em uma ação preventiva, recuperativa, adaptativa e que contribuirá para a manutenção da capacidade do idoso (ALMEIDA; SPÍNOLA; LANCMAN, 2009). O profissional deve desenvolver a capacidade de ajudar na obtenção da qualidade de vida, com enfoque não somente na doença ou limitações provenientes do estado patológico, mas na capacidade, funcionalidade e potencialidade do indivíduo em desenvolver suas tarefas e atividades (ALVES; PAULIN, 2015). Tal procedimento é evidente na fala dos profissionais, que buscam favorecer e alcançar a independência e autonomia dos idosos através das técnicas de conservação de energia e orientações para potencializar a realização das AVD'S.

Os Desafios da Prática Profissional

Outra questão analisada foi quais as dificuldades encontradas na prática profissional. Foram relatados escassez de materiais e recursos, realidade encontrada em vários setores que prestam serviços ou são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). A escassez de materiais e recursos interfere, mas não impossibilita a atuação e a prestação de serviços de saúde na referida unidade, como pontuado pelos profissionais.

Os desafios são questões relacionadas ao pequeno número de materiais e à limpeza do ambiente. Como vou atender meu paciente se a própria unidade que o recebe se encontra suja? Com relação à escassez de recursos, isso não me impede de realizar o meu trabalho. Se eu disser: eu não tenho nada, não tenho material, eu tenho, pois tenho um corpo, como terapeuta eu trabalho com o corpo. Dependendo do meu foco, primeiro eu conheço a história de vida do paciente e as suas dificuldades. Não é por falta de materiais que eu vou deixar de atender, vamos atender com o que tem. Além disso, outro desafio é nunca parar de estudar, como profissional não paramos, não é porque eu estou formada que eu não posso ir em busca de conhecimento. ...Não posso também ficar com o conhecimento só para mim, eu tenho que passar para o outro, eu me formei para ajudar o outro (T01).

Outro ponto levantado nos relatos foi em relação à adesão dos pacientes. Segundo os profissionais, devido à idade, encontram resistência para seguir as orientações profissionais, ou realizarem mudanças nos hábitos e rotinas.

Retomando a questão da "teimosia" do idoso, da dificuldade de enfrentar o novo, (a dificuldade) é justamente encontrar caminhos, encontrar palavras ou atitudes que façam com que eles revejam o comportamento dele, por que ele tem

que se cuidar mais e mudar alguns hábitos. Isso é muito complicado. O desafio é esse, um dos maiores desafios é fazer com que ele mude os pensamentos e as atitudes (TO2).

Quando analisado a resistência da pessoa idosa em seguir as orientações fornecidas pelo terapeuta, principalmente aquelas que demandam de alteração ou mudanças em hábitos, tarefas e atividades, percebe-se a necessidade de refletir sobre o valor dado a tarefa e o grau de significado presente em uma ocupação. Segundo o Modelo de Ocupação Humana, o fazer humano fornece o significado a vida, podendo construir e reconstruir o cotidiano, mudanças em tarefas significativas à pessoa podem contribuir para uma instabilidade, além de resistência e obstáculos para o engajamento do tratamento. O terapeuta ocupacional precisa apresentar uma sensibilidade para tratar de situações semelhantes, identificando as motivações e valores do paciente, buscando estratégias para conduzir de maneira satisfatória ao paciente e ao fluxo da terapia (SILVA; CASSIANO, 2006).

Foi apontado também pelos profissionais, dentre os desafios da prática profissional, prestar atendimento de qualidade ao paciente idoso, quando é necessário atender as exigências da instituição relacionadas à quantidade de atendimentos diários por profissional. Além disso, os profissionais destacaram as dificuldades em relação à estrutura do serviço.

Atender perfil socioeconômico cultural dos mais variáveis possíveis, tendo uma produção [quantidade mínima de atendimento por dia de trabalho] para cumprir, tendo uma demanda que tem que dar conta, por conta de uma lista de espera, eu penso e considero que isso interfere na qualidade do teu atendimento, por que é necessário ter mais tempo para investir no paciente e na família. Acho que esse é um ponto. O segundo é quanto é oferecido como estrutura de serviço. Eu gosto muito daqui, mas a gente também precisa

ter crítica e reconhecer que o espaço está sucateado, precisa ter manutenção e ter adequações necessárias (T011).

Pôr em prática as coisas que desejo fazer, pois as vezes sinto a necessidade de uma atividade a mais para o meu paciente. Mas por conta do tempo, do fluxo de atendimento, do número de pacientes em sala ao mesmo tempo, e um maior engajamento da família no tratamento [deixa a desejar] (T012).

Não é novidade que os postos de saúde, emergências, centros e unidades de atendimento especializado do SUS apresentem filas enormes, listas de espera abarrotadas de usuários e um sistema inchado, além dos cortes de gastos, que diminuem o investimento para as unidades. Tal realidade acarreta prejuízos no que se refere à qualidade de assistência fornecida ao usuário, que muitas das vezes, vai além da responsabilidade do profissional que compõe a rede, dependendo de ações políticas e socioeconômicas. O SUS foi criado e implementado com o intuito de fornecer o amparo à saúde, sendo está garantida pelo estado de forma universal e igualitária, o quadro sociopolítico vivenciado no Brasil dificulta a plena execução desses direitos, garantidos desde a constituição de 1988 (MALFITANO; FERREIRA, 2011).

CONCLUSÃO

A pesquisa, a partir do relato dos profissionais, evidenciou as principais queixas e patologias apresentadas pelos idosos atendidos pelos terapeutas ocupacionais da unidade, sendo estas, algias, comprometimentos cognitivos e funcionais, que interferem significativamente nas áreas de desempenho ocupacional. As intervenções individuais, grupais e agrupadas são realizadas conforme a necessidade apresentada pelo usuário, com o intuito de intervir também em aspectos psicossociais e de socialização.

O terapeuta ocupacional desempenha um papel de grande importância na atenção ao idoso, que por meio de práticas

preventivas, recuperativas e adaptativas possibilita maior autonomia e independência em suas ocupações. Além disso, o profissional baseia suas intervenções em instrumentos de avaliação, observações, modelos, técnicas, ações, é levado em consideração também as necessidades, perspectivas para o futuro, o suporte social que o idoso possui, dentre outros fatores. Todas essas questões, são utilizadas como estratégia para organizar um processo de tratamento que objetiva ao máximo contemplar as demandas apresentadas pela pessoa idosa, promover a independência, autonomia e qualidade de vida, e principalmente um bom desempenho ocupacional em suas atividades de autocuidado.

A formação e a capacitação do profissional de Terapia Ocupacional interferem significativamente na forma de intervenção e ações de tratamento, que de acordo com os relatos, estão voltadas à estimulação cognitiva, alongamentos, relaxamentos, cinesioatividades, atividades psicomotoras, treino de mobilidade e transferência, orientações sobre as Atividades de Vida Diária e auxílio aos cuidadores. Estas orientações visam potencializar ao máximo o desempenho nas tarefas e no autocuidado.

Torna-se relevante apontar, que os profissionais de Terapia Ocupacional da UEAFTO se destacam por seu compromisso com a profissão, tanto no âmbito da qualificação profissional de alto padrão, onde 96,2% possuem pós-graduação strictu sensu, quanto no desempenho de suas atividades profissionais junto ao paciente idoso.

O autocuidado, tema central da pesquisa, é visto pelos profissionais terapeutas ocupacionais como ponto essencial para a independência e a autonomia do idoso, promovendo ganhos significativos à esta população, enaltecendo ainda mais o campo da Terapia Ocupacional na gerontologia.

Destaca-se, portanto, a importância da Terapia Ocupacional no campo da Gerontologia, evidenciando-se nos relatos dos profissionais e na literatura, a importância desta área, considerando o envelhecimento gradativo não só da população brasileira, como também da população do estado do Pará.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. H. M.; BATISTA, M. P. P.; LUCOVES, K. C. R. G. Reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional para atuação com pessoas idosas em distintas modalidades de atenção: contribuições de egressos da USP-SP. v. 21, n. 2, p. 130-138. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. – São Paulo, 2010.
- ALMEIDA, M. H. M.; SPÍNOLA, A. W. P.; LOCMAN, S. Técnica delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. v. 20, n. 1, p. 49-58. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. - São Paulo, 2009.
- ALVES, C B., PAULIN, G. S. T. Linha do cuidado ao idoso na atenção primária à saúde: uma perspectiva das ações da terapia ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 571-580, 2015.
- AOTA - Associação Americana de Terapia Ocupacional. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. - São Paulo, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.
- BASTOS, S. C. A.; MANCINI, M. C.; PYLÓ, R. M. O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. v. 21, n. 2, p. 104-110. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. – São Paulo, 2010.
- CARVALHO, C. R. A. A Identidade Profissional dos Terapeutas Ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.364-371, 2012.
- COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Especialidade profissional de terapia ocupacional em gerontologia**. Resolução nº 477, de 20 de dezembro de 2016. Diário Oficial da União, nº 16, sessão 1, p. 67-68. São Paulo, 2017.

- CREFITO 10. **A Terapia Ocupacional em Gerontologia**. 2015. Disponível em: <<http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?idc=2172/>> Acesso: Julho de 2017.
- GIL, A. C **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GREGGIO, K. F. P. **Instrumentos de avaliação utilizados por terapeutas ocupacionais na assistência ao paciente com Acidente Vascular Cerebral: uma revisão crítica da literatura**. 38p. Monografia - Pós Graduação "Lato Sensu" em Terapia Ocupacional: Uma Visão Dinâmica em Neurologia, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO, Lins, 2011.
- IBGE. Estudos e Pesquisas Informação demográfica e socioeconômica número 25. **Indicadores sócios demográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.
- MALFITANO, A. P. S., FERREIRA A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 102-109, maio/ago. 2011.
- MARRA, T. A. et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. v. 11, n. 4, p. 267-273. **Rev. bras. fisioter.** - São Carlos, 2007.
- SARMENTO, A. L. R. **Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira do MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para rastreio de Comprometimento Cognitivo Leve**. 82p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Neurologia/ Neurocirurgia, Universidade Federal de São Paulo, 2009.
- SILVA, S. M. T.; CASSIANO, J. G. O fazer: O Processo de reconstrução do cotidiano do idoso Revisão de literatura. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2006.
- THÉVENON, A.; BLANCHARD, A. **Terapia Ocupacional**. In: Guia prático de medicina física e reabilitação. cap. 6, p. 39-44. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO GRUPAL DE TERAPIA OCUPACIONAL NA DOR, NO DESEMPENHO OCUPACIONAL E NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM LOMBALGIA

ADRIANA KAORI SASAKI

JAQUELINE DOS SANTOS RODRIGUES

JOUBERT MARINHO DA SILVA BENTES

ENISE CÁSSIA ABDO NAJJAR

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.95-118

INTRODUÇÃO

A dor na coluna lombar é um agravo com grande incidência na população. Também designada como lombalgia, possui diversas causas e acarreta limitações funcionais (FERREIRA et al., 2011). Estas limitações podem comprometer o desempenho ocupacional do indivíduo, que é compreendido como a habilidade em executar as atividades do cotidiano, tais como o autocuidado, o lazer e a vida produtiva (ANDRADE; SEABRA; RAMOS 2015).

A lombalgia pode repercutir de forma negativa em muitos aspectos da vida. No aspecto biológico é comum observar fraqueza e desequilíbrios musculares, espasmo muscular, diminuição da flexibilidade muscular, diminuição da mobilidade articular, bem como o ato de andar, subir escadas, agachar e carregar objetos (OSCARINO et al. 2009). No âmbito psicológico e emocional pode acarretar estresse, distúrbios no sono, alterações no apetite e na libido, além de manifestações de irritabilidade, diminuição da habilidade de concentração. A lombalgia pode também influenciar negativamente na vida social com exclusão social, restrições na capacidade para atividades familiares e profissionais (LEMOS, 2007).

Desse modo, a dor lombar interfere também na qualidade de vida do indivíduo, visto que os aspectos emocionais e culturais irão

influenciar diretamente em como a pessoa atribui um significado à algia, assim como no aumento da intensidade do quadro (DE PAULA *et al.*, 2016).

Deste modo, o terapeuta ocupacional se destaca como profissional essencial, que pode intervir junto ao indivíduo que apresenta queixas de dor na coluna lombar, por se apropriar de conhecimentos acerca do cotidiano do indivíduo e de suas ocupações (AOTA, 2015). Além disso, o terapeuta ocupacional possui uma compreensão integrada do indivíduo e pode direcionar sua intervenção não apenas à dimensão física, mas também às dimensões psicológica, ocupacional e social do indivíduo com lombalgia. Diante disso, citam-se os grupos terapêuticos com enfoque nas práticas corporais, como o relaxamento, o alongamento e as atividades de educação em saúde (SAITO; CASTRO, 2011; SILVA *et al.*, 2014).

OBJETIVO

Este estudo pretendeu analisar os efeitos de um Programa de Atividades Terapêuticas Ocupacionais na dor, no desempenho ocupacional e na qualidade de vida de participantes com lombalgia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter quanti-qualitativo, descritivo com teste e re-teste, do tipo sujeito como seu próprio controle. A pesquisa do tipo sujeito como seu próprio controle compara os dados apresentados pelo participante do estudo em sua linha de base com os dados do mesmo após a realização da intervenção (ANDERY, 2010).

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Ensino Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), caracterizado como Centro Especializado em Reabilitação (CER) II, localizado na Universidade do Estado do Pará (UEPA) – CCBS Campus II, bairro do Marco. A Unidade é referência no Estado no que tange a ações de assistência à comunidade, supervisionados por profissionais

e professores da universidade. A Unidade atende pacientes no âmbito da reabilitação intelectual e física. Dentre estes encontram-se os pacientes da área de ortopedia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará parecer de número 1.965.310, em 14 de março de 2017.

Foram selecionados 13 participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Entretanto, destes apenas 11 participaram assiduamente alcançando 80% de presença no programa de intervenção. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o Termo de autorização para uso de imagem e voz.

Foram considerados como critérios de inclusão pacientes com queixas de dor na coluna lombar, com idade acima de 18 anos, regularmente matriculados na UEAFTO. Foram excluídos do estudo: (1) pessoas com queixas de dor na coluna lombar de origem congênita; (2) pacientes com dor intensa, em virtude de estarem impossibilitados de realizarem algumas posturas e movimentos como deitar sobre o colchonete, permanecer sentado por um breve período, realizar movimentos de elevação do quadril, dentre outros. Estas posturas e movimentos foram executados durante os alongamentos e poderia gerar sensações dolorosas e de desconforto; (3) pacientes cadeirantes, amputados ou imobilizados em decorrência de necessitarem realizar atividades corporais intensas.

Para a coleta de dados foi realizada, inicialmente, uma entrevista semiestruturada com 12 questões, contendo: (1) dados sociodemográficos do paciente como sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação; (2) perfil epidemiológico, como tipo de dor, posição que alivia a dor e há quanto tempo apresenta o quadro algico; (3) tratamento medicamentoso e não medicamentoso; e (4) aspectos psicossociais, como comportamentos associados, e ocupacionais, com base nas atividades que mais se encontram afetadas. Buscou-se também, por meio da entrevista, realizar a avaliação subjetiva da dor, encontrada de maneira peculiar em cada paciente.

Em seguida foi aplicado o Modelo da Escala Analógica Visual de Faces de McGrath (1990), que apresenta dois extremos na variação da dor de efeitos positivos e negativos. As figuras de A à D envolvem a variação de sentimentos positivos, com ausência da dor. A figura E é apontada como ponto neutro da escala, e as figuras de F a I apresentam a variação da presença da intensidade da dor.

Posteriormente, foi aplicada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). Criada por pesquisadores canadenses, este instrumento é bastante utilizado pelos profissionais de Terapia Ocupacional, com base no modelo centrado no cliente. A COPM visa o desempenho ocupacional, que é a interação das esferas pessoa (caracterizando-se como físico, afetivo e cognitivo), ambiente (podendo ser físico, social, cultural e institucional) e ocupação, com enfoque nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer do indivíduo (CALDAS; FACUNDES; SILVA, 2011; LAW *et al.* 2009).

Na COPM a categoria de autocuidado avalia os aspectos de cuidado pessoal, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade. No que tange a produtividade, envolve o trabalho remunerado ou não, as tarefas domésticas, a escola e o brincar. O lazer refere-se à recreação tranquila, recreação ativa e socialização (LAW *et al.* 2009).

Para finalizar utilizou-se o Whoqol-Bref, que possui um enfoque na avaliação da qualidade de vida. Este analisa questões específicas, sendo que a primeira e segunda pergunta questionam sobre a qualidade de vida de modo geral e a satisfação com a própria saúde. As outras questões envolvem 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000).

Este instrumento possui uma classificação de resposta para cada domínio, que é composto por questões cujas pontuações variam de um a cinco, o qual é avaliado por "muito ruim a muito bom", "muito insatisfeito a muito satisfeito", "nada a extremamente", "nada a completamente" e "nunca a sempre" (FLECK, 2000).

O Programa consistiu em 9 sessões, desenvolvidas no período aproximado de dois meses, com dois encontros semanais de

aproximadamente 1 hora e meia de duração. Utilizaram-se estratégias de educação em saúde, abordando-se temáticas relacionadas ao gerenciamento da dor, execução adequada das atividades do cotidiano, manuseio correto de objetos e atividades físicas adequadas para alívio da dor. Nestes encontros também foram realizadas atividades corporais, sendo que em cinco destas sessões foram feitos relaxamentos e em quatro foram realizados alongamentos.

A análise de dados foi desenvolvida de forma quantitativa e qualitativa. As variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação. Para realizar as comparações (Antes x Depois) quando as variáveis apresentaram normalidade foi aplicado o teste t de Student para amostras pareadas (AYRES *et al.*, 2007).

Para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk. Foi previamente fixado o nível alfa =0.5 (Erro alfa 5%) para rejeitar a hipótese de nulidade. O projeto bioestatístico foi realizado no software SAM (Statistical Analysis Model) e o programa BioEstat versão 5.3 foi usado para aplicação dos testes de hipótese.

Os dados qualitativos foram analisados segundo o método de análise de conteúdo, por meio da técnica de sistematização e categorização do comportamento verbal (BARDIN, 2011). Os dados foram obtidos a partir das respostas subjetivas advindas da entrevista e do diário de campo, que foi elaborado a cada sessão. Durante a análise realizada evidenciou-se o tema e as características associadas ao tema, onde foram definidas três categorias analíticas: dor, desempenho ocupacional e qualidade de vida.

Para identificação dos participantes, optou-se em utilizar a letra P seguida de número, por exemplo P1, P2, até P11, preservando a identidade dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 11 participantes, 6 eram do sexo feminino, com idade entre 18 a 65 anos, sendo que P8, P9, P10 e P11 tinham idade

acima de 55 anos. Seis participantes concluíram o ensino médio e cinco possuíam ensino fundamental incompleto. Em relação à ocupação, sete participantes desenvolviam atividades laborais remuneradas tais como servente (P3), ajudante de pedreiro (P4), entregador de água (P5), cuidador (P6), costureira (P8 e P9) e agricultor (P11). Os dados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo. Belém – PA, 2017.

PARTICIPANTE	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO
P1	F	18	Solteira	Ensino Médio Completo	Estudante
P2	M	21	Solteiro	Ensino Médio Completo	Estudante
P3	M	28	Solteiro	Ensino Médio Completo	Servente
P4	M	29	Solteiro	Ensino Médio Completo	Ajudante de pedreiro
P5	M	34	Solteiro	Ensino Médio Completo	Entregador de água
P6	F	40	Solteira	Ensino Médio Completo	Cuidadora
P7	F	46	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Não trabalha
P8	F	55	Viúva	Ensino Fundamental Incompleto	Costureira
P9	F	62	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Costureira
P10	F	63	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Não trabalha
P11	M	65	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Agricultor

Fonte: Protocolo da pesquisa.

Em relação ao gênero dos participantes muitos estudos (Antunes *et al.*, 2013; Zanuto *et al.*, 2015) apresentam em seus resultados a predominância do sexo feminino no desencadeamento da lombalgia, o qual ressaltam os fatores ambientais que as mulheres estão expostas. Torres e Garcia

(2009) mencionam que o grupo de risco para lombalgia são as mulheres, por elas assumirem jornadas de trabalho extensivas, associadas a trabalho fora e dentro de casa.

No que tange à ocupação, verifica-se que as profissões desenvolvidas pelos participantes podem sobrecarregar a coluna lombar. Silva e Mello (2016) ressaltam que a profissão de costureira pode favorecer más posturas e movimentos que afetam estruturas tendíneas, musculares e ligamentares.

• Dor

No que concerne ao do tipo de Dor dos participantes antes de iniciar o Programa, a prevalência foi a dor "queimante", sendo relatada por P3, P4, P6 e P9. Já o tipo de dor "pontada" foi referido pelo P1, P5 e P11, enquanto que o tipo de dor "latejante" por P2 e P8. P7 e P10 que não souberam especificar o tipo de dor. Isso confirma o caráter subjetivo da dor, defendido por Mascarenhas e Santos (2011), que em sua pesquisa, por meio da avaliação com indivíduos que possuíam lombalgia crônica, pôde perceber uma opinião própria acerca das diversas condições de saúde.

Em relação à posição que alivia a Dor, a posição "permanecer em decúbito dorsal" foi citada por 8 participantes (P2, P3, P4, P5, P7, P8, P10 e P11), enquanto que P1 relatou que a posição que alivia a dor é em "decúbito ventral", P9 mencionou a preferência pela posição "manter-se em pé" e P6 destacou que a posição que alivia a dor é "decúbito lateral". Nesse sentido, Aquino e colaboradores (2010) mostraram que é possível promover a estabilização na ocorrência de dor na região lombar da coluna, ao incentivar que os participantes do estudo permanecessem em decúbito dorsal, ventral e lateral. Foram realizados ainda exercícios nas posições referidas, mostrando-se mais eficaz no alívio da dor.

Destaca-se ainda que P4 também relatou diminuição da Dor ao manter-se na rede, o que é uma característica própria

da região amazônica. Ramos (2017) afirma que é possível encontrar uma posição anatômica correta ao alinhar cabeça, coluna, tronco, cintura pélvica e pés, trazendo conforto físico e aeração adequada.

Com relação à duração do quadro algico, verificou-se que 2 participantes (P4 e P10) relataram apresentar episódios de dor até 11 meses; 7 participantes (P1, P2, P3, P6, P7, P8 e P11), portanto a maioria, relataram apresentar quadro algico de 12 a 23 meses e outros 2 integrantes do grupo (P5 e P9) relataram apresentar episódios de dor há 24 meses ou mais.

Em relação ao estado emocional relacionado à dor, 7 participantes (P1, P2, P3, P4, P5, P7 e P8) referiram estresse e raiva, enquanto 2 (P9 e P10) relataram sensação de solidão e tristeza; P6 relatou estado depressivo, P11 relatou estar tranquilo.

Em relação à intensidade da dor, a avaliação da dor foi realizada por meio da Escala de Faces de McGrath, demonstrou mediana Antes do programa na Face G (dor intensa).

Segundo Pereira (2012), a dor interfere os diversos contextos do indivíduo, ao gerar alterações na rotina ocupacional, nos hábitos de vida, na personalidade e na funcionalidade. Além disso, é umas das causas do nível baixo de interação social, podendo também comprometer o desempenho ocupacional e qualidade de vida, resultando em mudanças significativas no dia-a-dia.

Após o Programa de intervenção houve redução significativa da dor lombar pois intensidade média da dor evoluiu da Face G para a Face D. A melhora da sensação dolorosa foi percebida por 100% dos participantes, com destaque especial para 6 (P1, P2, P5, P6, P7 e P10), portanto mais de 50% dos pacientes, que referiram melhora bem significativa no alívio da dor após a participação no programa de intervenção. A avaliação da dor lombar antes e depois do Programa de Intervenção encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2: Avaliação da dor lombar antes e depois do Programa de Intervenção. Belém – PA, 2017.

Participantes	Antes	Depois
P1	H	C
P2	I	A
P3	F	E
P4	I	H
P5	I	D
P6	H	B
P7	D	A
P8	G	E
P9	E	D
P10	F	B
P11	G	D

Fonte: Protocolo da pesquisa.

Os participantes apresentaram relatos de satisfação e gratidão pela aprendizagem de como lidar com a dor e alívio da sensação dolorosa:

Estava com muita dor na minha (coluna) lombar mesmo, vinha mancando mesmo. Quando eu faço (as atividades) alivia a dor, porque eu estava tensa. Estava doendo, eu vinha mancando de dor mesmo. Estava latejando a minha (coluna) lombar. Alivia quando eu faço (as atividades) e bastante mesmo (P6).

Eu já estou acostumada a fazer exercício físico, mas aqui eu consigo realmente aliviar a minha dor e também aprendo como fazer e o que fazer em casa (P1).

É uma pena estar acabando (o programa de intervenção), eu estou me sentindo muito melhor, essas atividades mudaram meu estilo de vida... eu aprendi como aliviar minha dor, e tudo que vocês ensinaram eu faço em casa (P2).

Em estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2014), destaca-se resultados favoráveis, pois 56,7% dos participantes apresentaram melhora na dor e 60% no desempenho funcional.

No estudo de Puppin *et al.* (2011) realizado na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Vila Velha, no Espírito Santo, 55 participantes com queixas de dor na coluna lombar foram subdivididos em grupo de alongamento (30 participantes) e grupo controle (25 participantes). Os participantes do grupo de alongamento apresentaram significativa melhora da dor moderada para a leve. Os autores ainda ressaltam outros ganhos como redução da incapacidade funcional e melhora da flexibilidade global.

Ressalta-se o programa "Escola de Postura" de Nogueira e Navega (2011) que possuiu como objetivo analisar os efeitos do programa em relação à qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade em trabalhadores com dor lombar inespecífica. O estudo foi realizado em sete encontros, com quatro grupos, de sete ou oito participantes, com um total de 33 trabalhadores.

Foram aplicadas atividades corporais por meio de alongamentos e atividades de educação em saúde com temas condizentes a noções de anatomia, cinesiologia e biomecânica da coluna vertebral. Nesse sentido, os participantes afirmaram diminuição na intensidade da dor.

Em consonância, Ferreira e Navega (2010) também implementaram um programa de "Escola da Postura" para pacientes com lombalgia crônica, em que foram avaliados 41 sujeitos, de ambos os gêneros, com idade entre 25 a 65 anos que possuíam dor lombar crônica.

Os autores supracitados mencionam que são poucos os estudos que não encontraram eficácia nos programas de "Escola de Postura", com alívio de sintomas da dor.

O estudo de Freitas *et al.* (2011) corrobora com os achados do presente estudo, pois encontraram em sua pesquisa a redução

da queixa de dor na coluna lombar e o aumento da amplitude de movimento após desenvolverem um programa de cinesioterapia laboral. Os autores reforçam a importância da realização de atividades físicas para minimizar a dor na coluna lombar.

Pereira, Ferreira, Pereira (2010) realizaram uma pesquisa com objetivo de analisar os benefícios da prática de exercícios físicos na redução da dor lombar, e obtiveram como resultado a melhora significativa da dor. Este estudo também demonstra que é possível minimizar as queixas de dores lombares, com a intervenção de um Programa que utilize as atividades corporais e educativas.

Verificou-se também, no início do Programa de intervenção, principalmente nos primeiros temas abordados nas atividades de Educação em Saúde, que os participantes não apresentaram conhecimento adequado sobre dor, lombalgia, adequação postural, alongamento, relaxamento, mecanismo de aliviar a dor e a maneira correta para realizar atividades do dia-a-dia, corroborando com a pesquisa de Ferreira e Navega (2010), evidenciando significativo desconhecimento sobre sua patologia e de como minimizar as complicações.

Dessa forma, evidenciam-se resultados reduzidos na aplicação das atividades educativas, fator apontado na literatura como aspecto preocupante para o tratamento da lombalgia. Sendo assim, para obter resultados satisfatórios no Programa de intervenção, as aplicadoras se apropriaram de estratégias dinâmicas e lúdicas com objetivo de proporcionar conhecimentos adequados da condição em questão. O que se torna primordial para adesão do tratamento.

• Desempenho Ocupacional

O efeito do Programa de Intervenção sobre o Desempenho Ocupacional demonstrou que houve um aumento estatisticamente significativo, pois a média Antes evoluiu para Depois, revelando que todos os pacientes apresentaram melhora, como mostra o Gráfico 1.

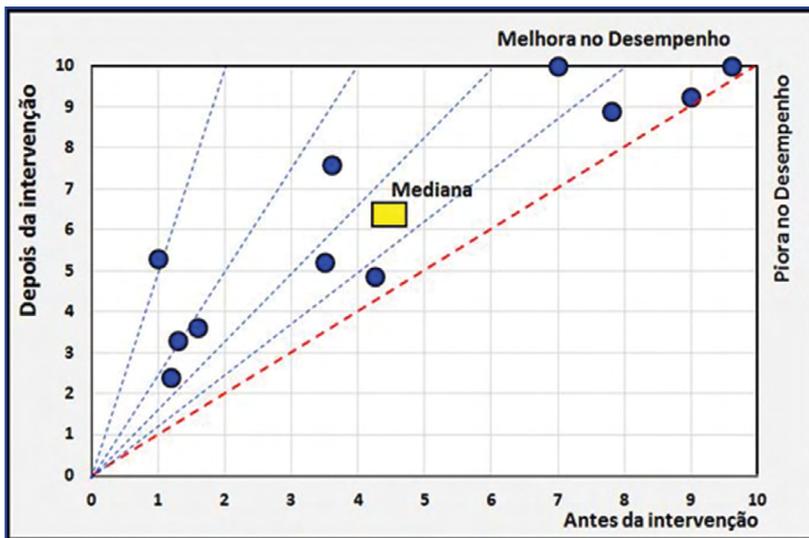


Gráfico 1: Avaliação do quesito Desempenho Antes e Depois do Programa de Intervenção. Belém – PA, 2017.

Dentre as áreas de autocuidado, produtividade e lazer, ressalta-se que o autocuidado foi a área que mais se mostrou afetada. Constatou-se que 100% dos participantes mencionaram dificuldades no autocuidado, principalmente no que concerne aos cuidados pessoais e independência fora de casa.

Torres e Garcia (2009) apresentaram em seu estudo o perfil do desempenho ocupacional de pacientes com lombalgias, em que a maioria dos problemas apresentados envolvia o autocuidado, visto que abrange atividades mais básicas e vitais que o homem executa. Dessa forma, o indivíduo está em contato grande parte do tempo com tais tarefas.

Já na pesquisa de Barros, Ângelo e Uchôa (2011), foram analisados 239 funcionários, de ambos os gêneros, de uma instituição de ensino superior da cidade de Recife. Notou-se, por meio dos questionários de avaliação, que as maiores limitações relacionadas às sequelas da lombalgia envolvem a realização das tarefas condizentes às atividades de vida diária, bem como produtivas.

Nesse sentido, destaca-se a área da produtividade como a segunda mais prejudicada entre os participantes, com enfoque no trabalho. P3, P4, P5, P6, P7, P8 e P11 relataram dificuldades em realizar as atividades requeridas no emprego em decorrência da dor, sendo que P3 e P4 se afastaram da atividade. No entanto, durante a aplicação do Programa de intervenção, P3 pôde voltar ao mercado de trabalho.

Torres e Garcia (2009) afirmam novamente que a dor na coluna lombar acomete os indivíduos com maior frequência na fase da vida que é mais produtiva e ativa, consistindo em uma das principais causas pela procura de tratamento e afastamento do trabalho. Estes dados corroboram os achados deste estudo, uma vez que a maior parte dos participantes demonstrou possuir limitações no campo do trabalho.

Ademais, P1, P2, P3 e P4 citaram também o agravamento dos sintomas no lazer e ao praticar esportes, os quais também se caracterizam como fundamentais no cotidiano. Com relação à avaliação da Satisfação, também houve melhora altamente significativa, o qual a média Antes evoluiu para Depois, como mostra o Gráfico 2.

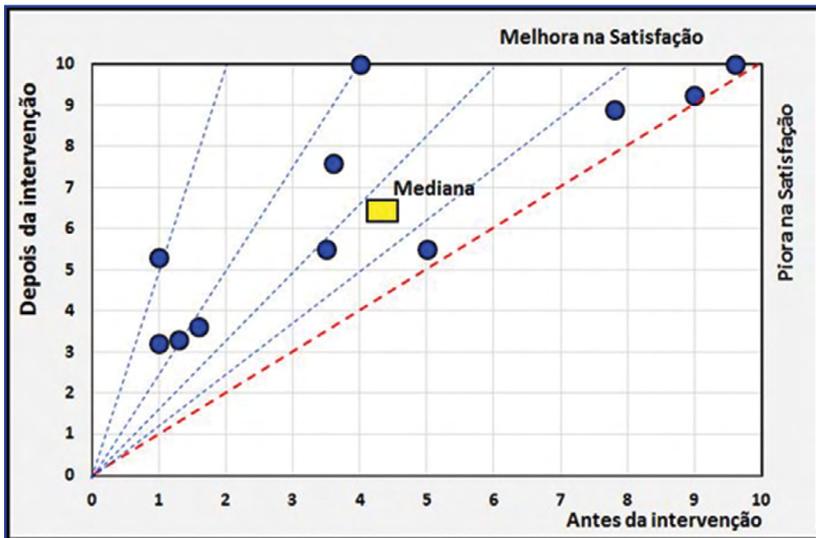


Gráfico 2: Avaliação do quesito Satisfação Antes e Depois do Programa de Intervenção. Belém – PA, 2017.

Dessa forma, observou-se que houve modificações positivas no desempenho e satisfação dos participantes, bem como o esclarecimento acerca de ambos os termos. Na análise qualitativa dos dados, foi evidenciado nos relatos dos participantes a dificuldade em realizar atividades diárias, em virtude da intensidade da dor e o modo que realizam certas tarefas, como o exposto:

Essa dor atrapalha no que eu mais amo fazer, jogar bola, jogo desde pequena, mesmo com a dor eu continuo jogando, ainda é a atividade que eu consigo fazer... eu gosto de estudar, mas nunca encontro uma posição, então eu acabo estudando pouco... isso me irrita (P1).

Minha filha, as vezes eu deixo a casa toda bagunçada... o simples fato de lavar uma louça eu já tenho minhas crises, infelizmente não consigo mais ir na feira comprar minhas coisas, até varrer a casa é uma dificuldade (P9).

Eu faço as coisas em casa por obrigação, mas eu peço ajuda quando não dou conta ou quando está doendo muito, fico triste por não conseguir mais fazer as coisas que fazia antes... arredar o sofá, carregar os meus netos no colo, fazer faxina na casa (P10).

Em contraponto, após algumas sessões, alguns participantes apresentaram relatos que consistiam em executar as atividades de maneira mais adequada, visto que os participantes desenvolveram a consciência postural e compreenderam como lidar com suas limitações na realização das atividades, fatores estes evidenciados durante a intervenção realizada:

Vou voltar a trabalhar, agora tenho uma nova função, que não exige tanto esforço físico, vou poder voltar a ganhar meu dinheiro (P3). Aqui eu aprendi como aliviar a dor, uma postura certa de lavar uma louça, uma roupa, tudo isso é importante (P9).

Salienta-se ainda que o grupo se constituiu como um espaço de escuta terapêutica e socialização. É relevante destacar que, em decorrência do quadro algíco dos participantes, o convívio social dos pacientes encontrava-se prejudicado. Foi destacado nos relatos apresentados pelos participantes que o acolhimento do grupo e das terapeutas permitiu a expressão das emoções, e isso pode ter contribuído também no processo de alívio da dor:

Aqui eu me sinto bem para contar sobre a dor, pois sinto que sou ouvido (P2).

Eu gosto de vir para o grupo, tem dias que eu chego triste e saio relaxada, com um sorriso no rosto (P6).

• Qualidade de Vida

A avaliação da qualidade de vida, por meio do Whoqol-Bref mostrou que todos os domínios apresentaram melhora. Silva et. al (2014) ressaltam que não existe um ponto de corte "bom ou ruim" sobre a qualidade de vida, mas é importante realizar a avaliação e reavaliação periodicamente para comparar se existe melhora no processo.

A primeira e a segunda pergunta do instrumento que consistiam, respectivamente, em: "Como você avalia sua qualidade de vida?", e "Quão satisfeito você está com sua saúde?", não estavam inseridas nos quatro domínios, porém também foram investigadas.

Percebeu-se que as respostas, no momento da avaliação e na reavaliação, não apresentaram alterações significativas. A primeira questão obteve como resposta em sua maioria "Nem ruim nem boa"; e a segunda questão obteve como resposta "Satisfeito".

De acordo, com a análise dos resultados de antes e depois da aplicação dos protocolos de avaliação, destaca-se o da qualidade de vida, o qual foi possível observar que todos os domínios físico, psicológico, de relações sociais e do meio ambiente, receberam

influência da dor. Ou seja, quanto maior a dor, mais baixos os índices encontrados de qualidade de vida. À medida em que a dor diminuiu, os índices de qualidade de vida aumentaram.

Observa-se ainda que o fator “físico” e o fator “geral” indicado como a qualidade de vida propriamente dita, foram os que apresentaram aumento estatisticamente significativo após a intervenção com Antes da aplicação do Programa de intervenção evoluindo após o Programa. Evidencia-se o domínio “físico”, que engloba as facetas dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; bem como capacidade de trabalho (GOMES; HAMANN; GUTIERREZ, 2014). Os dados encontram-se no Gráfico 3.

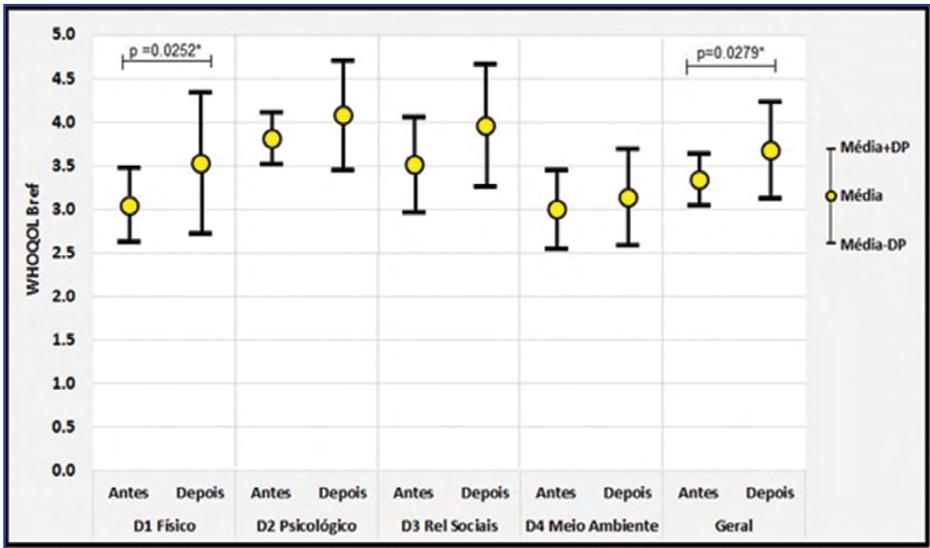


Gráfico 3: Avaliação da Qualidade de vida antes e depois da intervenção.
Belém – PA, 2017

Destaca-se mais uma vez o programa “Escola de Postura” de Nogueira e Navega (2011) e Ferreira e Navega (2010), que indicam melhora expressiva das atividades corporais e de educação em saúde para a qualidade de vida dos participantes, associada à redução da dor lombar, não sendo significativa apenas em relação aos aspectos emocionais.

Ressalta-se também que a quantidade de encontros, bem como a assiduidade neles, interfere diretamente no progresso da qualidade de vida. Ziroldo e Bertolini (2015) afirmam que, ao avaliar dois grupos, em 7 encontros, os escores do Whoqol-Bref indicaram pouca melhora. Dessa forma, salienta-se que o acompanhamento deve ser realizado constantemente pois os resultados aparecem a longo prazo.

Durante as intervenções, os participantes foram questionados sobre os seus conhecimentos acerca da qualidade de vida:

Qualidade de vida, para mim, é fazer tudo o que tu gostas, é jogar futebol, é trabalhar, antes eu não tinha essas frescuras, agora não estou podendo fazer (P3).

Qualidade de vida, para mim, é a pessoa ter uma boa saúde e fazer tudo (P1).

Mas tu não podes também achar que as dores vão te incomodar e tu não vai ter uma boa qualidade de vida, de buscar um tratamento adequado e colocar em prática não deixa de ser um prazer na tua vida. Tem que saber conviver com a dor e não reclamar (P6).

Buscou-se, durante a intervenção, sensibilizar os participantes para a compreensão acerca da importância de realizar exercícios em casa, como forma de promover mudança no cotidiano. Dessa forma, perguntou-se aos participantes se as atividades estavam auxiliando no processo de alívio da dor e na melhora da qualidade de vida:

É engraçado, a partir do momento que eu comecei a fazer o exercício em casa, dá vontade de fazer todo dia, porque dá para perceber o bem que isso faz (P6).

Agora eu consigo respirar e relaxar, me sinto bem (P3).

Sinto que minha qualidade de vida melhorou bastante, depois do grupo, minha coluna não dói tanto quanto antes, até o médico pode comprovar nos exames (P2).

Durante a realização do Programa de Intervenção, buscou-se atender as principais demandas dos participantes com lombalgia. Ao analisar as dificuldades dos participantes e apropriar-se das peculiaridades de cada um. Dessa forma, as atividades de alongamento e relaxamento, acompanhadas da respiração apropriada, envolveram movimentos, que poderiam ser executados de maneira adequada por todos.

Após as intervenções, observou-se que os participantes aprenderam a lidar com a dor e criaram estratégias para o alívio ou até mesmo o convívio com a mesma. Percebeu-se ainda que os integrantes do grupo construíram um vínculo terapeuta-paciente com as acadêmicas, objetivo primordial da Terapia Ocupacional, e também entre os próprios participantes da pesquisa. Os mesmos puderam se sentir confortáveis ao estabelecer um momento de troca e aprendizados, no que concerne à temática em questão, bem como de compartilhar vivências e experiências de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou analisar os efeitos do programa de intervenção grupal de Terapia Ocupacional, com enfoque em atividades educativas e corporais, na dor, no desempenho ocupacional e na qualidade de vida de onze participantes com lombalgia. Buscou também identificar o tipo e a intensidade de dor na coluna lombar apresentada pelo paciente adulto e idoso; analisar o desempenho ocupacional e satisfação dos participantes e analisar a qualidade de vida dos participantes.

Observou-se que o Programa de Intervenção teve um impacto positivo na redução da intensidade da dor, referida pelos participantes, no desempenho ocupacional destes e nas atividades do dia-a-dia, bem como na melhora da qualidade de vida dos mesmos, principalmente no âmbito físico. Ressalta-se também, que o estudo pôde contribuir em curto prazo na prevenção de outras complicações provenientes da lombalgia.

Houve ganhos satisfatórios, à medida que os participantes assimilaram as orientações em relação aos hábitos e condutas no cotidiano. Além disso, pôde-se desmistificar conceitos sobre a condição de saúde que apresentavam. Observou-se que a cada intervenção, a maioria dos participantes relatou aprender a conviver com a dor ao implementar no seu cotidiano os exercícios aprendidos. Deste modo, pôde-se ressignificar o cotidiano dos participantes a partir de atividades, e também possibilitar a estes a aquisição de novos conhecimentos acerca de como lidar com a dor e as limitações em decorrência da lombalgia.

Observou-se por meio do relato dos participantes, que estes desenvolveram grande estima pelo grupo, que proporcionou o estabelecimento de interação entre pessoas que possuem a mesma condição clínica, porém com contextos diferentes. Destaca-se também a importância da assiduidade dos indivíduos no Programa de intervenção realizado (igual ou maior a 80%), uma vez que este fator é indicativo de boa adesão ao tratamento proposto. Além disso, o estabelecimento do vínculo das acadêmicas com os integrantes foi essencial para a construção e a consolidação da pesquisa.

Esta pesquisa evidencia, portanto, a eficácia da intervenção de Terapia Ocupacional na dor, no desempenho ocupacional e na qualidade de vida, quando se utiliza as atividades corporais e a educação em saúde com pacientes com queixas de dor lombar.

Ressalta-se novamente a escassez de artigos e publicações em sites ou periódicos validados, que envolvam a temática em questão, ainda pouco explorada e compartilhada no que tange às produções científicas no âmbito da Terapia Ocupacional. Dessa forma, salienta-se a importância do profissional de Terapia Ocupacional no contexto do indivíduo com lombalgia. Espera-se que este estudo possa contribuir para a divulgação da prática da profissão, pois revelou resultados positivos para a melhora geral dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, V. S.; SEABRA, M. M. A.; RAMOS, I. E. M. Correlação entre fadiga e desempenho ocupacional de indivíduos com esclerose múltipla. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 795-802, 2015. Disponível em: <www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/download/1140/667+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-ab>. Acesso em: 5 ago. 2017.
- ANDREY, M.A.P.A. Métodos de pesquisa em análise do comportamento. **Revista de Psicologia da USP**, São Paulo, v. 21, n.2, p. 313-342, 2010.
- AQUINO, C. F.; CARDOSO, V. A.; MACHADO, N. C.; FRANKLIN, J. S.; AUGUSTO, V. G. Análise da relação entre dor lombar e desequilíbrio de força muscular em bailarinas. **Fisioter. Mov.**, v. 23, n. 3, p. 399-408, jul./set. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a07v23n3>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3ª ed. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, p. 1-49, 2015 (ed. esp.). Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496/96423>>. Acesso em: 1 ago. 2017.
- BARROS, S. S.; ÂNGELO, R. C. O.; UCHÔA, E. P. B. L. Lombalgia ocupacional e a postura sentada. **Rev Dor.**, v. 12, n. 3, jul./set. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a06>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- BORBA, A. C. **A relação entre a intensidade da lombalgia e a funcionalidade nos idosos**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7139>. Acesso em: 20 jun. 2018.

- CALDAS, A. S. C.; FACUNDES, V, L. D.; DA SILVA, H. J. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 238-244, set./dez. 2011.
- DE FERREIRA, G. D; SILVA, M. C; ROMBALDI, A. J; WREGE, E. D; SIQUEIRA, F. V; HALLAL, P. C. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 15, n. 1, p. 31-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n1/AOP%20002_11.pdf>. Acesso em: 22 out.
- DE PAULA, E. A.; BUSCHINELLI, J.T.; MAENO, M.; DA COSTA, R.F. Qualidade de vida de trabalhadores com LER/DORT e lombalgia ocupacional atendidos no Cerest de Guarulhos, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, n. 19, p. 1-11, 2016.
- FERREIRA, M. S.; NAVEGA, M. T. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. **Acta Ortop Bras.**, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/657/65715774002.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.5, n.1, pp.33-38, 2000.
- FREITAS, K. P. N.; BARROS, S. S.; ÂNGELO, R. C. O.; UCHÔA, P. B. L. Lombalgia ocupacional e a postura sentada: efeitos da cinesioterapia laboral. **Revista de Dor**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a05v12n4>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- GOMES, J. R. A. A.; HAMANN, E. M.; GUTIERREZ, M. M. U. Aplicação do WHOQOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. **Rev Bras Epidemiol.**, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-

rbepid-17-02-00495.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

- LAW, M.; BAPTISTE, S.; CARSWELL, A.; McCOLL, M. A.; POLATAJKO, H.; POLLOCK, N. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- LEMOS, A. I. **Dor Crônica: diagnóstico, investigação, tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2007.
- LIZIER, D. T; PEREZ, M. V; SAKATA, R. K. Exercícios para Tratamento de Lombalgia Inespecífica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 62, n. 6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n6/v62n6a08>>. Acesso em: 12 mai. 2017.
- MCGRATH, P. J.; BEYER, J.; CLEELAND, C.; ELAND, J.; MCGRATH, P. A.; PORTENOY, R. Relatório do subcomitê de avaliação e questões metodológicas no tratamento da dor no câncer na infância. **Pediatrics**, v. 86, n. 5, p. 814-817, nov. 1990. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/86/5/814.short>>. Acesso em: 12 mai. 2017.
- MASCARENHAS, C. H.; SANTOS, L. S. Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia crônica. **Health Sci Inst.**, v. 29, n. 3, 2011. Disponível em: <unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p205-208.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- NOGUEIRA, H. C.; NAVEGA, M. T. Influência da Escola de Postura na qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade de trabalhadores administrativos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, n. 4, p. 353-8, out./dez. 2011. Disponível em: <www.journals.usp.br/fpusp/article/view/12284/14061>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- OCARINO, J. M.; GONÇALVES, G. G. P.; CABRAL, A. A. V.; PORTO, J. V. SILVA, M. T. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**.

- São Carlos, v. 13, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2009nahead/aop044_09.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017
- PEREIRA, N. T; FERREIRA, L. A. B; PEREIRA, W. M. Efetividade de exercícios de estabilização segmentar sobre a dor lombar crônica mecânico-postural. **Fisioterapia Movimento**, v. 23, n. 4, Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n4/a11v23n4>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- PUPPIN, M. A. F. L.; MARQUES, A. P.; SILVA, A. G.; NETO, H. A. F. Alongamento muscular na dor lombar crônica inespecífica: uma estratégia do método GDS. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.2, 2011. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/fpusp/article/view/12245/14022>>. Acesso em: 27 out. 2017.
- SAITO, C. M; CASTRO, E. D. Práticas Corporais como Potência da Vida. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**. São Carlos, v. 19, n.2, p 177-188, 2011. Disponível em: <<http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/460/325>>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- SILVA, A. D. P.; MELLO, S. M. B. **Prevalência da lombalgia ocupacional em costureiras da cidade de Toritama-PE**. 2016. Disponível em: <repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/523>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, A. M. B.; SOUSA, F. O.; COSTA, T. P. S.; HAZIME, F. A. Desempenho funcional e percepção da dor na Lombalgia crônica após aplicação de um Programa de back school. **Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/426/282>>. Acesso em: 27 out. 2017.
- TORRES, G. C; GARCIA, R. R. Perfil do desempenho ocupacional de pacientes com algias vertebrais crônicas, atendidos em uma clínica-escola de fisioterapia. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 7, n. 19. 2009. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/332/154>. Acesso em: 20 out. 2017.

- ZANUTO, E. A. C.; CODOGNO, J. S.; CHRISTÓFARO, D. G. D.; VANDERLEI, L. C. M.; CARDOSO, J. R.; FERNANDES, R. A. Prevalência de dor lombar e fatores associados entre adultos de cidade média brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 5, mai. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/pt_1413-8123-csc-20-05-01575.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- ZAVARIZE, S. F.; WECHSLER, S. M. Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 15, n.3, p. 403-414, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.
- ZIROLDO, M. L.; BERTOLINI, S. M. M. G. Comparação entre cinesioterapia e escola de coluna no tratamento da lombalgia em idosos. **Rev Rene.**, v. 15, n. 5, set./out. 2015. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/3240/324042637011.pdf. Acesso em março de 2017.

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM VITILIGO ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE DERMATOLOGIA EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO PAÍS

BRUNA MENDES DE FREITAS

GABRIELLA MARTINS GALVÃO

MARIANE CORDEIRO ALVES FRANCO

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.119-125

INTRODUÇÃO

O vitiligo é uma doença cutânea crônica em que ocorre despigmentação da pele secundária à perda de melanócitos. É caracterizada pela formação de máculas e manchas acrômicas, variáveis na forma e no tamanho, geralmente em áreas fotoexpostas. A prevalência é estimada em 1-2% da população mundial. Não há diferença significativa no acometimento entre homens e mulheres (SZABO; BRANDÃO, 2016). Apesar de ser uma doença dermatológica extremamente frequente no país, ainda é uma patologia carente de estudos em âmbito nacional, havendo escassez na literatura brasileira, principalmente no que diz respeito a aspectos epidemiológicos (NUNES; ESSER, 2011). Dessa forma, pode-se observar a necessidade de novos estudos sobre o assunto, uma vez que a carência de informações acerca da patologia dificulta a evolução do conhecimento sobre ela e possíveis progressos em relação ao tratamento.

O vitiligo é uma doença multifatorial. Além dos fatores genéticos, em que se observa um aumento de dez vezes do risco relativo de ter a doença em familiares de primeiro grau dos pacientes, outros aspectos estão envolvidos, entre eles autoimunidade, defeitos intrínsecos dos melanócitos e das células T e estresse oxidativo (NOGUEIRA et al, 2009). O vitiligo pode ser classificado em segmentar e não segmentar. A forma segmentar geralmente respeita a linha média corporal e costuma seguir o dermatomo correspondente. A não segmentar é a mais comum, podendo ser dividida em: acrofacial; mucosa; generalizada ou comum; universal e mista (EZZEDINE et al, 2012).

O impacto estético exercido pela doença geralmente resulta em baixa autoestima, aversão à sua própria imagem corporal, podendo desencadear quadros de isolamento e depressão. Pelo fato de a maioria dos pacientes desenvolver a doença no início da vida adulta, o vitiligo acaba influenciando no desenvolvimento pessoal, psicológico e profissional do indivíduo (OLIVEIRA et al, 2012). Por isso, é muito importante a avaliação da qualidade de vida desses pacientes. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define QoL como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de cultura e de valores que vive, em relação a suas metas, a suas expectativas, a seus padrões e a suas preocupações. A avaliação da QoL é baseada em três domínios: funcionamento físico; estado psicológico e interação social (TEOVSKA et al, 2012).

Diversos instrumentos genéricos já foram utilizados para avaliar a QoL em pacientes com vitiligo. O *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), utilizado em adultos, foi desenvolvido em 1994 e consiste em um questionário de dez itens, com seis domínios: sintomas e sentimentos; atividades diárias; lazer; trabalho e escola; relações pessoais e tratamento. É o instrumento mais utilizado em ensaios clínicos randomizados na Dermatologia (EZZEDINE et al, 2015).

Diante disso, é importante conhecer o contexto em que o portador de vitiligo está inserido. A forma como sua vida é afetada pela doença é importante para que o profissional possa atuar junto ao paciente com maior eficácia. Portanto, esta pesquisa objetivou avaliar o perfil epidemiológico e a qualidade de vida de pacientes com vitiligo atendidos em um centro de referência em dermatologia na cidade de Belém do Pará.

OBJETIVOS

Foi o objetivo primário da pesquisa avaliar a qualidade de vida de pacientes com vitiligo atendidos em um centro de referência em dermatologia de um município no Norte do país. Quanto aos

objetivos secundários, estes foram: descrever as características demográficas da população estudada; identificar topografia das lesões cutâneas; demonstrar tempo de evolução da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico, com delineamento transversal e observacional. O mesmo foi realizado em um ambulatório de dermatologia, localizado em Belém/Pará, no Norte do país, e que se caracteriza como um local de referência, o qual é responsável pelo diagnóstico e tratamento de várias doenças dermatológicas, possui diversos profissionais capacitados, além de estrutura para o ensino, uma vez que constitui também ambiente de formação profissional, por meio da residência médica.

A casuística foi composta por indivíduos portadores de vitiligo, matriculados no ambulatório de dermatologia da Universidade do Estado do Pará, no período de agosto de 2017 a março de 2018. Os dados colhidos para avaliação epidemiológica foram: nome (iniciais), gênero, idade, cor, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, tempo de diagnóstico da doença e topografia das lesões. Quanto a avaliação do impacto do vitiligo na qualidade de vida do paciente, esta foi realizada através da versão validada para o português do protocolo DLQI.

Os dados foram analisados através dos softwares Word® 2010, para a redação do trabalho em geral, e BioEstat® versão 5.3 para a análise estatística (descritiva e/ou analítica), adotando-se 5% como nível de significância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de agosto de 2017 a março de 2018, 21 pacientes com vitiligo, acompanhados no ambulatório de dermatologia da Universidade do Estado do Pará, foram entrevistados para a pesquisa do perfil epidemiológico e avaliação da qualidade de vida. Em relação ao perfil epidemiológico, foi constatado no presente estudo que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (71,4%).

Quanto à faixa etária foi observada a predominância de pacientes com idade entre 47 e 56 anos (38,1%), havendo uma idade média de 47 anos. No que se refere à cor, a maioria se declarou parda (81%); e quanto ao estado civil, observou-se que metade dos pacientes era casada (42,9%).

Em relação à escolaridade, pôde-se verificar um maior número de pacientes que possuíam o ensino fundamental (47,6%). Quanto à ocupação, foi visualizado que a maioria dos pacientes era de donas de casa (23,8%). No aspecto financeiro, os pacientes do ambulatório possuíam uma renda menor que 1 salário mínimo em sua maioria (47,6%), o que corresponde a R\$ 954,00 no ano de 2018. Foi observado também que um maior número de pacientes tinha procedência da capital (76,2%).

Quanto à realização do tratamento, 100% dos pacientes avaliados no presente trabalho estavam a realizá-lo. A variável que considerava a topografia das lesões revelou que os pacientes avaliados no ambulatório de dermatologia apresentaram lesões nos membros em sua maioria (90,5%). E em relação ao tempo de diagnóstico da doença, a maioria dos pacientes avaliados no ambulatório de dermatologia consideraram que ele foi feito entre 2 e 5 anos, sendo que 23,8 % foram diagnosticados há 2 anos e 47,6% há 5 anos, tendo um tempo médio de 4 anos ($\mu = 3.76$), variando com desvio padrão (DP = ± 2.94) para mais ou menos (± 3 anos).

Neste estudo, para avaliar a qualidade de vida de pacientes com vitiligo foi utilizado o DLQI, o primeiro instrumento de avaliação de qualidade de vida na Dermatologia. Trata-se de um questionário composto por dez itens, com seis domínios: sintomas e sentimentos, atividades diárias, lazer, trabalho e escola, relações pessoais e tratamento. Um escore de 0 - 1 indica que não há impacto na vida do paciente; 2 - 5, o impacto é pequeno; 6 - 10 o impacto é moderado; 11 - 20, o impacto é grande; 21 - 30, o impacto é extremo.

Verificou-se neste estudo um escore médio de 5,1, constatando comprometimento leve na qualidade de vida dos

portadores de vitiligo. Dentre os pacientes, 42.86% obtiveram escore entre 0 e 1, indicando que não há impacto do vitiligo em sua qualidade de vida; porém, 33.33% dos pacientes apresentaram escore no DLQI entre 6 e 10 pontos, o que indica que há impacto moderado da doença. Este resultado é similar a outros estudos, tanto em nível nacional, como o observado por Lacerda (2016), que observou um escore médio de 4,7, quanto internacional, como estudos conduzidos em portadores de vitiligo na Itália, com escore médio de 4,3, Singapura, 4,4 e Bélgica, com escore médio de 4,9.

Em relação aos domínios do escore desse estudo, verificou-se que 47,6% pacientes declararam que o vitiligo incomodou um pouco no aspecto dos sintomas e sentimentos. Quanto ao lazer, 61,9% declararam que a doença não incomodou em nada, assim como em relação ao trabalho e escola, em que 85,7% dos pacientes declararam que o vitiligo não atrapalhou em nada. Sobre as relações pessoais, 26,2% dos pacientes declararam que a doença interferiu um pouco; e, no aspecto sexual, 85,7% pacientes declararam que a doença não atrapalhou em nada. Já em relação ao aspecto do tratamento, verificou-se que 14,3% dos pacientes afirmaram que a doença impacta muito neste domínio e 23,8% afirmaram incomodar um pouco.

No presente estudo, o domínio com maior impacto foi o aspecto sintomas e sentimentos, concordando com Mateen (2015), porém discordando de Lacerda (2016), que observou que os domínios de maior impacto foram atividades diárias e lazer. O domínio trabalho e escola foi o segundo com menor escore, atrás apenas do domínio sexual, o que se assemelha aos resultados dos estudos de Mateen (2015) e Lacerda (2016), indicando que estes não promovem prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos.

CONCLUSÃO

A partir dos dados encontrados, conclui-se que os pacientes com vitiligo do presente estudo apresentaram um escore médio de 5,1 no *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), o que significa um comprometimento leve na qualidade de vida, apesar de em alguns aspectos terem apresentado prejuízos significativos em alguns pacientes. Além disso, observou-se que sintomas e sentimentos foi o domínio que mais incomodou, sendo citado por praticamente metade dos pacientes. Em contrapartida, os domínios trabalho/escola e atividade sexual foram os aspectos que menos influenciaram.

Quanto às características demográficas, observou-se que a maioria dos pacientes encontrava-se na faixa etária entre 47 e 56 anos, com uma média de 47 anos; eram mulheres, pardas e procedentes da capital. Em relação ao estado civil, cerca de metade da amostra era casada. A maioria possuía ensino fundamental, eram donas de casa, seguido por aposentados e possuía renda menor que 1 salário mínimo. Observou-se também que, em relação a topografia das lesões, a maioria (90,5%) estava distribuída nos membros e quanto ao tempo de evolução, este foi em média igual a 4 anos. Todos realizavam tratamento (100%).

Dessa forma, ainda que o resultado do presente estudo tenha corroborado, na maioria dos aspectos, com a literatura existente, é importante ressaltar que foi observada uma carência expressiva de pesquisas sobre o vitiligo, principalmente nos aspectos de qualidade de vida e epidemiologia, sendo estes cruciais para auxiliar na constante evolução do conhecimento acerca da patologia e, portanto, na terapêutica desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- EZZEDINE, K. et al. Revised classification/ nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. ***Pigment Cell Melanoma Res*** v. 25 p. E1-13, 2012.
- EZZEDINE K. et al. Vitiligo is not a cosmetic disease. ***J Am Acad Dermatol.***, v. 73, p. 883-5, 2015.
- LACERDA, K.A.P. **Vitiligo: Estresse, Qualidade de vida, e Polimorfismo Glu298Asp no gene da óxido nítrico sintase endotelial.** 2016. 97 F. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Goiás: Universidade Federal de Goiás.
- MATEEN, A.; ALHARBI, S.R.; KHAN, K.K. An Overview of Quality of Life in Vitiligo Patients – At Glance. ***J Pigmentary Disorders***, 2015. S3:003. doi:10.4172/2376-0427.S3-003
- NOGUEIRA, L.S.C. et al. Vitiligo e emoções. ***An. Bras. Dermatol.*** v.84 n.1, 2009.
- NUNES, D.H.; ESSER, L.M.H. Perfil epidemiológico dos pacientes com vitiligo e sua associação com doenças da tireóide. ***An. Bras. Dermatol.***, v.86, n.2, p.241-8, 2011.
- OLIVEIRA, F.L. et al. O impacto psicossocial do vitiligo em adolescente do sexo feminino: um relato de caso ***Adolesc. Saude, Rio de Janeiro***, v 9, n. 2, p. 67-71, 2012.
- SZABO, I.; BRANDÃO, E.R. "Mata de tristeza!": representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na farmácia universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. ***Interface. Comun. Saúde. Educação.***, v.20, n.59, p.953-65, 2016.
- TEOVSKA MITREVSKA, N.; ELEFThERIADOU, V.; GUARNERI F. Quality of life in vitiligo patients. ***Dermatol Ther.***, v. 25, p. S28-31, 2012.

OS EFEITOS DA ROUPA BIOCINÉTICA NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

SIMONE GUIMARÃES DE OLIVEIRA
THAMIRES DA FONSECA DE SOUZA SARRAFF
RAFAEL LUIZ MORAIS DA SILVA
ANA IRENE ALVES DE OLIVEIRA

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.126-137

INTRODUÇÃO

A Roupas Biocinética (RB) configura-se como uma órtese dinâmica, um recurso de Tecnologia Assistiva (TA), e foi idealizada pelas pesquisadoras Alves de Oliveira e Prazeres (2012) com a proposta de auxiliar na (re) habilitação de crianças com transtornos neuromotores, considerando seus contextos socioeconômicos e condições climáticas similares a da região Norte do Brasil, sendo quente e úmida.

Confeccionado com o tecido lycra, o traje consiste em uma peça única, com anéis de metais e tiras elásticas (sendo cobertos com o próprio tecido da roupa) localizadas em áreas estratégicas, visando favorecer o alinhamento corporal e estabilidade biomecânica, através do alinhamento do tronco, quadril e extensão dos membros inferiores da criança. Alves de Oliveira e Prazeres (2012) referem que as laterais da roupa possuem uma abertura de velcro visando maior facilidade na colocação da roupa.

Após seu desenvolvimento, percebeu-se a necessidade de testar a RB como recurso complementar ao tratamento de crianças com Paralisia Cerebral (PC), considerando que o dispositivo encontra-se ainda em fase de testes. A partir do exposto, lançou-se a seguinte problemática: Quais os efeitos da usabilidade da Roupas Biocinética durante o tratamento fisioterapêutico e terapêutico ocupacional junto às crianças com PC?

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é verificar os efeitos da RB enquanto recurso de TA complementar ao tratamento de crianças com Paralisia Cerebral.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, onde foi adotado o delineamento de estudo de caso, utilizando procedimentos de coleta de dados e a abordagem quantitativa a fim de verificar a eficácia do dispositivo, enquanto recurso de TA, para a melhoria do desempenho motor de crianças com PC.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), sendo devidamente aprovado e emitindo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 12583113.1.0000.5174 e parecer de nº 276.750.

A RB é um produto do Núcleo de Desenvolvimento em Tecnologia Assistiva e Acessibilidade (NEDETA), situada na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), e foi implementada com crianças abrigadas no Abrigo Especial Calabriano, localizado na cidade de Belém - PA.

Participaram deste estudo duas crianças denominadas por participantes A e B com diagnóstico de PC, moradoras do Abrigo Especial Calabriano. Ambos pertencem ao sexo masculino e possuem idades compreendidas entre 02 e 03 anos.

Participante A

E.S.S, 02 anos e 06 meses, sexo masculino, com diagnóstico de Paralisia Cerebral diplégica do tipo mista. O menor foi admitido no Abrigo Especial Calabriano no dia 27 de Setembro de 2011. A criança apresenta atraso global no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), onde não possui controle de tronco e cervical, não senta nem deambula sem apoio. Este realiza

apenas o rolar e apresenta espasticidade moderada em membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII), pés equinos, padrão flexor em membro superior esquerdo (MSE) com cotovelo fletido e mão em garra, padrão adutor em MMII e semi-flexão de joelho esquerdo. Desde que foi abrigado, recebe atendimento fisioterapêutico, terapêutico ocupacional e de fonoaudiologia.

De acordo com o GMFCS o participante A é enquadrado no nível IV da faixa etária do 2º e 4º aniversário. Neste nível a criança senta-se no chão quando colocada, porém não é capaz de manter o alinhamento e equilíbrio sem utilizar as mãos como apoio. Para ficar nas posturas sentada e em pé, frequentemente esta criança necessita de equipamentos de adaptação, e sua locomoção para curtas distâncias é realizada através do rolar, rastejar e engatinhar.

Foram desenvolvidas as seguintes intervenções junto ao participante A trajando a RB:

- Fisioterapia: foram estimulados aspectos motores, realizando alongamento global e estímulos para controle de tronco, fortalecimento de abdômen, reações de proteção anterior e lateral, equilíbrio e descarga de peso em membros superiores e inferiores.
- Terapia Ocupacional: foram realizadas atividades sensório-motoras objetivando estimular a percepção e discriminação de diferentes texturas, formas, tamanhos e funções dos brinquedos, concomitantemente aos estímulos de mudanças posturais de sentado para em pé e de decúbitos (laterais, ventral e dorsal).

Participante B

R.M, 03 anos e 07 meses, sexo masculino, com os diagnósticos de Hidrocefalia e Paralisia Cerebral diplérgica do tipo espástica, com predomínio em membros inferiores.

O menor foi admitido no Abrigo Calabriano no dia 03 de Agosto de 2010. Suas habilidades funcionais consistem em realizar trocas

de posturas de deitado para sentado e de sentado para em pé com apoio, além de engatinhar e iniciar o andar também com apoio.

A criança possui rotação interna e adução de quadril mais acentuado do lado direito; flexão de joelhos; pronação, equinismo e inversão de pés; encurtamento das panturrilhas posteriores das coxas e de flexores dos quadris. Desde que foi abrigado, recebe atendimento fisioterapêutico, terapêutico ocupacional e fonoaudiólogo.

No GMFCS o participante B é enquadrado no nível II da faixa etária do 2º e 4º aniversário, pois este nível se caracteriza pela capacidade da criança de sentar-se, porém podendo apresentar dificuldades de equilíbrio quando as mãos estiverem livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e deixar a posição sentada são realizados sem assistência do adulto. Este engatinha (em quadrúpede) com padrão alternado e locomove-se andando de lado, segurando em móveis ou usando aparelhos como forma preferida para a deambulação.

As intervenções realizadas junto ao participante utilizando a RB foram:

- Fisioterapia: foi realizada estimulação do desenvolvimento motor como alongamento global com ênfase nos MMII, fortalecimento muscular em MMII, treino de marcha lateral e pausada, dissociação de cinturas e treino de equilíbrio estático e dinâmico.
- Terapia Ocupacional: foram realizadas atividades sensório-motoras como estímulos às preensões manuais nas posturas sentada e em pé, proporcionado transição das mesmas. Simultaneamente, deu-se estimulação cognitiva utilizando jogos de encaixe com conceitos de cores, formas e tamanhos e treino de atividades de vida diária (AVD) em relação ao vestuário e alimentação.

Para a avaliação, classificação e reavaliação dos participantes da pesquisa, foram utilizados as seguintes técnicas e instrumentos: Goniometria, GMFCS (Gross Motor Function Classification System) e GMFM-66 (Gross Motor Function Measure).

RESULTADOS

Primeiramente foi realizada a avaliação das crianças com goniômetro a partir do grau zero, onde foram mensuradas as ADM de flexão referentes às articulações dos cotovelos, tronco, quadris e joelhos, conforme ilustrado nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Avaliação goniométrica do participante A sem (S) e com (C) a Roupa Biocinética (RB) e as respectivas variações (V).

GONIOMETRIA					
PARTICIPANTE	ARTICULAÇÕES	PARÂMETRO	S/RB	C/RB	V
A	Flexão de cotovelo D	0-145°	15°	10°	5°
	Flexão de cotovelo E	0-145°	20°	10°	10°
	Flexão de tronco	0-95°	18°	10°	8°
	Flexão de quadril D	0-125°	10°	8°	2°
	Flexão de quadril E	0-125°	10°	8°	2°
	Flexão de joelho D	0-140°	0°	0°	0°
	Flexão de joelho E	0-140°	30°	12°	18°

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Na tabela 1 é possível observar que a variação dos resultados do participante A, revela o significativo ganho de ADM das articulações do cotovelo esquerdo (10°) e joelho esquerdo (18°) durante a utilização da RB, o que, conseqüentemente, causou a diminuição do padrão patológico flexor do cotovelo esquerdo e semi-flexor do joelho esquerdo apresentados pela criança.

A ADM do joelho direito que encontrava-se preservada, manteve sua excelente capacidade de extensão durante o uso da roupa. Verifica-se, ainda, considerável mudança positiva dos escores da flexão de tronco em 8° o que sugere melhora no alinhamento corporal, apesar da pequena variação dos resultados quanto à flexão de quadris.

Tabela 2: Avaliação goniométrica do participante B sem (S) e com (C) a Roupa Biocinética (RB) e as respectivas variações (V).

GONIOMETRIA					
PARTICIPANTE	ARTICULAÇÕES	PARÂMETRO	S/RB	C/RB	V
B	Flexão de tronco	0-95°	20°	12°	8°
	Flexão de quadril D	0-125°	22°	20°	2°
	Flexão de quadril E	0-125°	20°	14°	6°
	Flexão de joelho D	0-140°	35°	22°	13°
	Flexão de joelho E	0-140°	40°	16°	24°

Fonte: Pesquisa de Campo, 2013.

Em relação à variação dos resultados do participante B com e sem a roupa, observa-se na tabela 2 o significativo aumento da ADM das articulações dos joelhos, o que evidencia a diminuição do padrão flexor dos mesmos. Também verifica-se melhora quanto à amplitude do quadril direito e esquerdo, minimizando levemente o padrão flexor destas articulações. Nota-se ainda que a amplitude de movimento do tronco foi aumentada em 8°, favorecendo a melhora da retificação postural da criança.

A partir das avaliações sem e com a RB é possível verificar variações imediatas dos resultados. Observou-se nas duas tabelas, o aumento de ADM das articulações avaliadas com variação mínima de 2° e máxima de 24°, o que indica melhora significativa no alinhamento corporal dos participantes.

Contudo, não se pode afirmar que o aumento da capacidade de extensão/retificação seja permanente, tendo em vista que a comparação é de cunho imediato e, durante a utilização do dispositivo, o que se sugere é o uso contínuo do traje com um tempo maior no cotidiano para que esses padrões sejam mantidos.

Em seguida foi aplicado o protocolo GMFM – 66 onde os participantes foram avaliados nas 05 dimensões: A (deitar e rolar), B (sentar), C (engatinhar e ajoelhar), D (em pé) e E (andar, correr

e pular). Após as 06 semanas de intervenção utilizando a RB, os participantes foram reavaliados utilizando o mesmo protocolo.

A tabela 3 apresenta os escores da 1ª e 2ª avaliação de cada dimensão, bem como a variação destes escores representados pela letra V. Considera-se que o escore total da dimensão A = 51, B = 60, C = 42, D = 39 e E = 72 pontos percentuais.

Tabela 3: Escores da 1ª e 2ª avaliações em porcentagem e variação (V) em pontos percentuais.

	GMFM														
	Dimensão A			Dimensão B			Dimensão C			Dimensão D			Dimensão E		
	1ª	2ª	V	1ª	2ª	V	1ª	2ª	V	1ª	2ª	V	1ª	2ª	V
Avaliações	1ª	2ª	V	1ª	2ª	V	1ª	2ª	V	1ª	2ª	V	1ª	2ª	V
Participante A	49	49	-	17	29	12	1	11	10	0	2	2	0	0	-
Participante B	46	50	4	53	58	5	34	40	6	25	25	-	24	30	6

Fonte: Pesquisa de campo, 2013

No manual do Gross Motor Function Measure (2002) é revelado que qualquer variação positiva na escala GMFM-66 é indicativo de melhora e de ganho funcional. Pode-se observar que os 02 participantes apresentaram melhora no desempenho da função motora grossa em quase todas as dimensões, com a variação do escore total de até 12 pontos percentuais.

Em relação ao desempenho do participante A na dimensão A (deitar e rolar) e E (andar, correr e pular), foi observado que não houve variação dos escores da primeira e segunda avaliação (dimensão A = 49/49); (dimensão E = 0/0), evidenciando que não houve evolução nestas habilidades. Enquanto que na dimensão B (sentar), e C (engatinhar e ajoelhar) o participante obteve relevante aumento de variação e mínimo acréscimo de pontos na dimensão D (em pé).

Já o participante B apresentou melhora nas habilidades referentes à dimensão A (deitar e rolar), B (sentar), C (engatinhar e ajoelhar) e E (andar, correr e pular), com o resultado de variações da 1ª e 2ª avaliação de 04 à 06 pontos percentuais. Na dimensão D (em pé) não houve variação percentual.

DISCUSSÃO

A literatura cita alguns estudos referentes aos efeitos das órteses dinâmicas como recursos de Tecnologia Assistiva utilizadas no tratamento de crianças com deficiência neuromotora. Contudo, esta é a primeira pesquisa que se propõe a verificar as alterações no alinhamento postural e função motora grossa de crianças com Paralisia Cerebral, utilizando a Roupas Biocinética.

Sendo assim, os resultados deste estudo fornecem informações importantes acerca da evolução das crianças envolvidas nesta pesquisa, atestando que ambos os participantes obtiveram aumento considerável de escore em boa parte das dimensões, mais expressivamente nas dimensões B (sentar) e C (engatinhar e ajoelhar). Conforme as pesquisas de Rosenbaum et al (2002) e Hanna et al. (2008), constatou-se que quanto maior a pontuação obtida pela criança, melhor foi o desempenho da sua função motora grossa nas dimensões avaliadas.

Considerando que a proposta da RB equivale às propostas de outros trajes habitualmente utilizados em tratamento terapêutico de crianças com PC, como Therasuit e Peditasuit, por exemplo, é desprezioso afirmar que a utilização da RB nas intervenções junto aos participantes desta pesquisa lhes possibilitaram ganhos nas habilidades motoras. Isto foi verificado através dos escores obtidos com a reavaliação, tendo o participante A alcançado um escore final de 39,73 no GMFM-66 e o participante B – 60,62, tendo em vista que seus escores iniciais foram respectivamente: 31,78 e 56,86 conforme mostra os gráficos 1 e 2. Achados estes que concordam com os estudos de Neves (2012),Borges (2012) e Koscielny (2004).

Analisando, especificamente, os resultados do participante A, verificou-se que embora este tenha apresentado manutenção de escore em duas dimensões, a variação dos pontos obtidas nas demais foram bastante relevantes, destacando-se sua evolução principalmente nas habilidades relacionadas ao sentar, engatinhar e ajoelhar. O que evidencia, conseqüentemente, melhora funcional no controle de cervical e tronco.

Este resultado está de acordo com os apresentados por Pedrozo (2011), que analisou a resposta de um paciente de cinco anos de idade ao protocolo Peditasuit apresentando hemiparesia à esquerda obtendo melhora de 11%, com Neves et al. (2012) que utilizaram o mesmo traje com uma criança de quatro anos apresentando diplegia espástica, obtendo melhora de 10%, e com Borges (2012) que em estudo realizado junto a uma criança de nove anos com diplegia mista também apresentou melhora de 11% nestas habilidades.

Por sua vez, o participante B percorreu razoáveis variações de escores nas dimensões A (deitar e rolar), B (sentar), C (engatinhar e ajoelhar) e E (andar, correr e pular). Autores como Russell et al. (2002) pressupõem que qualquer mudança dos escores do GMFM pode ser considerada clinicamente significativa em crianças com PC, complementados por Alegretti e Kanashiro et al. (2007) que em suas pesquisas ressaltaram que qualquer variação na pontuação da avaliação inicial e final do GMFM é sinônimo de evolução.

Atenta-se para a mudança de escore deste participante na dimensão E (andar, correr e pular) que sugere que o mesmo possa ter apresentado melhora no que diz respeito ao equilíbrio estático e dinâmico. Em achados experimentais, Alegretti (2007) e colaboradores pontuam que o treino de equilíbrio favorece a melhora do ajustamento postural em ortostatismo, como também a melhora funcional do equilíbrio, o que confirma as expectativas deste estudo quanto às intervenções realizadas e enfatiza que a continuidade da prática torna-se crucial para maiores ganhos nas habilidades funcionais dos participantes.

Diante das correlações feitas entre os efeitos da RB e os efeitos de outras órteses dinâmicas corporais em crianças com PC, no que tange o alinhamento postural e melhoria da função motora grossa, pode-se afirmar que esta pesquisa revela que há uma relação direta entre o desempenho motor e o alinhamento postural. Isso corrobora o estudo feito por Cunha et al. (2009), de onde se conclui que na medida em que uma criança começa a esboçar retificação postural, conseqüentemente começa a interagir e explorar mais o ambiente em que está inserido.

Dessa forma, sugere-se que a RB, que se apresenta enquanto recurso de TA e utilizada como complemento nas sessões de reabilitação de crianças com PC, pode beneficiar no alinhamento corporal, bem como no controle postural, equilíbrio estático e dinâmico, redução e/ou prevenção de contraturas e deformidades além da manutenção ou aprimoramento das funções motoras já existentes.

CONCLUSÃO

Inicialmente a RB foi idealizada, também, para o uso em ambiente domiciliar. Contudo, este estudo não atingiu a utilização deste dispositivo neste contexto, tendo em vista que o foco deste trabalho consistiu na análise de suas contribuições no setting terapêutico.

Com base em observações referentes ao uso da roupa, sugere-se que os próximos protótipos confeccionados possuam pontos de abertura na região axilar para melhor adequação ao clima regional e, conseqüentemente, maior adesão à usabilidade do dispositivo, assim como estender a sua utilização durante o cotidiano das crianças com o uso domiciliar.

Por fim, espera-se que este estudo sirva como embasamento e incentivo a novas pesquisas acerca dos benefícios da Roupa Biocinética no tratamento de crianças com Paralisia Cerebral ou outros transtornos de ordem neuropsicomotor, contribuindo, assim, para o campo de conhecimento teórico-prático da comunidade científica no que tange à reabilitação física e a autonomia das crianças com deficiência.

REFERÊNCIAS

- ALLEGRETTI, K.M.G; KANASHIRO MS; MONTEIRO VC; BORGES, HC; FONTES, SV. Os efeitos do treino de equilíbrio em crianças com paralisia cerebral diparética espástica. *Revista Neurociencias*, v.15, n.2, p.108-113, 2007.
- ALVES DE OLIVEIRA, Ana Irene; PRAZERES, Larissa Santos: O desenvolvimento da Roupa Biocinética. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 3-9, 2013.
- BORGES, Amanda Coalho. *O uso do Protocolo PediaSuit no tratamento de crianças com paralisia cerebral*. 2012. [49] f., il. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- CUNHA, A.; POLIDO, G. et al. Relação entre alinhamento postural e desempenho motor em crianças com paralisia cerebral. *Fisioterapia e Pesquisa*. São Paulo, v.16, n.1, p.22-7, 2009.
- HANNA, S.; BARTLETT, D.; RIVARD, L.; RUSSELL, D. Reference curves for the Gross Motor Function Measure: percentiles for clinical description and tracking over time among children with cerebral palsy. *PhysTher*, vol. 88, 2008.
- KOSCIELNY, Izabela. Therasuit – Soft Dynamic Proprioceptive Orthotic. *Cerebral Palsy Magazine*. vol. 2 No. 2, 2004.
- NEVES, Eduardo Borba, et al. "O PediaSuit™ na reabilitação da diplegia espástica: um estudo de caso." *Lecturas, Educación Física y Deportes*–Buenos Aires 166, p. 1-9, 2012.
- PEDROZO, L. *PediaSuit Protocol™ Intensive Therapy Case Study*. 2011. Disponível em: <<http://www.therapies4kids.com/images/stories/case%20scenario%20-%20fabio%20aimo.pdf>> Acesso em: 28 out. 2013..
- ROSENBAUM, P.; WALTER, S.; HANNA, S. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n. 11, 2002.

- RUSSELL D. J. et al. *Gross Motor Function Measure (GMFM-66 & GMFM-88) user's manual*. Cambridge (UK): Cambridge University Press, 2002.

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DAS MÃES QUE FREQUENTAM O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO ACERCA DO ALEITAMENTO MATERNO: ASPECTOS GERAIS, PRÁTICA E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

LUÍS HENRIQUE ALMEIDA RODRIGUES
GILBERTO EMANOEL REIS VOGADO FILHO
KLEBER PINTO LADISLAU
MATHEUS MURICY THESING
GLAUCE LILIA ALVES RODRIGUES

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.138-147

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é um dos elementos fundamentais para um bom desenvolvimento cognitivo e emocional da criança e para o seu crescimento, além de implicar na saúde física e psíquica da mãe. Ele também produz vínculo e afeto, devido a sua interação no ato de amamentar, momento em que a mãe e o bebê estão se conhecendo e aprendendo um com o outro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; ANDRADE et al, 2016).

O Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde em relação a duração da amamentação, a qual é preconizada até os dois anos ou mais, sendo que até os seis meses ela deve ser exclusiva, pois quando o lactente é poupado dos alimentos complementares até os seis meses, há menor chance de doenças e morbimortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Apesar dos vários benefícios e das políticas de iniciativa ao aleitamento que são implantadas, o desmame precoce ainda é uma realidade e é considerado como um problema de saúde pública (ROCHA, 2014; CASIMIRO, 2009).

O conhecimento das mães acerca das vantagens da amamentação é um dos fatores que diminui o tempo de amamentação, pois, na maioria dos casos, aquelas não recebem as instruções adequadas pelos profissionais da saúde (GONÇALVES, 2016; CARNEIRO et al; 2014).

Diante desse exposto, planeja-se estudar os conhecimentos das mães acerca da amamentação, tais como os seus benefícios para a saúde da criança e também para a sua própria saúde, a melhor criação de vínculo, os aspectos gerais e as leis e políticas públicas que as protegem e as incentivam a amamentarem. Por fim, espera-se contribuir para uma melhor difusão de informação sobre o AM e, de modo indireto, no aumento da sua duração.

OBJETIVOS

Avaliar o nível de conhecimento das mães sobre a prática de AM que acompanham os seus filhos na consulta pediátrica no Centro de Saúde Escola do Marco (CSE do Marco).

Os objetivos específicos foram: verificar o conhecimento das mães sobre os benefícios que o AM proporciona para a sua saúde e a da criança; analisar quais os principais meios de informações que essas mães têm sobre AM; averiguar sobre o nível de instrução das mães sobre as práticas da amamentação; e verificar se as mães possuem o conhecimento sobre as leis que as amparam no quesito da amamentação no seu trabalho.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPA (Universidade do Estado do Pará), campus CCBS (Centro de Ciências Biológicas e da Saúde). O projeto de pesquisa fez uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além da aceitação do orientador, instituição proponente e instituição coparticipante.

A pesquisa foi realizada no CSE do Marco, localizado na avenida Rômulo Maiorana, nº 2558, no bairro do Marco, no município de Belém

(PA), no período de novembro de 2017. A população-alvo constituiu-se de grávidas que estavam fazendo consultas de pré-natal e as mães das crianças que estavam para a consulta pediátrica no CSE do Marco, as quais já amamentaram ou estavam amamentando e estavam sob responsabilidade da unidade supracitada.

A coleta de dados foi feita por meio de aplicação de um questionário dividido em duas partes, sendo que na primeira houve coleta de dados sociodemográficos das mães (como escolaridade, idade etc.) e também como ocorreu e/ou está ocorrendo o processo de aleitamento. Na segunda parte foram apresentadas algumas questões, as quais pelas mães e que resultaram na relação do conhecimento das mães sobre a importância da prática do aleitamento materno, a sua influência no crescimento e desenvolvimento das crianças e as legislações brasileiras.

A segunda parte foi baseada no questionário presente na dissertação "Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza - Horizonte - Ceará" que usamos como instrumento genérico para analisar o nível de conhecimento e da prática de aleitamento materno das participantes da pesquisa.

O critério de inclusão padronizado foi o de que todas as mães fossem de 18 anos, que já tivessem amamentado ou estivessem amamentando, independentemente do sexo ou do número de filhos (as); estes deveriam estar cadastrados e serem vinculados ao CSE do Marco, fazendo, conseqüentemente, o tratamento e o acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para a consulta previamente marcada na terça-feira, relacionada ao atendimento na Unidade supracitada. Foram excluídas da pesquisa as mães que não aceitaram participar da pesquisa ou se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, foram excluídos os pacientes que não estavam sendo mais acompanhados pelo CSE do Marco.

A pesquisa trata-se de um estudo transversal e, de acordo

com a natureza das variáveis, foi aplicada análise descritiva, com uma abordagem quantitativa, sendo informados os valores percentuais dos dados e expostos por meio de tabelas e gráficos realizados pelos softwares Microsoft Office Word, versão 2013, e o Microsoft Office Excel, versão 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Centro Saúde Escola (CSE) do Marco é uma unidade de ensino e assistência que possui as características de uma policlínica, com vários níveis de assistências à saúde composta por uma equipe multiprofissional. Dentre os serviços oferecidos está a realização do pré-natal, teste do pezinho e as consultas pediátricas. Em concordância com os critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistadas 36 mulheres.

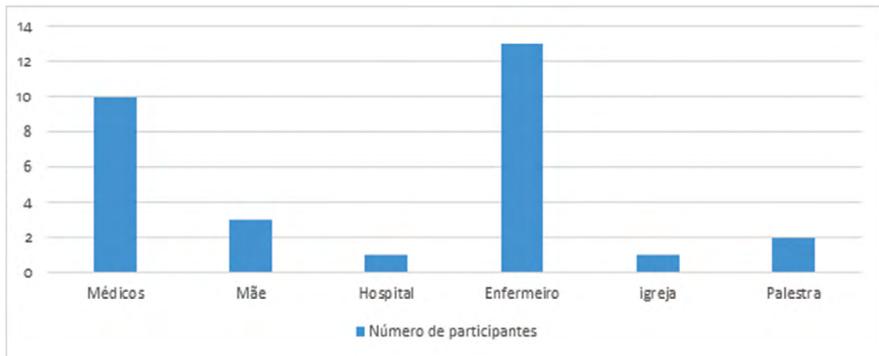
No índice de escolaridade foi encontrado um percentual superior ao encontrado no estudo de Xavier et al (2015), com um número um número de 18 (48%) das participantes com ensino médio completo e, com ensino superior, o ensino superior, um número de 23 (62%). Isso mostra que as mulheres estão com maior grau de conhecimento, o que é importante para o entendimento das orientações recebidas nos centros de saúde durante as consultas (Xavier et al, 2015). Além disso, o grau de escolaridade possui relação direta com o tempo de aleitamento materno (CALDEIRA & GOULART, 2000).

Segundo Junges et al (2010), a amamentação da espécie humana é divergente das outras espécies de mamíferos, justamente por não se tratar de um ato apenas instintivo, pois é preciso que a mãe e o bebê aprendam a amamentar e a serem amamentados.

No entanto, esse achado se diferencia do estudo de Passarin e Santos (2009) com uma taxa de apenas 46% de pacientes orientadas a respeito dos benefícios do aleitamento, nesse mesmo estudo é apresentada uma taxa de 28% de mulheres sem essas informações, o que pode contribuir para o desmame precoce e indica que o acesso à informação não está relacionado com o aumento da taxa de amamentação.

Diante disso, é notório a importância dos enfermeiros no quesito das orientações básicas sobre a amamentação, tratando-se de um profissional que mais se relaciona com a mulher no seu período gravídico puerperal. Esses profissionais buscam várias formas de incentivar o ato de amamentar, como as palestras orientativas e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (SILVA, 2014).

Figura: Por onde conseguiu a instrução sobre as práticas de amamentação.



FONTE: Questionário da pesquisa

Em relação ao pré-natal, foi constatado que 29 mulheres (80,5%) já realizaram especificamente em rede pública, e que 7 (19,5%) estão realizando em rede privada. No entanto, apenas 1 mulher (8%), entre as 12 que não receberam informações sobre os benefícios e/ou sobre a prática da amamentação, realizou apenas 2 consultas de pré-natal. Dessa forma, mostra-se que, na verdade, são multifatoriais as razões pelas quais as mulheres não são adequadamente instruídas, podendo resultar na decisão da mãe não amamentar a sua criança (RAIMUNDI et al, 2015).

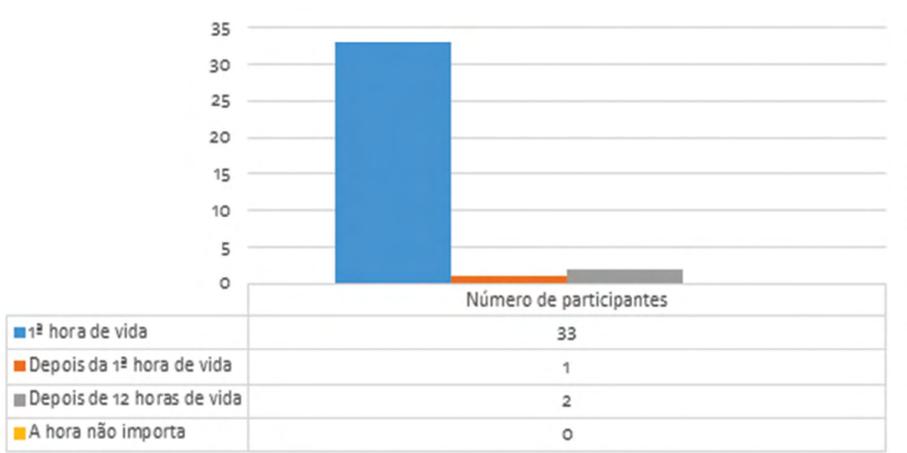
Tabela 1: Análise do conhecimento das mães atendidas no centro de saúde escola do Marco sobre as práticas em relação ao aleitamento materno, em Novembro de 2017.

	SIM	NÃO	TOTAL
O leite materno é importante para o crescimento da criança?	36 (100%)	0 (0%)	36 (100%)
Com a amamentação o vínculo mãe-bebe aumenta?	36 (100%)	0 (0%)	36 (100%)
A amamentação pode diminuir o tempo de certas infecções no bebe?	34 (94,45%)	2 (5,55%)	36 (100%)
As mamas devem ser limpas após o bebe mamar?	36 (100%)	0 (0%)	36 (100%)

FONTE: Questionário da pesquisa

O conhecimento das mães sobre a amamentação aumentar o vínculo mãe-bebê se mostrou unânime, e 86% (n=31) relataram que o colostro é importante para o crescimento da criança. Esses achados se mostram de acordo com os de Gonçalves (2016), em que a maioria dos acertos foram nesses itens.

Figura: Conhecimento sobre o tempo ideal para a primeira amamentação.



FONTE: Questionário da pesquisa

Os achados sobre o tempo de intervalo de uma amamentação para outra, em que 44,5% (n=16) acham que deve ser de 1h em 1h, 19,5% (n=7) de 2h em 2h e 30,5% (n=11) de 3h em 3h, é consoante ao estudo de Visintin et al (2015), para quem a maioria das mulheres concorda com um intervalo regular, mesmo que a amamentação em livre demanda seja amplamente recomendada, uma forma da mãe reconhecer as necessidades do seu filho.

Em relação ao conhecimento sobre o AME, 30 das entrevistadas (83,3%) relataram que o AME deve ser até os 6 meses de vida, foram de encontro aos achados de Carvalho et al (2016), em que apenas 21,20% das entrevistadas obtiveram conhecimento bom sobre o assunto em questão.

Tabela 2: Análise do conhecimento das mães atendidas no centro de saúde escola do Marco sobre as práticas em relação ao aleitamento materno, em Novembro de 2017.

A mulher pode amamentar em qualquer lugar?	Sim	36 (100%)
	Não	0 (0%)
	Total	36 (100%)
A licença-maternidade serve para garantir o direito da amamentação?	Sim	33 (91,66%)
	Não	2 (5,55%)
	Não sei	1 (2,77%)
	Total	36 (100%)
O tempo de 180 dias de licença-maternidade é um direito para mulheres de qualquer tipo de empresa?	Pública	4 (11,11%)
	Privada	3 (8,33%)
	Qualquer tipo	27 (75%)
	O tempo é menor	2 (5,55%)
	Total	36 (100%)

FONTE: Questionário da pesquisa

Apesar de 75% (n=27) conhecerem a Lei 11.770 de 9 de setembro de 2008, aumentou para 180 dias o tempo da licença maternidade em qualquer tipo de empresa, para garantir, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), o emprego

e a remuneração das puérperas. Das entrevistadas, 09 (25%) desconhecem que esse direito seja para todas as empresas, sendo que a maioria acha que é um direito apenas da empresa pública.

Por fim, 75% (n=27) das mulheres mostraram-se conhecedoras do art. 396 parágrafo único da CLT, que regulariza a pausa no trabalho para a amamentação do seu filho (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1943). Entre essas, 48% (n=13) sabiam que poderiam fazer 2 pausas de 30 minutos cada no seu trabalho para amamentar, um achado importante, já que um dos fatores da introdução precoce de alimentos complementares é o retorno da mãe ao seu trabalho, relatando a dificuldade logística e a redução da produção láctea (RODRIGUES et al, 2014).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das mães mostrou conhecimento adequado sobre vários benefícios que o ato de amamentar pode trazer consigo, inclusive para a saúde da mulher, ou seja, não se restringe apenas à criança que está recebendo o leite materno.

Ademais, essas mães ainda possuem o profissional da saúde como o principal divulgador desses benefícios e das práticas da amamentação, destacando o papel do enfermeiro. Diante disso, deve-se sempre buscar maneiras de incentivar o aleitamento materno antes, durante e depois do período gravídico.

Soma-se a isso, o grau adequado de instrução das mães sobre as práticas de aleitamento materno, inclusive sobre pontos que muitas vezes não são corretamente aplicados pelos profissionais da saúde, como no caso do tempo ideal para a primeira amamentação.

Por fim, mostrou-se que as entrevistadas dispõem de um conhecimento sobre as leis que as amparam na garantia do direito do AM para o seu filho, inclusive o de amamentarem em lugares públicos e as leis sobre questões trabalhistas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. A de et al. Aleitamento Materno: Abordagem grupal do Pet-Saúde em um grupo de gestantes com base no círculo de cultura de Paulo Freire. **Revista Destaques Acadêmicos**. v. 8, n. 3. Lajeados, 2016.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Decreto Lei nº 5.452 de 01 de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis de Trabalho. Rio de Janeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2 ed, Brasília, 2015.
- CALDEIRA, A.P. & GOULART, E. M. A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **J Pediatra (Rio de Janeiro)**. v. 76, n. 1, p. 65-72, 2000
- CARNEIRO, L. M de M. C e, et al. Prática do aleitamento materno por puérperas: Fatores de risco para o desmame precoce. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 238-248. 2014
- CARVALHO, J. L. da S. et al. Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. **Saúde em Redes**. v. 2, n. 4, p. 383-392, 2016
- CASIMIRO, C. F. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67. Jul/set. 2009.
- GONÇALVES, C. de C. **Conhecimento sobre aleitamento materno entre puérperas em um hospital do extremo sul do Rio Grande do Sul**. 2016. 65 F. Tese (Mestre em Saúde da mulher, criança e adolescente). Pelotas. Universidade Católica de Pelotas
- JUNGES, C. F. et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online). v. 31, n. 2. Porto Alegre jun 2010

- PASSARIN, G. L. & SANTOS, J. S. Conhecimento do aleitamento materno em puérperas no hospital geral: Caxias do Sul. **Pediatria (São Paulo)**. v. 31, n. 3, p. 152-60, 2009
- RAIMUNDI, D. M. et al. Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá. **Saúde (Santa Maria)**. v. 41, n. 2, p.225-232, Jul./Dez, 2015
- ROCHA, D. T. B. **Promoção e incentivo ao Aleitamento Materno: Educação popular no pré-natal na Estratégia de Saúde da Família do bairro da Vila Sinhá**. 2014. 16 F. Tese (Especialista em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- RODRIGUES, B. C. et al. Aleitamento materno e desmame: Um olhar sobre a vivencias de mães enfermeiras. **Rev Rene**. v. 15, n. 5, p. 832-41, Set-out, 2014
- SILVA, E. A de O. **A percepção e o papel do enfermeiro no auxílio, incentivo e conscientização da importância do aleitamento materno**. 2014. 30 F. Tese (Especialista em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Direitos da mulher trabalhadora: na gravidez, no pós-parto e durante o aleitamento materno**. 2012. Disponível em: < <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/Direitos-da-Mulher-Trabalhadora-na-Gravidez-no-Ps-Parto-e-Durante-o-Aleitamento-Materno.pdf>>. Acesso em: 16 de mai. de 2017, 18:08
- VISINTIN, A. B. et al. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. **Enferm. Foco** v. 6 n. ¼, p. 12-16, 2015
- XAVIER, B. S. et al. Amamentação: conhecimentos e experiências de gestantes. **Nutrire**. v. 40, n. 3, Dez, 2015

TERAPIA OCUPACIONAL NA FASE II DA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR: UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA MUDANÇA DE ROTINA E HÁBITOS

KAROLINE VITÓRIA SILVA RODRIGUES

SÔNIA CLÁUDIA ALMEIDA PINTO

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.148-159

INTRODUÇÃO

No mundo, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte, acometendo cerca de 17,5 milhões de pessoas todos os anos. Em 2012, no Brasil, afetou 11% das pessoas entre 20 e 40 anos e 37% das pessoas entre 40 e 60 anos de idade. A Organização Mundial de Saúde aponta esses dados como alarmantes e afirma que grande parte das vítimas apresentam comportamentos e hábitos de vidas não saudáveis (SAÚDE, 2016).

Da mesma forma, para indivíduos em situação de pós operatório cardíaco, as mudanças de hábitos são consideradas como um importante desafio para a equipe de saúde e para os programas de Reabilitação Cardiovascular (RCV), que têm buscado cada vez mais “educar os pacientes para que possam criar e aderir permanentemente à manutenção de hábitos saudáveis, com mudanças no estilo de vida” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014, p.42).

A falta de adesão ao tratamento cardiovascular torna-se, portanto, um dos maiores desafios da equipe de saúde. Sabe-se que as ações direcionadas aumentam em média de 4% a 11% a adesão ao tratamento, entretanto, não há evidências concretas de qual a melhor intervenção e quais estratégias os profissionais devem adotar para que as mudanças do estilo de vida sejam executadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES

DE GINECOLOGIA DE OBSTETRÍCIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA 2011).

Logo, no contexto da Terapia Ocupacional, o presente estudo sugere que a ocupação e os seus elementos são fatores estruturantes e condicionantes para o estilo de vida do homem, e que intervenções direcionadas para as mudanças nos hábitos e vida e na rotina ocupacional podem resultar na melhora da adesão ao tratamento das DCV e, conseqüentemente, no controle dos seus fatores de risco. Utilizando-se como arcabouço teórico norteador o Modelo da Ocupação Humana (MOH), considera-se que a ocupação define e caracteriza a existência humana e ponderam-se seus subsistemas de motivação, habituação e capacidade de desempenho como elementos que organizam a vida do homem e sua rotina ocupacional (KIELHOFNER, 2002).

OBJETIVOS

Desenvolver e avaliar os resultados de um programa Terapêutico Ocupacional voltado às mudanças de hábitos e rotina ocupacional de indivíduos de pós-operatório de cirurgia cardíaca, para promoção da melhora na adesão ao tratamento e controle dos fatores de risco cardiovasculares.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo experimental não controlado, com abordagem quantitativa e qualitativa, com teste e reteste. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) Campus II, parecer de número 2.153.337.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), localizada e vinculada à Universidade do Estado do Pará. Os participantes da pesquisa estavam cadastrados no setor de

Fisioterapia Respiratória, localizado na unidade, que atende, dentre outras demandas, a pacientes de pós operatório de cirurgia cardíaca, encaminhados da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV).

Realizou-se um programa de intervenção terapêutico ocupacional com 7 participantes em reabilitação cardiovascular e pós operatório cardíaco, direcionado para modificar os hábitos e a rotina ocupacional, de modo a promover melhora na adesão ao tratamento e controle dos fatores de risco cardiovasculares.

O Programa Terapêutico Ocupacional foi desenvolvido de forma individualizada. Consistiu em um Programa com duração de dois meses, agosto e setembro de 2017, com 14 atendimentos, sendo o primeiro destinado à avaliação e o último atendimento destinado à reavaliação, realizados em uma frequência de dois atendimentos semanais com duração média de 60 minutos para cada sessão.

Os cuidados relacionados ao tratamento e os fatores de risco utilizados como parâmetros no programa de intervenção foram embasados na Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular (2014) da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os cuidados do tratamento considerados foram o não tabagismo, não etilismo, cuidados com a alimentação, prática de atividade física, controle do estresse e uso adequado da medicação. Os fatores de risco considerados foram: apresentar HAS, apresentar DM, apresentar IRC, antecedentes familiares com DCV, níveis pressóricos, níveis glicêmicos, colesterol total, triglicerídeos, circunferência abdominal e IMC.

Como instrumentos de avaliação, utilizou-se o Roteiro Sociodemográfico e Clínico, que buscou identificar aspectos referentes à identificação dos participantes, condições de moradia e saneamento, dados socioeducacionais, antecedentes pessoais, história da doença atual e exames de rotina; a Lista de Papéis Ocupacionais, instrumento padronizado, que buscou

identificar os papéis ocupacionais e o perfil ocupacional dos participantes; bem como o Questionário sobre Fatores de Risco e Adesão ao Tratamento, este aplicado antes e após a intervenção para comparação teste-reteste, e que buscou avaliar os níveis pressóricos e glicêmicos, história familiar de DCV, circunferência abdominal, triglicerídeos, colesterol, Índice de Massa Corporal (IMC), cuidados com a alimentação, prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica e tabaco, vivência de situações de estresse e uso adequado da medicação.

A análise de dados foi desenvolvida de forma quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos foram analisados pelo programa BioEstat versão 5.3. Para determinar o perfil dos participantes foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação. Os resultados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

Para determinar a diferença estatística dos questionários antes e após a intervenção, foi aplicado o teste t de Student para amostras pareadas. Ficou previamente fixado o nível de significância alfa = 0,05 para rejeição da hipótese de nulidade.

Os dados qualitativos, coletados por meio dos relatos dos participantes, foram registrados em um diário de campo e analisados segundo o método de análise de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para identificação dos participantes, optou-se em utilizar a letra P seguida de número, de P1 até P7.

A Tabela 1 apresenta os dados de identificação dos participantes do estudo:

Tabela 1: Dados de identificação dos 7 participantes do programa terapêutico ocupacional. Belém – PA, ano 2017.

Características	Respostas	Qtd.	%
Idade	Até 59 anos	3	42,86%
	60 anos ou mais	4	57,14%
Sexo	Feminino	1	14,29%
	Masculino	6	85,71%
Estado Civil	Solteiro	0	0,00%
	União estável	0	0,00%
	Casado	6	85,71%
	Separado, D.P	1	14,29%
	Outro	0	0,00%

Fonte: Pesquisa de campo

Nota: Qtd. = Quantidade; D.P = Divórcio em processo.

Os resultados demonstraram que mais da metade dos participantes apresentam idade acima de 60 anos e que a grande maioria é do sexo masculino, o que corrobora para os achados na literatura que apontam para um predomínio das doenças cardiovasculares em idosos homens, com um percentual de prevalência do sexo masculino de 70% no estudo de Fernandes e Souza (2009), de prevalência de idosos no estudo de Guimarães Neto, Luiz Filho e Nunes (2006) e de prevalência de 75,6% de homens com média de idade de 61,6 anos no estudo de Silva, Calles e Freire (2014).

Na avaliação dos fatores de risco cardiovasculares, identificaram-se os fatores de risco não modificáveis e os modificáveis. Quanto aos fatores de risco não modificáveis, observou-se que 100% dos participantes apresentam pelo menos uma das patologias de base, HAS e DM, sendo a HAS presente em 85,71% e a DM presente em 42,86%. Dos participantes, 0% apresenta Insuficiência Renal Crônica e 57,14% apresentam histórico familiar de doença cardiovascular.

Sobre os fatores de risco modificáveis, antes e após o programa de intervenção, a Tabela 2 apresenta os resultados:

Tabela 2: Fatores de risco modificáveis antes e depois do programa terapêutico ocupacional dos 7 participantes. Belém – PA, ano 2017.

Características	Normal		Alterado		Total	
	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%
Antes						
Pressão Arterial	5	71,43%	2	28,57%	7	100,00%
Glicemia	5	71,43%	2	28,57%	7	100,00%
Circunferência Abdominal	5	71,43%	2	28,57%	7	100,00%
Triglicérides	6	85,71%	1	14,29%	7	100,00%
Colesterol	4	57,14%	3	42,86%	7	100,00%
IMC	6	85,71%	1	14,29%	7	100,00%
Depois						
Pressão Arterial	6	85,71%	1	14,29%	7	100,00%
Glicemia	6	85,71%	1	14,29%	7	100,00%
Circunferência Abdominal	7	100,00%	0	,00%	7	100,00%
Triglicérides	7	100,00%	0	,00%	7	100,00%
Colesterol	6	85,71%	1	14,29%	7	100,00%
IMC	6	85,71%	1	14,29%	7	100,00%

Fonte: Pesquisa de campo

Nesse sentido, em média, o fator de risco antes da intervenção (Média = 65,71%; Erro Padrão = 05,28%) foi menor que após a intervenção (M = 75,71%; EP= 03,69%), tendo um aumento de 10% pontos percentuais. Logo, o Valor T(6) = -3,24 e o Valor P = 0,018 apontam uma diferença significativa à nível de 5% entre o antes e depois do tratamento, indicando um aumento na pontuação do questionário e uma diminuição estatisticamente significativa nos fatores de risco cardiovasculares.

Sobre a avaliação da adesão ao tratamento, a quantidade e porcentagem avaliada em cada atributo analisado, antes e depois da intervenção, encontram-se na tabela 3:

Tabela 3: Adesão ao tratamento antes e depois do programa terapêutico ocupacional dos 7 participantes. Belém – PA, ano 2017.

Características	Respostas	Antes		Depois	
		Qtd.	%	Qtd.	%
Consome bebida alcoólica?	Uma vez por semana	1	14,29%	0	0,00%
	De duas a três vezes por semana	0	0,00%	0	0,00%
	Mais de três vezes por semana	0	0,00%	0	0,00%
	Não tem esse costume	6	85,71%	7	100,00%
Consome tabaco?	Uma vez por semana	0	0,00%	0	0,00%
	De duas a três vezes por semana	0	0,00%	0	0,00%
	Mais de três vezes por semana	0	0,00%	0	0,00%
	Não tem esse costume	7	100,00%	7	100,00%
Tem costume de consumir alimentos com sal, frituras e gorduras?	Uma vez por semana	3	42,86%	2	28,57%
	De duas a três vezes por semana	2	28,57%	0	0,00%
	Mais de três vezes por semana	1	14,29%	0	0,00%
	Não tem esse costume	1	14,29%	5	71,43%
Pratica Atividade Física?	Uma vez por semana	0	0,00%	0	0,00%
	De duas a três vezes por semana	1	14,29%	0	0,00%
	Mais de três vezes por semana	2	28,57%	6	85,71%
	Não tem esse costume	4	57,14%	1	14,29%

A sua relação com a família apresenta conflitos?	Uma vez por semana	0	0,00%	0	0,00%
	De duas a três vezes por semana	1	14,29%	0	0,00%
	Mais de três vezes por semana	0	0,00%	0	0,00%
	Não tem esse costume	6	85,71%	7	100,00%
Com que frequência vivencia situações de estresse?	Uma vez por semana	0	0,00%	1	14,29%
	De duas a três vezes por semana	2	28,57%	2	28,57%
	Mais de três vezes por semana	2	28,57%	0	0,00%
	Não tem esse costume	3	42,86%	4	57,14%
Toma a medicação na dose e horário recomendado pelo médico?	Sempre	3	42,86%	5	71,43%
	Quase Sempre	2	28,57%	1	14,29%
	Às vezes	1	14,29%	1	14,29%
	Nunca	1	14,29%	0	0,00%

Fonte: Pesquisa de campo

Observou-se que os cuidados relacionados à alimentação foram os que apresentaram menor adesão na avaliação, seguido da prática de atividade física. A respeito dos cuidados com a alimentação, Oliveira *et al.* (2013) afirmam que os hábitos alimentares são costumes adquiridos e presentes ao longo de toda a vida, portanto, não se caracterizam como hábitos de fácil mudança.

Com relação à prática de atividade física, estudos apontam este como um cuidado de difícil adesão em pacientes revascularizados, como no inquérito EUROASPIRE IV (2016), em que apenas quatro de cada dez participantes atingiram um nível de atividade física de intensidade vigorosa, por pelo menos 20 minutos uma ou mais vezes por semana, e no estudo de Lima *et al.* (2012) em que 71,3% dos participantes mantiveram-se sedentários após a cirurgia de revascularização.

Contudo, após o programa de intervenção, os atributos cuidados com a alimentação e prática de atividade física foram os cuidados em que os participantes relataram maior aumento na adesão, contribuindo para o aumento da média final na reavaliação.

Nesse sentido, em média, a adesão ao tratamento antes da intervenção (Média = 70%; Erro Padrão = 6,88%) foi menor que após a intervenção (M = 91,16%; EP= 3,20%), tendo um aumento de 21,10% pontos percentuais. Logo, o Valor T(6) = -3,84 Valor P = 0,009 apontam uma diferença significativa à nível de 5% entre o antes e depois do tratamento, indicando um aumento na pontuação do questionário e um aumento estatisticamente significativo da adesão ao tratamento cardiovascular.

A respeito da rotina ocupacional, os relatos dos participantes possibilitaram uma análise a respeito da relação entre a rotina ocupacional e a adesão ao tratamento e controle dos fatores de riscos, apontando para uma evidencia de que os participantes que apresentavam uma rotina ocupacional mais estruturada, organizada e com horários definidos; os que não vivenciavam conflitos familiares; e os que apresentavam apoio da família para as mudanças de estilo de vida, foram os que apresentaram melhores pontuações na avaliação; e aqueles que conseguiram maiores mudanças na rotina ocupacional durante o programa de atividades foram os que conseguiram maiores evoluções na pontuação da reavaliação.

Nesse contexto, o presente estudo aponta para uma possível evidência de intervenção da Terapia Ocupacional no aumento da adesão ao tratamento e controle dos fatores de risco cardiovasculares, reconhecendo a rotina ocupacional e os papéis ocupacionais como elementos determinantes no processo de mudanças destes aspectos. Na avaliação dos papéis ocupacionais, identificou-se o trabalho e a família como os papéis de maior interesse e que contribuíam para a motivação pessoal dos participantes em aderir aos novos hábitos. Na avaliação da rotina ocupacional, identificaram-se os conflitos familiares,

a desorganização da rotina e o excesso de atividades como os aspectos que dificultavam as mudanças dos hábitos.

No estudo de Rodrigues, Castro e Najjar (2017), em que se realizou um programa de atividades grupais com participantes hipertensos, identificou-se que os conflitos familiares, a sobrecarga de trabalho laboral e a desorganização da rotina foram os aspectos encontrados que dificultaram as mudanças do estilo de vida dos participantes. Após a intervenção e mudanças na rotina ocupacional, o aumento na adesão ao tratamento foi perceptível, alcançando evoluções de até 25% na reavaliação.

Dessa forma, aponta-se para a relação condicionante entre ocupações e a adesão ao tratamento de doenças crônicas, destacando a intervenção do terapeuta ocupacional como um importante promotor de mudanças e adaptações da rotina ocupacional do homem, conseqüentemente, apresentando-se como um importante profissional a compor a equipe de reabilitação cardiovascular.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a intervenção da Terapia Ocupacional promoveu um aumento da adesão ao tratamento e controle dos fatores de risco cardiovasculares, por meio de intervenções direcionadas para as mudanças dos hábitos e rotina ocupacional e do reconhecimento e abordagem das ocupações pelo olhar do MOH e dos seus subsistemas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Cerca de 17,5 milhões de pessoas morrem de doenças cardiovasculares todos os anos.** Brasília, 2016. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/cerca-de-17-5-milhoes-pessoas-morrem-de-doencas-cardiovasculares-todos-os-anos> >. Acesso em: 2 jan. 2018.
- FERNANDES, M. V. B.; ALITI, G.; SOUZA, E. N. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.4, 2009, p.993-999.
- GUIMALHÃES NETO, J. V. G.; FILHO, L. J. M. R.; NUNES, E. M. Fatores de Risco para Morbimortalidade Hospitalar em Cirurgia de Revascularização do Miocárdio; **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, v.19, n.6, 2006. Disponível em: < <http://www.rbconline.org.br/artigo/fatores-de-risco-para-morbimortalidade-hospitalar-em-cirurgia-de-revascularizacao-do-miocardio/>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- KIELHOFNER, G. **Model of Human Occupation – theory and application.** Baltimore, Williams & Wilkins, 3 ed, 2002.
- KOTSEVA K; et al. EUROASPIRE Investigators. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. **Eur J Prev Cardiol.** v. 23, n.6, 2016, p. 636-48.
- LIMA, F.E.T.; et al. Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 13, n. 4, 2012, p. 853-860. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4047/3173>>. Acesso em: 22 nov. 2017.
- OLIVEIRA, T. L.; et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

Acta Paul Enferm. Montes Claros, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a12.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

- RODRIGUES, K. V. S.; CASTRO, Y. S. G.; NAJJAR, E. C. A. Efeitos de um programa de intervenção terapêutico ocupacional em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. Belém, v. 28, n.1, 2017, p. 63-70. Disponível em: <>. Acesso em 2 dez 2017.
- SILVA, B. A.; CALLES, A. C. N.; FREIRE, R. F. Perfil dos pacientes em pós – operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio em um hospital de Maceió. **Cadernos de Graduação**, v.2, n.2, 2014, p. 67-76. Disponível em: < <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1500>>. Acesso em 20 nov 2017.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. **Arq Bras Cardiologia**. v. 103, n. 2, s. 1, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/v103n2s1/pt_0066-782X-abc-103-02-s1-0001.pdf>. Acesso em 2 jan 2018.
- **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Hansenologia.** In: Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. Aderência a Tratamento Medicamentoso. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2009.[citado 2011 Jul 21]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/02-Aderencia.pdf

A VOZ DOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE ENSINO E ASSISTENCIA EM FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – UEAFTO

RENATO DA COSTA TEIXEIRA
ERICA FEIO CARNEIRO NUNES
FERNANDA JARDIM DA SILVA
ELLEN DO SOCORRO DA CRUZ MARIA

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.160-174

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu no Brasil a partir de lutas do movimento sanitário brasileiro com o objetivo de facilitar o atendimento de saúde (RONCALLI, 2003). No ano de 1998 foram dados os primeiros passos para a criação do SUS, em que a constituição federal previa a criação de um sistema de saúde estruturado, incluindo a participação da sociedade em Conselhos e Conferências municipais com o objetivo de discutir melhorias e avaliar o sistema. No entanto, foi somente no ano de 1990 que foram publicadas as Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, as quais regulamentaram a participação popular e o controle social na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas as Conferências e os Conselhos de Saúde. Desde então, é comum o usuário avaliar o SUS e diversos estudos têm se dedicado a analisar o grau de sofisticação do paciente com este sistema. Ainda sobre a integração com a sociedade e sobre a forma democrática de avaliação do sistema, o Ministério da Saúde esclarece: "a gestão participativa deve constituir-se estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS", permitindo, sobretudo, representado pelos Conselhos e Conferências de Saúde (Ministério da saúde, 2004, p. 12). Portanto, esse controle democrático requer o desenvolvimento de estratégias que permitam ao usuário demonstrar sua percepção sobre o SUS, como os mecanismos de escuta permanente das opiniões e demandas da população (ouvidorias, consultas públicas, entre outros) (Ministério, 2004, p. 13).

As representações sociais constituem formas de conhecimento elaboradas por um grupo de indivíduos para avaliar aquilo que não é familiar. Elas são, ainda, uma forma de conhecimento partilhado, que tem como objetivo a constituição de uma realidade comum a um grupo social. Por isso, as representações sociais são denominadas muitas vezes como saber de senso comum. Essa teoria permite que o pesquisador avalie a percepção social que o indivíduo tem sobre seu alvo de pesquisa, por isso, embora distinta do conhecimento científico, é tida como objeto de estudo das mesmas e é uma metodologia realizada em diversas pesquisas, por apresentar relevância para a vida social já que indica processos cognitivos encarnados nas interações sociais. Sobre as representações sociais, Moscovici (1981, p. 181) conceitua:

Por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea de senso comum.

No que diz respeito a avaliação dos usuários, infelizmente, ao longo dos anos, ela tem sido negativa e com perspectivas não muito boas. Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina, em âmbito nacional, no ano de 2014, constatou-se que aproximadamente 92% dos usuários estão insatisfeitos com o SUS. Ainda sobre esta pesquisa, 42% dos usuários consideram difícil ou muito difícil o acesso a serviços básicos, como remédios distribuídos gratuitamente e consultas médicas de rotina. Este número é ainda maior quando se tratam de serviços de maior especificidade, como tratamentos com quimioterapia, 66%. Além disso, 47% dos usuários avaliaram como ruim ou péssima a qualidade dos serviços. Baseado nesses dados, infere-se que a percepção dos usuários sobre o sistema é negativa.

Com base nisso, esta presente pesquisa buscou avaliar a percepção dos usuários da Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), na Universidade do Estado do Pará. Para isso, foi utilizado o método da Teoria das Representações sociais.

Sobre as representações sociais

Segundo Alves-Mazzotti (2008), as questões e eventos que surgem no horizonte social exigem, de alguma maneira, que busquemos compreendê-los, aproximando-os daquilo que já conhecemos, usando palavras que fazem parte de nosso repertório. Tanto em casa, quanto no trabalho ou com os amigos, somos chamados a nos manifestar sobre diversas situações. Nessas manifestações procuramos dar explicações, fazer julgamentos e tomamos posições.

Estas interações sociais criam os chamados universos consensuais nos quais produzimos novas representações que logo são comunicadas, e passam a fazer parte desse universo não mais como simples opiniões, mas como verdadeiras teorias do senso comum facilitando a comunicação e orientando condutas.

A sociologia busca explicar este fenômeno através das representações sociais. Serge Moscovici, psicólogo social radicado na França, foi o precursor da Teoria das Representações Sociais. Este autor afirma que as Representações Sociais são elaboradas a partir de conversações, no universo comum, na convivência cotidiana, mostrando que elas estão presentes em todos os locais onde as pessoas interagem informalmente, servindo à função de orientar seus comportamentos e suas comunicações. O estudo das representações sociais investiga como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana.

De acordo com Abric (2001) a representação social é composta por um conjunto de informações, crenças, valores

e atitudes acerca de um objeto social e pode ser organizada, estruturada e constituída em um sistema sóciocognitivo.

Segundo Moscovici (2011), toda Representação Social nos ajuda a resolver o problema geral de saber quando interpretar uma mensagem como significativa em relação a outras e quando vê-la como um acontecimento fortuito ou casual. Estas se organizam em torno de um núcleo central que tem caráter estável e organizador e ao redor do qual se organizam os elementos periféricos que são flexíveis e mutáveis.

Segundo Duveen (2011) as representações sociais entram para o mundo comum e cotidiano em que nós habitamos e discutimos com nossos amigos e colegas e circulam na mídia que lemos.

As representações Sociais possuem duas funções: dar forma, localizar em uma categoria e colocar como modelo algo que ainda não conhecemos (função convencionalista) e impor sobre nós uma força irresistível (função prescritiva).

A este respeito, Moscovici (2011) nos mostra que antes de ver e ouvir a pessoa, nós já a julgamos, nós já a classificamos, e criamos uma imagem dela. Os mais interessantes são aqueles julgamentos em que os acusados são apresentados como culpados, malfeitores e criminosos e o processo apenas serve para confirmar um veredito preestabelecido.

As Representações Sociais são elaboradas em três fases: a) fase científica: momento inicial em que são elaboradas; b) fase representativa: momento em que se difundem em uma sociedade; c) ideológica: quando são apropriadas por um partido ou uma escola de pensamento.

Moscovici (2011) relata dois processos que geram as representações sociais: (1) a Ancoragem: ocorre quando classificamos ou damos nome a coisas que não são classificadas e que não possuem nome, pois ainda são estranhas e ameaçadoras para nós; (2) a Objetivação: ocorre quando teorias incomuns que ninguém levava a sério passam a ser normais, críveis e explicadoras da realidade algum tempo depois.

As pessoas aceitam acima de tudo aqueles fatos ou percebem aqueles comportamentos que confirmam suas crenças habituais, isso mostra que a razão das representações sociais é nos tornar familiar algo que não nos é familiar, ou seja, a motivação para criarmos ou aceitarmos uma representação social é criarmos uma ponte entre o estranho e o familiar.

METODOLOGIA

Para que os objetivos do estudo fossem atingidos e o problema fosse respondido, foi realizado um estudo exploratório, analítico-descritivo através da análise das representações sociais, utilizando-se para tal da metodologia prescrita por Moscovici através do software Evoc 2005. Este software permite identificar os elementos pertencentes ao provável núcleo central da representação, bem como os elementos periféricos, a partir de dois critérios: a frequência média de ocorrência das palavras e o grau de importância atribuído a elas, por meio do lugar ocupado na ordem de evocação.

O presente projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Campus II/CCBS/UEPa tendo recebido a aprovação através do Parecer nº. 557.232 de 21/02/2014 atendendo as normativas éticas emanadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a Declaração de Helsinque, o Código de Nuremberg através de seu registro na Plataforma Brasil.

Inicialmente buscamos a aprovação da coordenadora unidade para ter acesso aos pacientes.

A amostra foi composta por pacientes ou seus responsáveis que estivessem dispostos a responder ao questionário independente do setor de tratamento, e que concordassem em participar através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a concordância de participação, os participantes preencheram um questionário no qual buscamos os seguintes dados gerais: Idade e Sexo e, após o preenchimento desses foi utilizado a Técnica da Associação Livre de Palavras que consiste em estimular o sujeito a associar entre três a cinco palavras a um

termo indutor (palavra ou expressão) sugerido pelo pesquisador. Esta técnica envolve ainda a hierarquização das palavras evocadas, em ordem crescente de importância e a seleção daquela considerada mais importante.

Para tal foi pedido ao participante da pesquisa que buscasse de forma livre cinco termos ou expressões que surgissem em sua mente quando falamos sobre seu atendimento. Após terem sido evocadas as palavras, foi solicitado que enumerassem essas palavras de 1 a 5 em ordem de importância, sendo que o 1 representaria o mais importante e 5 o menos importante, de acordo com a metodologia prescrita por Vergés (2006).

A partir dessas respostas, foi elaborado o dicionário léxico das repostas, na qual se procurou eliminar termos ou expressões repetidas ou similares através da escolha de um só que representasse todos.

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha Excel e posteriormente submetidos a análise através do software Evoc 2005, onde se buscou as palavras que representassem o núcleo central das representações sociais (mais frequentes e mais importantes) e as que representassem o núcleo periférico (menos frequentes e mais importantes). As respostas são expostas em um quadro de quatro casas pelo EVOC demonstrando o Núcleo Central e a Periferia onde fica evidenciado a distribuição dos termos evocados, estando no quadrante superior esquerdo o núcleo central das representações.

Os dados gerais foram armazenados igualmente em uma planilha Excel e demonstrados através de gráficos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 100 participantes (34 do sexo masculino e 66 do sexo feminino) sendo a idade dos que responderam igual ou superior a 18 anos.

A media de idade foi de $51,00 \pm 13,01$ (Máxima: 76 e Mínimo: 18). A distribuição da faixa etária dos participantes encontra-se na

Tabela 1, onde podemos observar que 39% tem mais de 52 anos de idade, sendo a menor faixa etária de 13 a 25 anos (5%).

Tabela 1: Distribuição da faixa etária dos participantes.

Classes	Xi	Fi	%I
0 - 12	6.0	18	18.00
13 - 25	19.0	5	5.00
26 - 38	32.0	13	13.00
39 - 51	45.0	25	25.00
52 - 64	58.0	27	27.00
65 - 76	71.0	12	12.00
TOTAL		100	100

Foi evocado um total de 453 palavras das quais 94 diferentes (razão = 0,20). A frequência média de evocação foi de 15 e a média de ranqueamento foi de 2,80. Assim, consideraram-se como Núcleo Central, palavras que tivessem tido uma frequência maior do que 15 e um ranqueamento menor ou igual a 2,80.

O quadro de quatro casas ficou assim disposto (Quadro 1):

Quadro 1: Palavras evocadas pelos usuários da UEAFTO.

	Rang ≤ 2,80			Rang ≥ 2,81		
	Palavra	Freq	Rang	Palavra	Freq	Rang
Freq ≥ 15	Atenção	59	2,322	Bom	62	3,210
	Carinho	18	2,500			
	Excelente	15	2,667			
	Melhora	27	2,370			
	Ótimo	35	2,743			
	Paciência	18	2,611			

5 ≤ Freq < 14	Acolhimento	11	2,636	Alegria	6	3,167
	Dedicação	9	2,556	Demora	9	3,778
	Interesse	5	2,600	Educação	10	3,000
	Tratamento	14	1,571	Legal	10	4,200
				Rapidez	10	3,200

Segundo Sá (1996) e Vergés (2002), as palavras do quadrante superior esquerdo tendem a representar o Núcleo Central sendo as mais frequentes e mais prontamente evocadas. No quadrante superior direito estão os elementos que obtiveram uma frequência alta, mas que foram citados em últimas posições. São as palavras que dão sustentabilidade central e confirmam o elo com ele, representando o chamado 1º Núcleo Periférico.

No quadrante inferior esquerdo, encontramos os elementos intermediários das Representações Sociais, que embora apresentem baixa frequência não diminuem seu mérito uma vez que foram evocados como de maior importância, constituindo-se no 2º Núcleo Periférico. Estes podem revelar indícios da existência de um subgrupo minoritário, portador de uma representação diferenciada (ABRIC, 2001). No último quadrante (inferior direito) as palavras encontradas são responsáveis pela função reguladora e por resguardar a estabilidade do núcleo. Nele estão os elementos menos citados e menos evocados em primeira mão pelos sujeitos.

A partir da análise do Núcleo Central, nos propusemos a realizar a análise semântica das palavras evocadas, seguindo a mesma metodologia adotada por Guimarães *et al* (2015), alocando-se as palavras em categorias segundo seu sentido.

Em nosso estudo, encontramos no Núcleo Central seis palavras que puderam ser divididas em três grupos de acordo com o sentido das palavras, assim dispostos (Quadro 2). As atitudes dos profissionais foram evocadas 95 vezes, enquanto que os adjetivos para qualificar o atendimento foram evocadas 50 vezes e o resultado do atendimento 27 vezes.

Quadro 2: Sentido das palavras evocadas no Núcleo Central.

Atitudes do profissional	Adjetivos quanto ao atendimento	Resultado
Atenção (59) Carinho (18) Paciência (18)	Excelente (15) Ótimo (35)	Melhora (27)
95	50	27

No 1º Núcleo periférico encontramos apenas a palavra BOM evocada 62 vezes e com um ranqueamento de 3,210, estando alocada no grupo de adjetivos quanto ao atendimento.

No 2º Núcleo periférico encontramos 5 palavras que puderam também ser divididas de acordo com o seu sentido (Quadro 3), no entanto diferentemente do Núcleo Central sai o grupo Resultado e entra o grupo Tempo de espera.

Quadro 3: Sentido das palavras evocadas no 2º Núcleo Periférico.

Atitudes do profissional	Adjetivos quanto ao atendimento	Tempo de espera
Alegria (6) Educação (10)	Legal (10)	Demora (9) Rapidez (10)
16	10	19

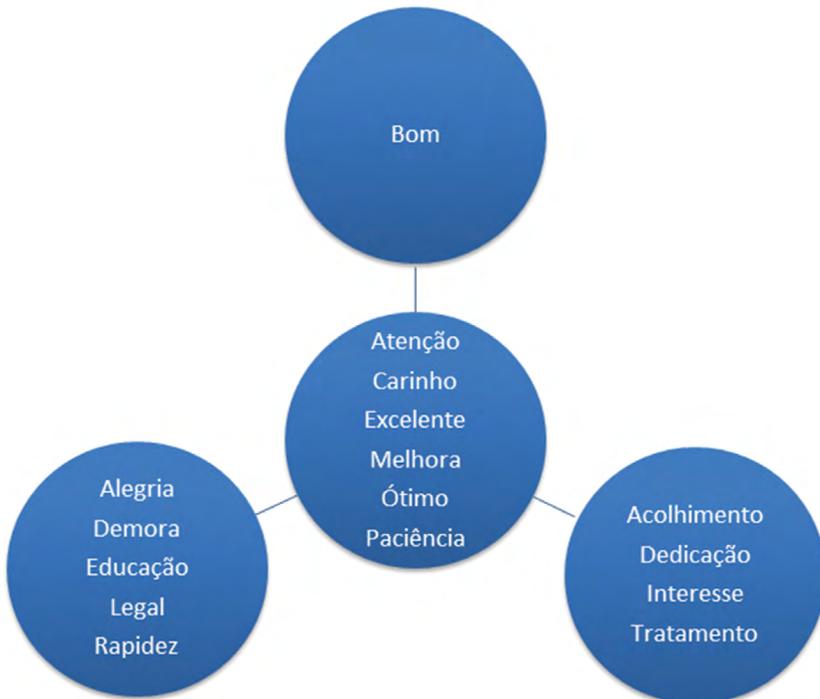
No último Núcleo periférico encontramos 4 palavras que puderam ser divididas em dois grupos de acordo com o seu sentido (Quadro 4).Dentre essas palavras uma apresentou o melhor ranqueamento dentre todas as encontradas (tratamento: 1,571), mostrando que o tratamento está por trás de tudo o que envolve o atendimento.

Quadro 4: Sentido das palavras do quadrante inferior direito.

Atitudes do profissional	Intenção
Acolhimento (11) Dedicação (9) Interesse (5)	Tratamento (14)
25	14

Usando esta metodologia podemos observar os elementos que gravitam na periferia do Núcleo Central sendo demonstrado na Figura 1.

Figura 1: relação entre Núcleo Central e periférico das palavras evocadas



Assim em relação as atitudes do profissional, ao redor da atenção, carinho e paciência gravitam a alegria, a educação, o acolhimento, a dedicação e o interesse. Todas as palavras evocadas foram positivas.

Em relação aos adjetivos quanto ao atendimento, ao redor de excelente e ótimo gravita a palavra legal, denotando que o atendimento é avaliado positivamente também.

Entre as palavras do 2º Núcleo Periférico encontramos “Demora” e “Rapidez” que se antepõem uma a outra, apresentando uma frequência de evocação igual (9 e 10 respectivamente) porém com graus de importância diferentes (3,778 e 3,200 respectivamente). Apesar de o atendimento ter sido avaliado positivamente tanto em relação às atitudes do profissional quanto em relação ao próprio atendimento, a demora na fila de espera para ser chamado para o início do atendimento e no dia da sessão são características do sistema público e devemos lutar para agilizar com oferta de mais vagas no serviço, o que acarretaria uma maior agilidade no atendimento.

DISCUSSÃO

As pesquisas que objetivam avaliar o sistema de saúde na perspectiva do usuário, dando-lhe voz, permitem verificar o modo como direitos – individuais e de cidadania – são observados no acesso e utilização dos serviços (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Além de proporcionar dignidade aos sujeitos do processo e informações fundamentais para as tomadas de decisões da gestão (DIAS; RAMOS; COSTA, 2010).

No presente estudo o grupo de usuários ligou diversas palavras ao seu atendimento. A grande maioria foram expressões positivas, como “excelente” e “ótimo”, o que demonstra satisfação com o serviço prestado.

Por não serem facilmente encontrados estudos que relatem avaliação positiva dos pacientes quanto ao serviço de saúde pública, consideramos o que dizem Vaitsman e Andrade (2005). Por encontrar grandes dificuldades para conseguir atendimento, o paciente reduz a expectativa quanto ao serviço, ficando satisfeito com o simples fato de ser atendido, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas. Os pacientes podem evitar criticar o serviço, tanto pelo medo de perder o

acesso, quanto à relação de dependência aos profissionais de saúde (DINSDALE et al, 2000).

Observou-se ainda uma prevalência aproximada de palavras antagônicas “demora” e “rapidez” podendo estar relacionado com o que afirma Dinsdale *et al* (2000), no sistema público o paciente pode se entender de duas formas, como consumidor e como cidadão. Enquanto consumidor, ele pode desejar menor tempo para consulta e atendimento, porém, como cidadão, entende um tempo de espera maior, por saber da grande demanda de pacientes e por querer que todos sejam atendidos.

A palavra “demora” foi a única utilizada que expressa um aspecto negativo do atendimento. O que corrobora com os dados do IBOPE (2012) onde 55% da população brasileira consideram a demora no atendimento como o principal problema do sistema público de saúde em sua cidade. A pesquisa ainda ressalta, que este longo tempo de espera, que é apresentado como o principal problema é o resultado final que se deve, em grande medida, à deficiência física nas unidades de saúde e ao número insuficiente de profissionais.

Este fato pode estar relacionado ainda à estrutura burocrática das unidades de saúde, que acabam por fazer que os usuários só procurem o atendimento em situações emergenciais. Pois estar na fila de espera é frustrante, cansativo e estressante física e mentalmente (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2011).

Quando se fala dos serviços oferecidos pela unidade em questão, este problema pode vir a interferir em todo o processo do tratamento, visto que, para a eficácia na fisioterapia e terapia ocupacional, é essencial a motivação, participação, disposição, continuidade dentre outros aspectos que não são facilmente encontrados após longo tempo de espera, o que muitas vezes acaba postergando soluções e agravando a situação clínica do paciente; filas, e a possibilidade de não conseguir a tão almejada vaga.

Nota-se que todos os léxicos estão intimamente relacionados com a experiência prática e com o cotidiano de cada usuário dentro da unidade. Especialmente no que tange às relações interpessoais. Haja

vista que através das demais palavras pertencentes ao núcleo central, como atenção, carinho, paciência, notou-se que os entrevistados, espontaneamente, avaliaram o serviço a partir de sua relação com o profissional responsável pelo seu tratamento. O que pode ser explicado com o que afirma Gomes, Oliveira e Sá (2011) por mais amplos que sejam os objetivos do sistema de saúde pública estes se concretizam, para a maioria da população, no interior da relação profissional-clientela no contexto do atendimento ou da atenção direta.

O que demonstra a importância da relação profissional-paciente. Pois, os profissionais de saúde podem exercer um importante papel no processo de atendimento à clientela, estimulando esta a participar ativamente da construção do sistema, conhecer seus direitos, buscando tornar o serviço mais próximo às necessidades da população (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2011).

Ao se dividir as palavras evocadas em categorias, demonstrou-se que as atitudes individuais do profissional, a qualidade do atendimento em si, a eficácia do tratamento e a fila de espera, devem ser especialmente consideradas durante a elaboração de medidas que visem melhorar o serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que os entrevistados avaliam positivamente o serviço prestado na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO). Mostrou-se ainda neste estudo o que é considerado mais importante pelos os usuários para um bom atendimento. Fato que deve ser considerado pela gestão como motivador para futuras melhorias, mantendo e aperfeiçoando o que tem dado certo e procurando resolver possíveis problemas, como a demora no atendimento, que pode estar relacionado com outros problemas, como infraestrutura, e número insuficiente de profissionais.

Sugere-se assim, que pesquisas como esta sejam feitas constantemente na unidade haja vista que a melhora efetiva dos serviços requer identificar precisamente a satisfação e as prioridades dos usuários.

REFERENCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, AJ. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à Educação. **Revista Múltiplas Leituras**, v.1, n.1, p. 18-43, jan/jun. 2008.
- ABRIC, JC. **O estudo experimental das representações sociais**. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; 2001. p. 155-72.
- Brasil. Datafolha. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>>. 2014. Acesso em: 10 jan. 2014.
- DE CASTRO, H. C. DE O.; MACHADO, L. Z.; WALTER, M. I. M. T. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, Pelotas, 14(2): 113-134, jul.-dez./2008.
- DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: uma Perspectiva da Satisfação dos Usuários. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez., 2010.
- DINSDALE, G. B, et. al 2000. **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros**. Brasília, ENAP, No20.
- DUVEEN, G. O poder das ideias. In Moscovici, S. **Representações Sociais: investigações em Psicologia Social**. 8ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p.7-28.
- GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; AS, C. P. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 4, jul/ago. 2011.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 8ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, 404p.
- Pesquisa CNI – IBOPE: **retratos da sociedade brasileira: saúde pública**. Janeiro, 2012 – Brasília: CNI, 2012. 67 p.

- SÁ, CP. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- SILVA, S. É. D. da; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I.; et al. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 set-out; 64(5): 947-51.
- VERGÉS, Pierre. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations - EVOC 2005**, Version June 2006, Provence, France, June, 2006.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

O SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE TRIAGEM NEONATAL NO PARÁ: A EXPERIÊNCIA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

ANA LÚCIA DA SILVA FERREIRA
CLAUDIA DOS SANTOS OZELA
JOÃO VICTOR MOURA ROSA
ILMA PASTANA FERREIRA

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.175-186

INTRODUÇÃO

Atualmente a articulação ensino-serviço é muito discutida no meio acadêmico, juntamente com as transformações necessárias para a graduação de qualidade na área da saúde. A utilização dessa articulação é propulsora para as mudanças necessárias à prática dos profissionais, a partir da aproximação com a realidade na produção de cuidado, objetivando transformar o modelo assistencial dominante (VASCONCELOS, STEDEFELDT, FRUTUOSO, 2016).

A integração ensino-serviço proporciona a diminuição da distância entre a formação acadêmica e a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, é possível o desenvolvimento de ações e projetos que correlacionem objetivos acadêmicos com a realidade local, e ainda criar cooperação entre os cursos, professores e estudantes que atuam nos serviços (ALBIERO, FREITAS, 2017).

O exame de TN, popularmente conhecido como Teste do Pezinho (TP), compreende a coleta de uma pequena amostra de sangue colhida do calcanhar do RN, que deve ser coletada até o quinto dia de vida do bebê. O teste faz o diagnóstico preventivo para várias doenças congênitas, e atualmente, nos serviços públicos de saúde, realiza o diagnóstico específico de seis patologias, entre elas: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, doença falciforme, hiperplasia

adrenal congênita e deficiência de biotinidase (BRASIL, 2016; SILVA et al., 2017).

Além disso, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 2001 o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) por meio da Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001, que estabelece que toda criança nascida em território nacional deve ser submetida ao TP, que é gratuito e obrigatório com meta de cobertura universal e garantia de realização de todas as etapas (RODRIGUES, HAAS, MARQUI, 2016)

O Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) é formado por equipe multiprofissional para desenvolver as atividades exigidas no Programa. Com isso, destaca-se o enfermeiro, que tem papel relevante por está próximo ao usuário, podendo esclarecer dúvidas sobre os possíveis diagnósticos e acompanhamento das crianças, através da consulta de enfermagem, mediando a integração ensino-serviço. Os acadêmicos de graduação dos cursos de enfermagem, medicina e biomedicina da Uepa e residentes de enfermagem podem participar das ações desenvolvidas integrados com a equipe multiprofissional ou desenvolver projetos de pesquisa.

OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo descrever a experiência da integração ensino-serviço no SRTN/Pará.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, vivenciado por gestores do SRTN, no período de 2015 a 2017, através da observação sistemática, estruturada ou controlada, uma vez que ocorreram em campo de trabalho, correlacionando os achados observados e evidências científicas.

O SRTN funciona no Centro de Saúde Escola do Marco (CSEM) vinculado a Universidade do estado do Pará (UEPA). A UEPA é

uma instituição de ensino superior que engloba ensino, pesquisa e extensão. Também assume as atividades de assistência, entre elas o SRTN, através da Portaria 428 de 03 de dezembro de 2009.

Essa observação foi realizada pelos gestores do serviço, que possuem formação acadêmica em enfermagem. O serviço desempenha atividades de média complexidade em conjunto com os 856 postos de coleta distribuídos nas unidades básicas de saúde nos 144 municípios do estado do Pará.

O SRTN é responsável pelo diagnóstico através do processamento das amostras do TP, realizado no Laboratório de Pesquisa e Apoio Diagnóstico (LAPAD) e acompanhamento das crianças com resultados alterados para as fases I,II e III (ambulatório).

Vinculado a um Centro de Saúde Escola, as atividades do SRTN estão integradas, em todas as etapas, ao ensino de graduação e residência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com KUABARA et al.(2014) é essencial a transformação dos profissionais de saúde para que possam atender as necessidades dos serviços, principalmente buscando cumprir os princípios e diretrizes do SUS, porém isso é uma realidade que ainda se busca no Brasil frente a desarticulação entre ensino e serviço.

A desarticulação preocupa as áreas da educação e saúde, pois atrelar o ensino ao serviço é uma prática indispensável para um Sistema de Saúde efetivo com objetivo de oferecer cuidado integral e de qualidade aos usuários (SOUSA et al., 2017).

Nesse sentido o SRTN/UEPA, atrelado a uma Instituição de Ensino Superior (IES) desenvolve atividades que atingem esse novo modelo de integração, trazendo a aproximação do aluno de graduação e residência para a vivência real da importância da triagem neonatal no contexto da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Com isso, os alunos

podem realizar estágios supervisionados, trabalhos científicos de pesquisa e ter acesso aos dados, obedecendo as Normas para pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução CNS N ° 466/2012 e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em integração com a Coordenação de Ensino e Serviço da UEPA.

O PNTN é desenvolvido nos estados brasileiros, incluindo o Estado do Pará, em quatro fases, de acordo com as doenças avaliadas: Fase I: fenilcetonúria (PKU) e hipotireoidismo congênito (HC); Fase II: anemia falciforme e outras hemoglobinopatias; Fase III: fibrose cística (FC); Fase IV: deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita (CARVALHO et al., 2017).

A fenilcetonúria foi a primeira doença genética a ter tratamento estabelecido com terapêutica dietética específica. Ela ocorre por erros congênitos do metabolismo causado pela enzima fenilalanina hidroxilase (GOULART et al., 2017). Esse erro genético leva ao acúmulo do aminoácido fenilalanina no sangue e ao aumento da fenilalanina e da excreção urinária de ácido fenilpirúvico (BRASIL, 2016). Junto a fenilcetonúria na fase I está a patologia hipotireoidismo congênito, que é caracterizado como um distúrbio endócrino congênito que ocorre com maior frequência entre os recém-nascidos (SILVA et al., 2017). A deficiência dos hormônios tireóideos que são aqueles produzidos pela glândula tireoide, é considerado uma emergência pediátrica. A importância do diagnóstico e tratamento precoces são para evitar dano cerebral irreparável e atraso no crescimento (SILVESTRIN, LEONE, LEONE, 2016).

Na segunda fase do teste do pezinho estão as hemoglobinopatias, que são caracterizadas pela redução da síntese de uma ou mais cadeias globínicas, denominadas talassemias, ou pela síntese de uma cadeia globínica estruturalmente anormal (CARDOSO et al., 2017). Das hemoglobinopatias mais presentes nos resultados do teste do pezinho no estado do Pará, está a doença falciforme, patologia

que leva as hemácias a assumirem forma de lua minguante. O diagnóstico e tratamento precoces aumentam a sobrevivência dos afetados e melhoram a sua qualidade de vida. Além disso, o aconselhamento genético, em um contexto educativo, pode contribuir para reduzir a incidência destas alterações (CARDOSO et al., 2017).

Na III fase está a patologia Fibrose Cística, a suspeição da doença ocorre devido à clínica e aos sinais e sintomas que podem ocorrer nas primeiras semanas de vida. A criança apresenta má absorção, infecções respiratórias recorrentes, suor salgado e ocorrência de íleo meconial. Após o diagnóstico, o tratamento é complexo e demanda rotina exigindo cuidados específicos (SANTOS et al., 2017).

Nesse arranjo a equipe multiprofissional que atua no SRTN/UEPA está capacitada para atender as exigências do programa, assim como receber os estudantes da graduação e pós-graduação, mostrando a realidade e a vivência no SUS. SOUSA et al. (2017) reforça a importância da equipe interdisciplinar em desenvolver ações de coordenar o cuidar, sendo responsável por uma assistência de qualidade, promovendo a integração entre os diferentes profissionais, com isso utilizam as práticas assistências como o elo de integração dos serviços.

Percebe-se a integração entre o SRTN, o ensino e rede de serviços por meio do estabelecimento de rotinas de trabalho, que se iniciam nos postos de coleta que fazem parte da Atenção Básica de Saúde (ABS) de alguns dos 144 municípios que compõem o estado do Pará, principalmente dos municípios que possuem Campus da UEPA com cursos na área da saúde.

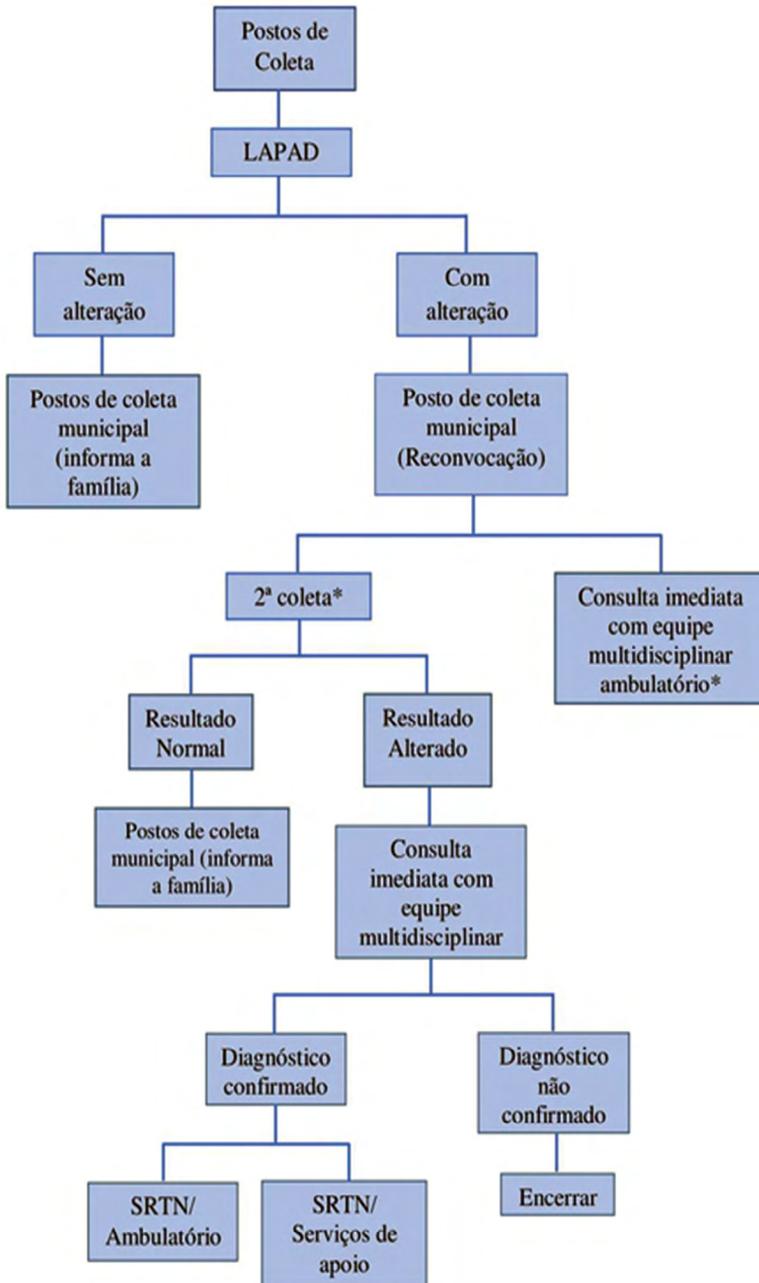
Desse modo, destaca-se o processo de trabalho após a realização da coleta nos municípios e armazenamento adequado. A amostra é encaminhada através de postagem dos correios (serviço via SEDEX, porte pago pelo MS) ao LAPAD que realiza as seguintes etapas: 1) triagem das amostras, que é um

processo de avaliação da qualidade do material coletado; 2) digitação das informações da criança no sistema VEGA Triagem e 3) processamento das amostras biológicas para obtenção dos resultados.

Em posse dos resultados, o laudo é emitido, os que não apresentam alteração são enviados via *online* aos postos de coleta, por outro lado, para os que apresentam parâmetros alterados, as crianças são convocadas para uma nova coleta ou consulta imediata no ambulatório do SRTN. Os acadêmicos e professores do curso de bacharelado em biomedicina, atuam conjuntamente com a equipe multiprofissional do LAPAD, composta por farmacêutico/bioquímico, biomédico e enfermeiro, desde o recebimento das amostras até o processamento.

No ambulatório é agendada a consulta com equipe multidisciplinar (enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, pediatra, endócrino pediatra e pediatra geneticista) e a partir da confirmação do diagnóstico são acompanhadas no SRTN ou encaminhadas para os serviços especializados no caso de doença falciforme e fibrose cística, de acordo com fluxograma da figura 01. Esses serviços de referência também são locais de integração ensino/serviço, pois recebem acadêmicos de graduação e pós-graduação principalmente dos cursos de enfermagem aonde atuam nas atividades de coleta do TP, busca ativa das crianças com resultados alterados e faltosos no acompanhamento, palestras educativas e consultas de enfermagem, além de atuarem em projetos de pesquisa, quando também existe a participação e alunos de medicina e biomedicina.

Figura 1: Fluxograma do atendimento do Programa Nacional da Triagem Neonatal no Estado do Pará, 2015 a 2017.



Obs: Depende da avaliação dos parâmetros de resultado para cada doença e idade da criança na coleta do TP.

O SRTN participa ainda das atividades de integração ensino-serviço realizadas, como por exemplo o XVIII Congresso Médico Amazônico quando organizou e coordenou a Mesa Redonda: Triagem neonatal biológica e não biológica, a XI Semana da Saúde CCBS/Uepa com a realização de um Mini curso sobre Triagem neonatal para a comunidade acadêmica que teve como objetivos: oportunizar o conhecimento sobre o PNTN; aprofundar o conhecimento sobre as doenças triadas no Programa e suas consequências e fortalecer a rede de profissionais para atuar no PNTN.

O Pará possui uma extensão territorial de 1.248.000 Km², é o segundo maior estado do país, formado por 144 municípios e possui mais de 20 mil quilômetros de rios que cortam o estado, sendo os principais: Amazonas, Tapajós, Tocantins, Xingu, Jari e Pará. É o estado mais populoso da região norte contando com uma população de 7.321.493 hab. (GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2017).

Essa extensão territorial e dos rios que cortam o estado associados à má conservação das estradas dificultam o fluxo das amostras dentro do próprio município e principalmente até a chegada ao LAPAD. Assim destaca-se que algumas amostras podem levar em torno de três semanas para chegarem ao laboratório, prejudicando o principal objetivo do Programa que é oportunizar o diagnóstico precoce das doenças.

Além da dificuldade de transporte das amostras, também há as dificuldades de busca ativa das crianças com resultado do teste do pezinho alterado e que necessitam fazer exames confirmatórios na capital, município de Belém. Na confirmação do diagnóstico, o acompanhamento periódico e definitivo no SRTN também se torna difícil e oneroso para as famílias, que muitas vezes não têm condições de assumir esses custos financeiros, e os municípios em contrapartida não assumem a contento as despesas através do Tratamento Fora do domicílio (TFD), conforme previsto nas diretrizes do SUS.

Destaca-se também que o repasse financeiro do SUS destinado à manutenção do Programa, não é compatível com as despesas, principalmente para aquisição dos kits que possibilitam o processamento das amostras. Essa situação é corroborada por Lorenzetti et al. (2014) que afirma que as fragilidades na gestão da saúde estão colaborando com graves problemas na saúde pública.

Frente as dificuldades vivenciadas pelos acadêmicos de graduação e pós-graduação, pode haver a experimentação da realidade amazônica, que contribuirá para sua inserção no campo de trabalho, tornando-os empoderados para o desenvolvimento de estratégias adequadas a realidade da região Norte, que proporcionem a comunidade uma assistência de qualidade, voltadas principalmente para a prevenção, e atendendo as diretrizes do SUS.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou como o SRTN permite a integração ensino/serviço, buscando desenvolver profissionais capacitados e empoderados sobre a importância da triagem neonatal para o diagnóstico precoce de doenças metabólicas e a prevenção de sequelas irreversíveis, complicações e óbitos. Assim como a humanização frente às dificuldades regionais enfrentadas pelos familiares e profissionais de saúde que atuam no programa.

Deste modo, busca-se que o programa tenha qualidade, atendendo as expectativas das propostas do MS e das necessidades da população através da garantia de cobertura universal além de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

REFERENCIAS

- ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T.. Modelo Para Avaliação Da Integração Ensino-Serviço em Unidades Docentes Assistenciais Na Atenção Básica. **Saúde Em Debate**. v. 41, supl. 114, p. 753–67, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300753&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 07 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico. v 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CARVALHO, D. C. S. N. et al. 2017. Evolution of Neonatal Screening Program in a Reference Hospital in Ceará: 11 Years of Observation. **ABCS Health Sci**. v.42, n. 3, p. 143–46. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/933/783>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- CARDOSO, C. S. et al. Newborn screening for hemoglobinopathies in the state of Rio Grande do Sul, 2004 to 2014. *Boletim Científico de Pediatria*. v. 6, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/171229113516bcped_06_03_a02.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.
- GOULART, S. M. et al. Phenylketonuria: General Aspects, Public Health, and the Situation in the State of Goiás. *Ensaio Cient., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*. v.21, n.2, p. 86-91, 2017. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaio-ciencia/article/view/3755/3659>>. Acesso em: 08 ago. 2018.
- GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. 2017. PARÁ - Governo Popular. 2017. In site: <http://www.pa.gov.br/O_Para/opara.asp>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- KUABARA, C. T. M.; SALES, P. R. S.; MARIN, M. J. S.; TONHOM, S. F. R. Education and Health Services Integration: An Integrative Review of the Literature. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**.

v. 18, n. 1, p. 195–201, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20140015>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

- LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Health Management in Brazil: Dialogue with Public and Private Managers. *Texto & Contexto - Enfermagem*. v. 23, n. 2, p. 417–25, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso&tlng=em>. Acesso em: 07 ago 2018.
- RODRIGUES, L. P.; HAAS, V. J.; MARQUI, Al. B. T. Newborn Screening: How Undergraduate Nursing Students Perceive the Guthrie Test Letícia. *Semina: Ciências Biológicas e Da Saúde*. v. 37, n. 2, p. 71, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/26017>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- SANTOS, S. M. R. et al. Epidemiological and social profile of cystic Fibrosis in childhood and adolescence. *Saúde (Santa Maria)*. v. 43, n. 1, p. 112-122, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/24719/pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2018.
- SILVA, K. S.; et al. Neonatal screening as a method of screening diseases in newborn born through the tie of pezinho: a literature review. *Temas em Saúde*. v. 17, n. 6, p. 236–48. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/08/17219.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.
- SILVESTRIN, S. M.; LEONE, C.; LEONE, C. R. Detecting congenital hypothyroidism with newborn screening: the relevance of thyroid-stimulating hormone cutoff values. *J. Pediatr. (Rio J.)*. v. 93, n.3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v93n3/pt_0021-7557-jped-93-03-0274.pdf>. Acesso em: 08 ago 2018.

- SOUSA, S. M.; BERNARDINHO, E.; CROZETA, K.; PERES, A. M.; LACERDA, M. R. Integrality of Care: Challenges for the Nurse Practice. *Rev Bras Enferm.* v. 70, n. 3, p. 529–36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0504.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.
- VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma Experiência de Integração Ensino-Serviço e a Mudança de Práticas Profissionais: Com a Palavra, Os Profissionais de Saúde. *Interface: Communication, Health, Education.* v. 20, n. 56, p. 147–58, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0147.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

CLEARANCE MUCOCILIAR DIANTE DE UMA PROPOSTA TERAPÊUTICA EM BRONQUIECTASIA

DAYSY DA CRUZ TOBELEM

CLEIDIANE DA SILVA ANDRADE

WILLIAM RAFAEL ALMEIDA MORAES

PABLO FABIANO MOURA DAS NEVES

LUIZ FABIO MAGNO FALCÃO

VALÉRIA MARQUES FERREIRA NORMANDO

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.187-196

INTRODUÇÃO

A bronquiectasia é uma doença pulmonar estrutural crônica caracterizada pela dilatação anormal, permanente e irreversível dos brônquios, decorrente da destruição dos seus componentes elásticos e musculares (MENÉNDEZ *et al.*, 2017; LOPES *et al.*, 2015). Clinicamente, a bronquiectasia se manifesta por tosse crônica produtiva, déficit no transporte mucociliar e frequentes exacerbações infecciosas (WEYCKER *et al.*, 2017; RAMOS *et al.*, 2015), repercutindo em hospitalizações recorrentes e comprometimento da função pulmonar, o que afeta as atividades diárias e a qualidade de vida (WELSH *et al.*, 2015).

A depuração das vias aéreas respiratórias constitui uma estratégia crucial no manejo de pacientes com bronquiectasia (CORTINA *et al.*, 2017). Para tanto, o tratamento fisioterapêutico, realizado por meio de dispositivos, manobras e posicionamentos específicos, desempenha importante função na manutenção das vias aéreas, auxiliando para redução do acúmulo de secreção pulmonar (SILVA *et al.*, 2016; TAMBASCIO *et al.*, 2017). Vale ressaltar que a técnica utilizada deve ser adaptada a preferência do paciente, enfatizando aquela que o encoraja por ser simples e rápida (CHALMERS *et al.*, 2015).

O processo de higienização das vias respiratórias por meio de técnicas de fisioterapia ocorre em razão das mudanças de

volume e pressão pulmonar, aceleração de fluxo expiratório, ação da gravidade e a aplicação direta de forças compressivas e vibratórias (LEE *et al.*, 2015). Esses mecanismos podem alterar a característica viscoelástica do muco e aumentar a frequência de batimento cilíndrico, facilitando, assim, o movimento eliminatório da secreção (SILVA *et al.*, 2016; LEE *et al.*, 2015).

Embora as técnicas de depuração brônquica sejam frequentemente prescritas para facilitar a expectoração de secreção dos pulmões, as intervenções na bronquiectasia ainda carecem de maiores evidências científicas (CHALMERS *et al.*, 2015; LEE *et al.*, 2015).

OBJETIVOS

Analisar as repercussões de dois recursos fisioterapêuticos sobre o *clearance* mucociliar de pacientes com bronquiectasia, além de identificar possíveis alterações na saturação periférica de oxigênio (SpO₂) e frequência cardíaca (FC).

METODOLOGIA

Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado do Pará (UEPA) sob parecer nº 484656, o estudo prospectivo analítico de intervenção foi conduzido por conveniência por oito (08) pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, faixa etária entre 40 a 70 anos, hidratação oral regular média em 1,5 L/dia, diagnóstico de bronquiectasia difusa, com tosse eficaz e produtiva, sem histórico de exacerbação ou hospitalização durante o mês antecessor ao início da pesquisa. Foram excluídos desta pesquisa os pacientes que apresentaram alguma intolerância as técnicas fisioterapêuticas realizadas, faltaram mais que duas sessões, apresentaram hemoptise, descompensação cardíaca grave e que se opuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após triagem com verificação da Pressão Arterial (PA), FC e SpO₂, antes de iniciar cada sessão, os mesmos foram submetidos à ausculta pulmonar, com o objetivo de identificar possíveis ruídos adventícios e suas localizações.

O protocolo de atendimento foi dividido em dois grupos, p¹ e p². Em ambos, inicialmente, para auxiliar na umidificação das vias aéreas e possível hidratação da secreção, foi realizada a aerossolterapia (Inalar Compact Convencional NS® - São Paulo) com 5ml de soro fisiológico a 0,9% sem adição de fármacos por 10 minutos. Após isso, em p¹, o paciente utilizava o Oscilador Oral de Alta Frequência (OOAF) por meio do Shaker (NCS® - São Paulo) na postura de sedestação e inclinação anterior do corpo em 30 graus (LEAL *et al.*, 2009) mantendo apoio de membros superiores sobre a mesa. Na utilização desse aparelho, os pacientes realizavam uma inspiração nasal lenta e profunda, seguido de uma pausa de 2 a 3 segundos para posterior expiração rápida e forçada por via oral, através do bocal, até a eliminação total do ar (TORSANI *et al.*, 2009). Para p² fora adotada a mesma postura, porém os pacientes utilizavam a válvula do tipo *Spring Load* (Vital Signs Inc, Totoma, NJ), com uma pressão de 15cmH₂O. Para tanto, eles eram orientados a realizar inspirações nasais, utilizando o padrão respiratório diafragmático, alcançando volumes inferiores a capacidade pulmonar total (CPT) e em seguida a realizarem expirações via oral por meio do bocal até alcançar sua capacidade residual funcional (CRF). (RAMOS *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2009; VERONEZI *et al.*, 2011).

Os pacientes utilizavam dois aparelhos por um período de 15 minutos, sendo que a cada 5 minutos eram realizadas pausas obrigatórias em que os participantes da pesquisa eram orientados a tossir voluntariamente e estimulados verbalmente a expectorar, e o material coletado foi armazenado em recipientes apropriados (placa de Petri).

Além disso, nos intervalos, após os 5 minutos de terapia, com a intenção de verificar se a utilização dos aparelhos podia

influenciar na alteração FC e na SpO_2 , era acoplado a um quirodáctilo o oxímetro de dedo da marca Nonin modelo Onyx 9500. Passado 1 minuto de descanso, os pacientes voltavam a realizar a técnica.

Após a finalização da conduta os pacientes permaneciam no ambulatório sendo observados por 10 minutos. Durante esse tempo era realizada mensuração de sinais vitais para que fosse constatado que o paciente se encontrava em boas condições para só então ser liberado.

Os protocolos foram realizados duas vezes por semana, durando cerca de 40 minutos. Todos os pacientes realizaram ambas as técnicas, de maneira intermitente, com intervalo de dois dias entre as aplicações dos protocolos. No primeiro dia de atendimento, os voluntários executaram atividades referentes ao p^1 e no segundo dia atividades que compunham o p^2 , dessa forma, os voluntários realizaram 10 sessões de cada protocolo de atendimento, num total de 20 sessões por paciente.

Semanalmente os pacientes eram questionados acerca de suas queixas clínicas, e avaliados quanto a progressão do quadro apresentado, por meio de questionamentos a respeito do desempenho nas atividades de vida diária e por meio da percepção do próprio paciente acerca da melhora da sintomatologia apresentada a partir da realização das sessões. Ao final de cada sessão, o material coletado era levado ao Laboratório de Anatomia da UEPA para que fosse realizada a quantificação do peso da amostra obtida.

A apreciação da eficácia das manobras foi realizada à luz da análise quantitativa do *clearance* mucociliar. Antecedendo cada sessão, em uma balança analítica de alta precisão de marca Ohaus Adventure 210g X 0,1mg, era verificado o peso da placa de Petri, e após a expectoração, pelo paciente voluntário da pesquisa, era feita a pesagem dessa amostra coletada, obtendo-se desta maneira o peso úmido. Em seguida, essa secreção era colocada na estufa (Estufa – EL 1.1 Digital Timer, ODONTOBRAS) à 80° C, e pesada de 15 em 15 minutos até que fosse observada

a estabilização do peso da secreção, o que era evidenciado a partir da manutenção do peso da mesma até a 3ª casa decimal a partir de três medições consecutivas, dessa maneira era obtido o peso seco da secreção coletada (TORSANI *et al.*, 2009). A análise finalizava com a comparação e a relação peso seco e peso úmido, obtidos nas duas pesagens.

Durante a coleta do material e respectiva análise os pesquisadores sempre fizeram uso dos equipamentos de proteção individual (EPI's) tais como óculos de proteção, luvas, máscara, gorro e capotes descartáveis, e assim, evitaram qualquer contato direto com o material coletado, e consequentes riscos de possíveis contaminações.

Uma vez finalizadas as análises, todo o material coletado era descartado em lixo apropriado para tal, evitando qualquer contato de outras pessoas com os resíduos avaliados, que não as pesquisadoras.

As variáveis quantitativas submetidas a testes estatísticos passaram previamente por Teste de Normalidade (Teste de Shapiro-Wilk). Foram aplicados, nos principais resultados do estudo, o Teste G não paramétrico (semelhante ao Qui-Quadrado de Aderência), o teste paramétrico t de Student e o teste não paramétrico de Wilcoxon (os dois últimos para amostras pareadas). Adotou-se o nível de significância alfa = 0.05 para rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram recrutados oito pacientes com diagnóstico clínico de bronquiesctasia, sendo seis do sexo feminino (75%) e dois do sexo masculino (25%) com idade Média \pm DP 54.6 \pm 10.3, e sintomatologias como dispnéia (87,5%), tosse (50%) e hipersecretividade (37,5%).

Dentre as variáveis estudadas a SpO₂ (p=0.007), peso úmido médio (p=0.0034), peso seco médio (p=0.0117) apontaram significância ao comparar os dois protocolos terapêuticos OAAF a

PPE, sem significância para a FC média ($p=0.0687$). No presente estudo, foram trabalhadas a análise da *Clearance* Mucociliar e das alterações da SpO_2 e FC de pacientes bronquiectásicos mediante aplicação de dois protocolos de desobstrução brônquica.

As variações ocorridas na SpO_2 foram semelhantes as observadas em estudos prévios. Van Winden *et al.* (1998) realizaram um estudo no qual participaram 22 pacientes, que foram submetidos a dois protocolos de atendimento, sendo direcionados de maneira randomizada para 2 grupos, o primeiro iniciou o tratamento com o Flutter VRP1 e terminou com o uso da PPE, o segundo grupo iniciou o tratamento com a máscara de PPE e finalizou com a utilização do Flutter VRP1. Nesse estudo, os autores não encontraram diferença estatisticamente significativa, porém foi observada queda da SpO_2 quando os pacientes faziam uso do Flutter-VRP1.

É descrito na literatura que a terapia com PEP eleva o gradiente de pressão transpulmonar e melhora a expansão pulmonar, a oxigenação e a resposta a broncodilatadores inalatórios (ALCOFORADO *et al.*, 2013), o que pode explicar as variações ocorridas na SpO_2 neste trabalho. Por outro lado, intervenções terapêuticas (SANTOS *et al.*, 2013) utilizando PEP oscilante mostraram um desempenho semelhante em muitos aspectos, exceto pela PEP em um dos instrumentos de OOAF, sendo possível sugerir que os vários modos de terapia com PEP podem ter diversos efeitos clínicos e fisiológicos.

A terapia com PEP melhora o volume pulmonar, promove a dilatação das vias aéreas e reduz a resistência pulmonar (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). A PEP oscilante oferece a combinação de PEP e OOAF dentro das vias aéreas durante a expiração, facilitando a depuração da secreção (LEE *et al.*, 2017). Portanto, a técnica de OOAF melhora tanto a função pulmonar quanto a qualidade dos parâmetros relacionados à vida em pacientes com doença hipersecretiva crônica (NICOLINI *et al.*, 2013). Tal explanação poderia explicar os resultados obtidos no

presente estudo, que apontou repercussões do Shaker NSC® sob o peso de secreção obtida, tanto peso úmido quanto seco, quando comparados ao recurso de PEP.

Resultados semelhantes foram encontrados por Tambascio *et al.* (2017), que através da aplicação da válvula flutter que combina OOAF e PEP, obteve maior deslocamento do transporte de muco em uma máquina de tosse simulada e menor ângulo de contato, comparando os resultados entre a primeira e a quarta semana de tratamento. Um estudo randomizado realizado por Suzan *et al.* (2015) demonstrou que após a utilização de dois dispositivos de OOAF (Shaker® e Flutter VRP1®), o Shaker® apresentou efeitos semelhantes ao Flutter VRP1® nos parâmetros cardiorrespiratórios avaliados e mostrou-se igualmente eficiente na quantidade de secreção expectorada, não havendo diferença no peso aferido.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que neste estudo o recurso de OOAF promoveu a melhora do *Clearance* mucociliar de pacientes bronquiectásicos, por outro lado, levou também a desestabilização da SpO₂ e da FC.

Diante do exposto, acredita-se na necessidade de continuidade deste estudo para ser reforçada a ideia terapêutica proposta. Foi notório nos estudos selecionados para esta discussão que a inomogeneidade protocolar abre um leque dentro do espaço metodológico, o que dificulta concluir se a eficácia de determinado recurso é de fato superior em relação ao outro. Dessa forma, estudos que apliquem protocolos já utilizados e com um maior número de participantes devem ser realizados para um melhor alcance na qualidade terapêutica.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque IM, Cardoso DM, Masiero PR, et al. Efeitos da pressão expiratória positiva na depuração pulmonar do ácido dietilenotriaminopentacético marcado com tecnécio-99m em aerossol em indivíduos saudáveis. *J Bras Pneumol*. 2016;42(6):404-408.
- Alcoforado L, Brandão S, Rattes C, Brandão D, Lima V, Ferreira Lima G, et al. Evaluation of lung function and deposition of aerosolized bronchodilators carried by heliox associated with positive expiratory pressure in stable asthmatics: a randomized clinical trial. *Respir Med*. 2013;107(8):1178-85.
- Chalmers JD, Aliberti S, Blasi F. Management of bronchiectasis in adults. *European Respiratory Journal* May 2015, 45 (5) 1446-1462
- Cortina BH, Aliberti S, Blasi F, Elborn S, Loebinger M, Menendez R, et al. Chest physiotherapy in European patients with bronchiectasis: Data from the EMBARC registry. *European Respiratory Journal* 2017 50: PA4071
- Leal RCAC, Souza GJ, Silva MGP. Análise quantitativa da clearance mucociliar em pacientes hipersecretivos submetidos à pressão expiratória positiva oscilante. *Brazilian Journal of Biomotricity*. 2009; 3 (4): 376-89.
- Lee AL, Burge A, Holland A. Positive expiratory pressure therapy versus other airway clearance techniques for bronchiectasis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 Sep 27;(9).
- Lee AL, Burge AT, Holland AE. Airway clearance techniques for bronchiectasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 11. Art. No.: CD008351.
- Lopes AJ, Camilo GB, de Menezes SLS, Guimarães FS. Impact of Different Etiologies of Bronchiectasis on the Pulmonary Function Tests. *Clinical Medicine & Research*. 2015;13(1):12-19.

- Menéndez R, Méndez R, Polverino E, *et al.* Factors associated with hospitalization in bronchiectasis exacerbations: a one-year follow-up study. *Respiratory Research*. 2017;18:176.
- Nicolini A, Cardini F, Landucci N, Lanata S, Ferrari-Bravo M, Barlascini C. Effectiveness of treatment with high-frequency chest wall oscillation in patients with bronchiectasis. *BMC Pulmonary Medicine*. 2013;13:21.
- Ramos EMC, Ramos D, Iyomasa DM, Moreira GL, Melegati KCT, Vanderlei LCM, *et al.* Influência da técnica de pressão expiratória positiva oscilante utilizando pressões expiratórias pré-determinadas na viscosidade e na transportabilidade do escarro em pacientes com bronquiectasia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009;35 (12): 1190-97.
- Ramos EMC, Ramos D, Moreira GL, Macchione M, Guimarães ET, Rodrigues FMM, *et al.* Viscoelastic Properties of Bronchial Mucus After Respiratory Physiotherapy in Subjects With Bronchiectasis. *Respiratory Care* May 2015, 60 (5) 724-730;
- Santos AP, Guimarães RC, Carvalho EM, *et al.* Mechanical Behaviors of Flutter VRP1, Shaker, and Acapella Devices. *Respiratory care*. February, 2013 vol 58, n 2.
- Silva FMF, Bagnall MS, Zardo TS, Bvi A, Carvalho EM, Lopes CR. *et al.* Repercussões hemodinâmicas e ventilatórias em Indivíduos sadios com diferentes níveis de EPAP. *Fisioterapia em Movimento*. 2009; 22 (3): 419-26.
- Silva PF, Camara BA, Reis CS, Júnior G, Tadeu L, Lucas Lima F. Efeitos da fisioterapia respiratória na bronquiectasia não fibrocística: uma revisão sistemática. *Rev. Ciênc. Méd., (Campinas)*; 25(2): 77-85, maio-ago. 2016.
- Suzan, ABBM *et al.* Oscilação oral de alta frequência e fibrose cística: comparação entre instrumentais. *ConScientiae Saúde*, 2015;14 (2):283-290.

- Tambascio J, de Souza HCD, Martinez R, Baddini-Martinez JA, Barnes PJ, Gastaldi AC. Effects of an Airway Clearance Device on Inflammation, Bacteriology, and Mucus Transport in Bronchiectasis. *Respiratory Care* Aug 2017, 62 (8) 1067-1074
- Tambascio J, Souza HCD, Martinez R, et al. Effects of an Airway Clearance Device on Inflammation, Bacteriology, and Mucus Transport in Bronchiectasis. *Respiratory Care* August 2017, 62 (8) 1067-1074
- Torsani, V. Recursos instrumentais em Fisioterapia. In: Sarmiento GJS. *O ABC da Fisioterapia Respiratória*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2009. p. 147- 95.
- Van Winden CM, Visser A, Hop W, Sterk PJ, Beckers S, de Jongste JC. Effects of flutter and PEP mask physiotherapy on symptoms and lung function in children with cystic fibrosis. *Eur Respir J*. 1998; 12: 143-47.
- Veronezi V, Scortegagna D. Fisioterapia respiratória na fibrose cística. *Rev do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. 2011; 31 (2): 192-96.
- Welsh EJ, Evans DJ, Fowler SJ, Spencer S. Interventions for bronchiectasis: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7.
- Weycker D, Hansen GL, Seifer FD. Prevalence and incidence of noncystic fibrosis bronchiectasis among US adults in 2013. *Chronic Respiratory Disease*. 2017;14(4):377-384.

A SEXUALIDADE COMO UMA DIMENSÃO DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM LESÃO MEDULAR

MARTA CAROLINE ARAÚJO DA PAIXÃO

ANA CRISTINA VIDIGAL SOEIRO

DAYANA PRAZERES DOS SANTOS

GRAZIELA FERREIRA GOMES

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.197-205

INTRODUÇÃO

A lesão medular (L.M.) é caracterizada por um comprometimento na medula espinhal, ocasionando a perda total ou parcial da função motora e/ou sensitiva, resultando em um quadro de paraplegia ou tetraplegia. Sendo a medula espinhal um centro regulador de controle, seu comprometimento pode dificultar diversas funções autônomas do organismo (VASCO E FRANCO, 2017) com repercussões em diferentes dimensões da vida.

De acordo com Carvalho e Nunes (2015), a L.M. representa um problema de saúde pública, pelo seu potencial incapacitante e pelo grande impacto na sociedade. A população mais afetada é a de adultos jovens entre 16 a 30 anos, do sexo masculino, sendo que as maiores incidências mundiais são de etiologia traumática, ocasionadas por situações catastróficas, tais como acidentes automobilísticos, quedas, ferimentos por armas, entre outras, que fraturam ou comprimem a medula (VASCO; FRANCO, 2017). Além das causas traumáticas, a lesão medular pode ser causada por tumores, doenças bacterianas ou por vírus (CARVALHO; NUNES, 2015).

A epidemiologia deste tipo de lesão varia bastante nos diferentes países, sendo que não é bem definida no Brasil devido à falta de notificação eficaz dos casos e pela escassez de estudos epidemiológicos. No entanto, no país, estima-se uma incidência de 10.000 novos casos por ano, causados principalmente por trauma (CARVALHO; NUNES, 2015).

As alterações decorrentes desta condição se manifestam principalmente por paralisia ou paresia dos membros, alteração de tônus muscular, alteração dos reflexos superficiais e profundos, alterações ou perda das diferentes sensibilidades, perda do controle esfíncteriano, disfunção sexual e alterações autonômicas como vasoplegia, alterações de sudorese, controle de temperatura corporal, dentre outras (ALCÂNTARA; SOUZA; ALMEIDA, 2015).

De modo geral, a L.M. ocasiona manifestações incapacitantes permanentes, afetando a integridade anatômica e gerando mudanças corporais e limitações funcionais (CAVALCANTE, 2014). Ademais, é importante destacar que as sequelas e as dificuldades enfrentadas se estendem para além das manifestações orgânicas, interferindo na qualidade de vida do indivíduo como um todo. Dependendo da gravidade e irreversibilidade da lesão, podem ocorrer significativas mudanças psicossociais, frente aos desafios de adaptação à nova condição de vida (MAGALHÃES et al., 2015).

Embora algumas limitações físicas decorrentes da L.M. sejam mais perceptíveis, suas sequelas não se limitam ao observável, podendo incluir a diminuição da autoestima, sentimentos de inadequação, dificuldade na aceitação da nova imagem corporal, bem como alterações na sexualidade, as quais exercem considerável impacto no estado emocional do paciente e no enfrentamento dessa condição (CARDOSO et al., 2018).

Apesar das limitações decorrentes, segundo Cardoso et al (2018), a lesão da medula espinhal não elimina as necessidades e o desejo sexual. Considerando que a maioria das pessoas afetadas é jovem, a sexualidade tem sido mencionada como de grande importância para o paciente, seu(sua) parceiro(a) e seus familiares, constituindo um aspecto importante a ser considerado no processo de reabilitação física e reinserção social.

OBJETIVOS

A pesquisa foi elaborada com o intuito de compreender as repercussões biopsicossociais da lesão medular (L.M.), tendo como objeto de análise a sexualidade. O objetivo incluía examinar o impacto desta condição na vida de pacientes em atendimento fisioterapêutico, considerando que a sexualidade também é um importante componente da intervenção clínica. Do mesmo modo, o estudo também pretendia discutir as contribuições da intervenção fisioterapêutica junto a pacientes com lesão medular, tendo como eixo central da análise o princípio da integralidade do cuidado em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo desenvolvido sob uma abordagem predominantemente qualitativa, na modalidade estudo de caso, com dois pacientes do gênero masculino, com mais de 18 anos de idade, com o diagnóstico médico de L.M., classificados em tetraplegia e paraplegia. Ambos os participantes se encontravam em atendimento na Unidade de Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO) da Universidade do Estado do Pará, localizada na região metropolitana de Belém.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário de aplicação presencial contendo perguntas abertas e fechadas, formuladas para responder aos objetivos propostos. Foram incluídos na pesquisa dois usuários acometidos por lesão medular que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados aconteceu no período de agosto a dezembro de 2017, logo após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, por meio do parecer 2.270.589.

Após a coleta de dados, as categorias de investigação foram organizadas mediante a exploração prévia e análise das respostas, cujo conteúdo foi sistematizado conforme os objetivos da pesquisa. Assim, após a leitura do material transcrito, os dados das entrevistas foram ordenados constituindo quatro

categorias denominadas variáveis sociodemográficas; impactos biopsicossociais da L.M.; repercussões na sexualidade; intervenção fisioterapêutica. Com base nos resultados obtidos, foram construídas tabelas que retratavam visualmente as respostas fornecidas pelos participantes e baseadas nessas categorias de investigação. A análise do conteúdo das respostas também foi correlacionada ao referencial teórico que serviu de fundamentação ao tema.

Apesar do projeto originalmente prever um total aproximado de 15 participantes, só foi possível a participação de dois pacientes, haja vista que este era o quantitativo de pessoas com L.M. em atendimento fisioterapêutico, à época da coleta de dados. Entretanto, em se tratando de um estudo de caso com abordagem majoritariamente qualitativa, o reduzido número de participantes não inviabilizou o alcance dos objetivos, ainda que os mesmos não sejam passíveis de generalização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, os dois participantes, denominados de P1 e P2, tinham respectivamente 45 e 34 anos. Os pacientes entrevistados relataram que a lesão foi de origem traumática, ocasionada por queda, corroborando com os estudos de Vasco e Franco (2017), uma vez que apontam as causas de etiologia traumática como as maiores incidências mundiais de L.M.

P1 sofreu uma lesão classificada como tetraplegia, com comprometimento do nível vertebral C3-C4. A lesão ocorreu há 10 anos, tempo que o paciente se encontrava em atendimento na UEAFTO, não tendo tido contato com outra unidade de fisioterapia. P2, por outro lado, sofreu lesão classificada como paraplegia, com comprometimento do nível vertebral T1-L2. A lesão ocorreu há 2 anos e 2 meses. Durante este tempo frequentou outra unidade de fisioterapia por 1 ano, mas já estava há 1 mês em atendimento na UEAFTO quando a coleta de dados foi realizada.

No que tange aos impactos biopsicossociais da L.M., foi possível observar diferenças no conteúdo das respostas e no modo como os participantes se comportaram durante a aplicação do protocolo. P1 demonstrou mais abertura e disposição ao conversar com as pesquisadoras e aparentemente sentiu-se confortável em responder todas as perguntas, relatando sua experiência com a lesão. Em contrapartida, P2 limitou-se a responder somente as perguntas do questionário, de forma sucinta e direta. Em relação à reação inicial quando souberam da lesão, as respostas foram distintas: P1 não sentiu raiva ou tristeza, e por outro lado, P2 sentiu-se impotente e frustrado. Todavia, atualmente ambos os pacientes afirmaram que aprenderam a aceitar sua condição.

As mudanças mais impactantes observadas pelos pacientes no seu próprio corpo foram as físicas, como a perda dos movimentos e a restrição em sua locomoção. Ainda assim, a diminuição da independência na realização de atividades de vida diária foi um ponto considerado importante por ambos, especialmente porque os confrontou com a impossibilidade de realizar algumas ações sem a ajuda de outras pessoas. Embora ambos tenham se adaptado às limitações decorrentes, o início do processo foi cercado por insegurança e incerteza, marcado por mudança abruptas ocorridas após a lesão.

Segundo Magalhães et al. (2015), as sequelas e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com L.M. perpassam por vários aspectos que interferem na sua qualidade de vida, com destaque nas relações sociais. Nas repostas obtidas, ambos os pacientes avaliaram de forma negativa o impacto da lesão a dimensão social. "Minha vida social estagnou" (P1). "Antes eu tinha uma vida ativa, atualmente fico em casa e meus amigos se afastaram depois do acidente" (P2). É perceptível que a interferência da L.M. na vida social dessa parcela da população se deve às limitações que a mesma pode causar, porém, além disso, esse fato também parece sofrer forte influência da reação de outros indivíduos, de suas percepções e suas atitudes junto ao paciente, que muitas

vezes acaba vivendo um período de retraimento e isolamento, também reflexos da exclusão social sofrida, seja ela intencional ou não (FONTES; MARTINS, 2015).

As repercussões da L.M. na sexualidade dos pacientes foram marcadas por mudanças negativas quando comparado ao período anterior à lesão: "Antes tudo era uma maravilha" (P1). Em ambos os casos, após a lesão, P1 e P2 classificaram sua vida sexual como regular e péssima, respectivamente, mostrando uma importante linha demarcatória entre o antes e depois da lesão (RENOVATO; BAGNATO, 2012). Os pacientes ainda relataram que não tiveram nenhum tipo de atividade sexual depois da lesão, mas que este é um aspecto de sua vida que consideram muito importante (NEPOMUCENO; MELO; SILVA, 2014). P1 acrescentou que apesar da lesão, continuava a experimentar sensações e desejos sexuais, ainda que não tenha a mesma atividade sexual de antes, o que demonstra que a sexualidade pode ser exercida de diferentes formas após a lesão.

Ao serem indagados sobre a viabilidade de incluir este aspecto de suas vidas durante as sessões de reabilitação, ambos ressaltaram a sua importância demonstrando que seriam receptivos a uma abordagem sobre o tema. No entanto, os dois relataram a ausência da discussão sobre o assunto durante o tratamento fisioterápico, afirmando que nunca tentaram conversar com os profissionais nem tampouco foram abordados para falar sobre o assunto (TORRECILHA; COSTA; LIMA, 2014).

Entretanto, apesar do silêncio, P1 relatou que o tratamento trouxe melhorias significativas para seu corpo, incluindo sua sexualidade. Por outro lado, P2 descreveu que a sua sexualidade não apresentou melhora, e acredita que tenha sido pela ausência da abordagem da mesma durante o tratamento. Além disso, ao se referir ao convite para participar da pesquisa, P1 relatou que estava esperando esse momento chegar, demonstrando quão importante e necessária é a abordagem dessa temática durante a reabilitação fisioterapêutica.

Como foi possível observar, havia uma significativa diferença no tempo de lesão de ambos os participantes, e esse fato possivelmente é uma variável a ser considerada no enfrentamento da L.M. e das complicações dela decorrentes. Ademais, outro fator relevante diz respeito aos diferentes comprometimentos envolvidos no tipo de lesão, o que pode justificar as variações encontradas nas percepções e vivências em relação à L.M.

CONCLUSÃO

Observa-se que apesar do número limitado de participantes, os resultados obtidos ajudam a compreender melhor as múltiplas repercussões da lesão medular, em especial aquelas diretamente relacionadas à sexualidade. Constatou-se, entretanto, que a inclusão de assuntos relacionados à sexualidade ainda é uma lacuna no atendimento fisioterapêutico, o que leva ao comprometimento da abordagem integral ao paciente. Ademais, percebe-se a contribuição do tema para importantes reflexões sobre os modos de como a intervenção fisioterápica pode colaborar para a minimização dos agravos, em prol da integralidade no cuidado a pacientes com L.M.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, L. A. M. B.; SOUZA, M. A. N.; ALMEIDA, R. J. Aspectos da qualidade de vida de pessoas com lesão medular no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Saúde e Pesquisa**, Paraná, v. 8, n. 3, p. 569-575, set./dez. 2015.
- CARDOSO, F. L. et al. Fatores associados á satisfação sexual de homens com lesão medular. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 35-42, 2018.
- CARVALHO, C. A.; NUNES, R. D. Cuidado e atuação do fisioterapeuta no lesado medular na unidade de terapia intensiva. **Revista Amazônia Science & Health**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 30-33, jul./set. 2015.
- CAVALCANTE, E. S. **Trajetória de vida dos pescadores vítimas de lesão medular por mergulho experiências representações sociais e estresse**. 2014. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- FONTES, F.; MARTINS, B. S. DEFICIÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL: Os percursos da lesão medular em Portugal. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, Portugal n. 77, p. 153-172, 2015.
- MAGALHÃES, S. R. et al. Influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 792-800, 2015.
- NEPOMUCENO E., MELO A.S., SILVA S.S. Alterações relacionadas aos aspectos da sexualidade no lesado medular: revisão integrativa. **Revista enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 2, p. 396-406, fev. 2014.
- RENOVATO R.D., BAGNATO M.H.S. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf.** Goiás, v. 14, n. 1, p. 95-103, jan/mar. 2012.

- TORRECILHA L.A., COSTA B.T., LIMA F.B. O perfil da sexualidade em homens com lesão medular. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 27, n. 1, p. 39-48, jan./mar. 2014.
- VASCO, C. C.; FRANCO, M. H. P. Indivíduos paraplégicos e o significado construído para a lesão medular em suas vidas. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 119-131, jan./mar. 2017.

A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA TRANSEXUALIDADE

VITÓRIA MARIA DE SOUZA LEITE

RENAN MAUÉS DOS SANTOS

LARISSA DE CÁSSIA SILVA RODRIGUES

ERICA FEIO CARNEIRO NUNES

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.206-211

INTRODUÇÃO

Os princípios doutrinários do SUS preveem que atendimento ao usuário deve seguir a linha da universalidade, integralidade e a equidade, ou seja, a assistência deve ser garantida a todas as pessoas independente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais, considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender todas as suas necessidades acesso às ações e serviços e garantir a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 2017).

Desse modo, entende-se que o SUS deva está preparado para atender diversos segmentos da sociedade, como a população *Trans* (BRASIL et al, 2017), definida como pessoas que se identificam com o gênero oposto ao sexo designado (LEITE; ROLIM, 2015). Porém, muitos transexuais relatam desconforto durante o atendimento feito pela equipe de saúde, o que pode ser atribuído à falta de conhecimento das necessidades desses indivíduos por parte dos profissionais (RODRIGEZ, 2014).

Atualmente pouco se fala sobre o acolhimento dessa população nos serviços de saúde, o que gerou o objetivo desta pesquisa: verificar a visão dos profissionais de saúde no contexto da transexualidade.

OBJETIVO

Verificar a visão dos profissionais da saúde no contexto da transexualidade.

METODOLOGIA

A pesquisa ocorreu nas dependências do Centro de Saúde Escola do Marco (CSE-MARCO), Belém, Pará, durante o mês de setembro de 2017. Para tanto, foram realizadas entrevistas com nove profissionais da saúde que atuassem no CSE-MARCO.

A entrevista consistia de perguntas direcionadas ao conhecimento sobre o conceito de transexualidade, o conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais e se ela é posta em prática na instituição em questão, com que frequência o profissional presencia a transfobia, se os direitos sexuais são uma imposição da instituição e são postos em prática e que considera necessário o uso do nome social, além de, em sua opinião (do profissional), qual elemento não está sendo posto em prática: os aspectos sociais e legais da sexualidade; processo transexualizador no SUS, acolhimento, aconselhamento e notificação dos casos de violência homofóbica, lesbofóbica ou transfobia; reconhecimento do preconceito e discriminação relativa à orientação sexual, identidade de gênero, raça ou cor como determinantes sociais e culturais da saúde, ou todos os elementos anteriores.

Participaram da pesquisa profissionais da saúde entre 25 e 50 anos, graduados e registrados nos seus devidos conselhos de classes, sendo excluídos os com menos de dois anos de formação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total foram entrevistados 9 profissionais entre os quais: 2 enfermeiros, 5 fisioterapeutas e 2 terapeutas ocupacionais.

Em relação aos princípios doutrinários do SUS e as políticas e programas do Ministério da Saúde, dois profissionais pontuam

que estes não são executados de forma plena no atendimento fornecido pela instituição em que trabalham já os demais afirmam que a instituição exerce-os integralmente.

Ao serem questionados sobre o que é transexualidade, apenas um profissional da saúde não respondeu, os restantes responderam de forma similar à definição proposta por (BRASIL 2017): "Os termos travestilidade e transexualidade foram criados e introjetados pelo movimento social organizado para dizer que a questão dessa população é uma questão de identidade e de modo de viver."

Apesar das políticas e dos programas serem aplicados na instituição, a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais não está sendo colocada em prática, pois maioria dos entrevistados afirmou que não conhecia tal política, registradas por falas como: "a instituição não trabalha com os profissionais da saúde tal política" e "em relação as práticas, não são feitas na unidade".

Seis participantes responderam que nunca presenciaram profissionais da saúde agindo de maneira transfóbica. Entretanto, dois participantes descreveram que presenciam tais cenas com constância baixa a moderada.

Sobre a imposição do cumprimento dos direitos sexuais na instituição em que trabalham, seis relataram que não são obrigados a cumprirem tais direitos, e dois relataram não conhecê-los. Em relação à abordagem de temas sobre a diversidade sexual, orientação sexual e identidade de gênero pelos próprios profissionais, três relataram que não abordam, três abordam com pouca frequência e dois com elevada frequência.

No momento em que foram perguntados sobre o uso do nome social para se referir ao paciente, cinco voluntários responderam que sim, em geral, utilizando as seguintes justificativas: "para respeitar a identidade do sujeito", "respeito à humanização é a minha prioridade", "por respeito, igualdade de tratamento", "o nome social foi uma vitória para os cidadãos e, portanto, devem

fazer uso dos mesmos". Entretanto, três relataram que não necessariamente chamam o transexual pelo nome social, a não ser que conste no documento ou como um voluntário comentou "atendo o ser, não o nome da pessoa".

Quando questionados se os elementos aspectos sociais e legais da sexualidade (relações de gênero, violência sexual, acordos e conferências internacionais sobre direitos Sexuais), processo transexualizador no SUS; acolhimento, aconselhamento e notificação dos casos de violência homofóbica, lesbofóbica ou transfobia e reconhecimento do preconceito e discriminação relativa à orientação sexual, identidade de gênero, raça ou cor como determinantes sociais e culturais da saúde estariam sendo levados em consideração pelos profissionais da saúde da instituição em que prestavam serviço, quatro responderam que os aspectos sociais e legais da sexualidade não são levados em consideração, cinco que o processo transexualizador no SUS, igualmente não, cinco afirmaram que no que se refere ao acolhimento, aconselhamento e notificação dos casos de violência homofóbica, lesbofóbica ou transfobia os profissionais da sua instituição são insuficientes e 4 que não há reconhecimento do preconceito e discriminação relativa à orientação sexual, identidade de gênero, raça ou cor como determinantes sociais e culturais da saúde. Somente um não soube responder.

Notou-se que os participantes incluíram em suas resoluções a expressão "falta de informação" ou "falta de esclarecimento", um relatou a "ausência desse público no serviço de reabilitação", o que culminaria na "não geração de debate sobre esta temática nos dias atuais". Por outro lado, um entrevistado delimitou que a principal causa seria o que definiu como uma "ignorância geral" e apenas um dos entrevistados não soube responder.

Ficou evidente com as respostas dos participantes, que o desconhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais é majoritário. Somente um dos participantes demonstrou estar consciente sobre

tal política, revelando assim a alarmante realidade existente. O que acaba dificultando o acesso à saúde desse grupo já vulnerável, muitas vezes por falha da própria instituição, prejudicando o acesso da comunidade LGBTT.

Apesar da grande maioria não ter conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, pode-se observar que os profissionais, em geral, usam o nome social. Contudo está poluição ainda sofre com a violação dos seus direitos, e muitos são vítimas de ações transfóbicas.

CONCLUSÃO

A experiência possibilitou aos estudantes, adquirirem informações que foram notórias para a construção deste relato.

Sobre a definição de transexualidade, os voluntários demonstraram saber definir o termo de forma geral, mas sabendo reconhecer um transexual, havendo apenas um que não soube responder. Isso pode ser encarado como um grande avanço, pois muitos profissionais não sabem se um dia atenderam uma pessoa trans.

Por ser um tema relativamente recente, os profissionais de saúde não possuem muito conhecimento sobre o processo transexualizador. Também a instituição acaba deixando a desejar no tange a informar os profissionais em relação as políticas públicas ligada à comunidade LGBTT de modo geral. Portanto, é necessário se criar uma visão de inclusão deste grupo, que está conquistando cada vez mais espaço, com intervenções como palestras educativas para os profissionais dirigidas às políticas e ao atendimento em si.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Constituição Federal. **O direito à saúde na Constituição Federal** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.
- BRASIL, Mikael Lima et al. **Política Nacional de Saúde Integral LGBT: Um Estudo Reflexivo Sob a Perspectiva dos Princípios Doutrinários do SUS**. Revista Cuidados em Saúde, v.11, n. 1, 2017.
- LEITE, Leonardo Canez. ROLIM, Taiane da Cruz. **Corpo e Subjetividade na Transexualidade: Uma Visão Além da (Des) Patologização**. Revista de Gênero, Sexualidade e Direito, v. 2, n. 1, 2015.
- MARINHO, Marina Melo Arruda . **Análise da Qualificação dos Profissionais de Saúde no Âmbito da Formação Acadêmica dos Estudantes de Medicina de Brasília Para o Atendimento da População LGBT no Sus** . 2014. 28 f. Monografia (Especialização em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça.)- Universidade de Brasilia, Brasilia, 2014.
- RODRIGUEZ, Ana María Mújica . **Experiências de Atenção à Saúde e Percepções das Pessoas Transgênero, Transexuais e Travestis Sobre os Serviços Públicos de Saúde em Florianópolis/Sc**. 2014. 183 f. Dissertação (Pós-graduação em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Santa Catarina, FLORIANÓPOLIS, 2014.

DIREITOS HUMANOS E IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO FRENTE À ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

ANA LETÍCIA CARDOSO PINTO

CHRISTIAN PACHECO DE ALMEIDA

THAMIRES FERREIRA CORREA

THAISA PAES DE CARVALHO

VALÉRIA MARQUES FERREIRA NORMANDO

LUCIANE LOBATO SOBRAL

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.212-222

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade desde a Revolução Industrial graças aos avanços tecnológicos, principalmente na área da saúde. Contudo, apesar de ser uma lei natural, o envelhecimento é cercado por mudanças fisiológicas (CARREIRA, 2016), como alterações na força muscular, flexibilidade, estabilidade, no sistema nervoso, entre outras (ABREU & CALDAS, 2008), as quais, quando atreladas a patologias, medicamentos e sedentarismo favorecem a ocorrência de quedas (SILVA, 2009), muito comuns em idosos (PERRACINI, 2007). Além destas, os idosos têm maior tendência a apresentar doenças crônicas, como disfunções circulatórias, respiratórias, câncer e diabetes, que têm grande destaque no Brasil, com taxa de mortalidade em 70% do total de causas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo a Lei Nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, é assegurado ao idoso o direito à saúde, como atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, dentre outros. (ESTATUTO DO IDOSO, 2004). Uma das principais assistências em saúde que promove qualidade de vida aos idosos é a fisioterapia, que, de acordo com Resolução Nº 476, tem na gerontologia os objetivos de prevenir ou reduzir riscos, prevenir o progresso de doenças e disfunções próprias do envelhecimento e manter ou recuperar a capacidade funcional dos pacientes (COFFITO, 2016).

Por tanto, este estudo consiste na avaliação de tal especialidade gerontológica do ponto de vista do próprio paciente idoso. Ademais, os resultados desta pesquisa podem trazer benefícios para o próprio usuário, para o profissional e para toda a comunidade científica.

OBJETIVOS

Avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica e a importância do cuidado em idosos.

METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA) sob o parecer de número 2.329.244.

Estudo do tipo exploratório, observacional, transversal e qualitativo, desenvolvido com 22 (vinte e dois) idosos na faixa etária de 60 a 85 anos, sendo 8 (oito) na instituição estadual, Unidade de Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO) da Universidade do Estado do Pará, e 14 (quatorze) na municipal, Casa do Idoso, durante o período de outubro e novembro de 2017. Os critérios da inclusão para pesquisa foram: pacientes idosos, voluntários, em tratamento fisioterapêutico no momento da pesquisa, impreterivelmente após terem assinado o TCLE para que fosse utilizado o questionário. E os critérios de exclusão são: pacientes idosos que não possuem idade amostral e os que estariam pela primeira vez no atendimento fisioterapêutico na unidade (consulta de avaliação).

A coleta foi realizada por 2 (dois) pesquisadores em cada instituição, de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã – de 7:30 horas às 9 horas – e da tarde – de 13:30 horas às 16 horas. Após entendimento e consequente assinatura do Termo de Livre Consentimento Live e Esclarecido (TCLE) por parte dos pesquisados, foi realizada a aplicação do questionário,

já validado (MOREIRA et al., 2007). O questionário aplicado contempla duas partes: a primeira, descritiva, com 11 (onze) questões para identificar e caracterizar os entrevistados (Tabela 1); e a segunda parte, com 32 (trinta e duas) questões objetivas para avaliar a satisfação de cada paciente e que, posteriormente, foram organizadas nos seguintes grupos: atendimento fisioterapêutico (14 questões); facilidade em marcar/iniciar sessões (3 questões); espaço (3 questões); acesso interno e externo (3 questões); conforto, higiene e segurança (2 questões); outros funcionários; horário; localização; resultado; retorno; e recomendação (1 questão, cada).

Em relação às respostas objetivas, estas foram agrupadas em dois conjuntos: Satisfatório quando as respostas forem Bom/Talvez; Ótimo/Sim; ou Excelente/Com certeza; e Insatisfatório para respostas com Péssimo/Nunca; ou Ruim/Não. Ao fim, foi utilizado o software Excell para entrada dos dados e confecção das tabelas. O programa BioEstat 5.0 para análise estatística, utilizando os testes Exato de Fisher e teste G (contingência) para comparar os grupos, adotando $p < 0,05$ como nível de significância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira parte dos Resultados foi obtida a partir do questionário aplicado e, encontra-se representada na Tabela 1. Foram 14 foram pacientes entrevistados na instituição municipal e 8 na estadual.

Tabela 1: Primeira parte do questionário: identificação dos pacientes

Variáveis	UEAFTO		Casa do Idoso	
	Nº	%	Nº	%
Idade				
60-69	5	62,5%	8	57,1%
70-79	3	37,5%	5	35,7%
80-85	0	0,00%	1	7,1%

Sexo				
Feminino	7	87,50%	14	100%
Masculino	1	12,50%	0	0,00%
Grau de Escolaridade				
1º grau incompleto	5	62,5%	4	28,6%
1º grau completo	1	12,50%	4	28,6%
2º grau incompleto	0	0,00%	1	7,1%
2º grau completo	1	12,50%	4	28,6%
Superior	1	12,50%	1	7,1%
Renda Familiar				
1 – 3 salários	6	75,00%	14	100%
4 – 6 salários	0	0,00%	0	0,00%
7 – 10 salários	0	0,00%	0	0,00%
Mais de 10 salários	0	0,00%	0	0,00%
Não sabe/ Não respondeu	2	25,00%	0	0,00%
Conhecimento (Unidade)				
Médico	3	37,5%	4	28,6%
Amigo	0	0,00%	5	35,7%
Catálogo Telefônico	0	0,00%	0	0,00%
Unidade de Saúde	2	25,00%	3	21,4%
Paciente Anterior	1	12,50%	2	14,3%
Outros	2	25,00%	0	0,00%
1ª Experiência com Fisioterapia				
Sim	6	75,00%	5	35,7%
Não	2	25,00%	9	64,3%
1ª Experiência na Unidade				
Sim	5	62,5%	11	78,6%
Não	3	37,5%	3	21,4%
Sexo do Fisioterapeuta				
Feminino	2	25,00%	13	92,9%

Masculino	4	50,00%	1	7,1%
Alternado	2	25,00%	0	0,00%
Especialidade Fisioterapêutica				
Ortopedia/ Traumatologia	4	50,00%	11	78,6%
Reumatologia	1	12,50%	1	7,1%
Neurologia	0	0,00%	2	14,3%
Respiratória	0	0,00%	1	7,1%
Estética	0	0,00%	0	0,00%
Uroginecologia	1	12,50%	0	0,00%
Oncologia	0	0,00%	0	0,00%
Mastologia	0	0,00%	0	0,00%
Angiologia	0	0,00%	0	0,00%
Outros	2	25,00%	1	7,1%
Conhecimento (Diagnóstico)				
Sim	7	87,50%	14	100%
Não	1	12,50%	0	0,00%
Nº de sessões				
1 – 5 sessões	3	37,5%	6	42,9%
6 – 10 sessões	0	0,00%	1	7,1%
11 – 15 sessões	0	0,00%	2	14,3%
16 – 20 sessões	4	50,00%	0	0,00%
Mais de 20 Sessões	0	0,00%	5	35,7%
Não sabe/ Não respondeu	1	12,50%	0	0,00%

Para a Tabela 1, os principais resultados dizem respeito à predominância dos atendimentos destinados à população do sexo feminino, tudo isso, para a especialidade de Traumatologia e Ortopedia. Além disso, ressalta-se que são pessoas, as quais possuem baixo nível de escolaridade e uma consequente renda familiar baixa.

A segunda parte do questionário, representada pela Tabela 2, demonstra as respostas dos pacientes, possibilitando aferir

informações acerca da satisfação entre as duas instituições. Não foram identificados resultados significativos com essas respostas. Demonstrando o agrupamento de 14 questões, relacionando satisfação/insatisfação com alguns aspectos, quais sejam atendimento fisioterapêutico, conforto, higiene, segurança, horário, dentre outros. Já a tabela 3 representa percentual das respostas objetivas da segunda parte do questionário.

Tabela 2: Segunda Parte do Questionário: respostas objetivas sobre a satisfação dos pacientes perante a assistência fisioterapêutica.

Variáveis	Casa do Idoso (n=14)		UEAFTO (n=8)		p-valor
	Satisfatório	Não Satisfatório	Satisfatório	Não Satisfatório	
Atendimento Fisioterapêutico	14	0	8	0	1,00*
Outros funcionários	14	0	8	0	1,00*
Conforto, higiene e segurança	13	1	7	1	0,71**
Facilidade de marcar/iniciar sessão	13	1	4	4	0,07**
Número de sessões	14	0	8	0	1,00*
Espaço	10	4	7	1	0,73**
Localização	13	1	8	0	0,77**
Acesso (interno/externo)	8	6	5	3	0,83**
Horário	14	0	8	0	1,00*
Resultado	14	0	8	0	1,00*
Retorno	14	0	8	0	1,00*
Recomendação	14	0	8	0	1,00*

* Teste Exato de Fisher; ** Teste G (Contingência); $p \leq 0,05$.

Tabela 3: Segunda parte do questionário: percentual das respostas objetivas.

Variáveis	Casa do Idoso n = 14				UEAFTO (n = 8)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimento Fisioterapêutico	14	100%	0	0%	8	100%	0	0%
Outros Funcionários	14	100%	8	0%	8	100%	0	0%

Conforto, higiene e segurança	13	92,8%	1	7,2%	7	87,5%	1	12,5%
Facilidade de marcar/ iniciar sessão	13	92,8%	1	7,2%	4	50%	4	50%
Número de sessões	14	100%	0	0%	8	100%	0	0%
Espaço	10	71,4%	4	28,6%	7	87,5%	1	12,5%
Localização	13	92,8%	1	7,2%	8	100%	0	0%
Acesso (Interno/ externo)	8	57,1%	6	42,9%	5	62,5%	3	37,5 %
Horário	14	100%	0	0%	8	100%	0	0%
Resultado	14	100%	0	0%	8	100%	0	0%
Retorno	14	100%	0	0%	8	100%	0	0%
Recomendação	14	100%	0	0%	8	100%	0	0%

Nesse sentido, o presente estudo demonstrou que a avaliação referente ao atendimento fisioterapêutico em idosos foram satisfatórias, refletindo um planejamento e um melhor preparo do profissional para atender às expectativas do paciente nas instituições estudadas.

Na primeira parte do questionário no que diz respeito à identificação dos idosos, as respostas de idade dos pacientes pesquisados apresentaram uma média de idade 68,25 anos com predominância de mulheres na instituição estadual. Já na instituição municipal apresenta a média de 69,3 anos de idade, com predominância do sexo feminino. Sendo assim, confirmou-se que o maior público dessas instituições apresenta a média de idade entre 60 e 85 anos, como nos estudos de Ferraz, Santos e Oliveira (2014), e quanto ao sexo denotou-se uma concordância

com os estudos de Machado e Nogueira (2008) que justificam essa dominância pela presença desse público tanto nos afazeres domésticos quanto em sua área profissional.

No que tange aos dados socioeconômicos, Gonçalves *et al.* (2011) relataram que a maioria dos pacientes possuía renda familiar mensal de 1-3 salários mínimos, corroborando com os dados dos dois locais da presente pesquisa. Em relação ao nível de escolaridade, o autor citado corrobora com a rede estadual apresentando em sua maioria o 1º grau incompleto, mas discorda com a rede municipal, já que houve equivalência de respostas entre o 1º grau incompleto e os níveis 1º grau completo e 2º grau incompleto.

Nos dados coletados sobre as especialidades atendidas os dois locais apresentaram um maior número de pacientes sendo atendidos na especialidade de ortopedia/traumatologia, isso corrobora com o estudo de Frés e Nobre (2011) realizado em Foz do Iguaçu na rede municipal.

Os resultados do presente estudo concordam também com os autores supracitados no quesito de conhecer seus diagnósticos, já que os dois apresentam maior parte das respostas como positivas. Em relação a outras experiências com a fisioterapia anteriores a pesquisa, somente o local estadual apresentou concordância, com três quartos do total de respostas sendo afirmativas, porém o municipal apresentou que a maioria dos pacientes não haviam tido experiência anterior.

Em relação à avaliação do atendimento fisioterapêutico, em sua totalidade, os entrevistados se mostraram satisfeitos com o serviço, não respondendo nenhuma alternativa negativa, assim como na pesquisa de Suda, Uemura e Velasco (2009). Assim como nas unidades estadual e municipal avaliadas no estudo de Machado e Nogueira (2008), a variável acesso (interno e externo) também apresentou a maioria de respostas favoráveis, apesar de algumas negativas. Já nos quesitos resultado e recomendação, assim como no estudo citado, a maioria, senão todos os pacientes, responderam satisfatoriamente.

CONCLUSÃO

O grau de satisfação dos pacientes, sobre a assistência fisioterapêutica nos dois locais, foi satisfatório. No entanto, torna-se necessária a realização de outros estudos, com uma população maior para a construção de um perfil biopsicossocial quanto à satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, SSE.; CALDAS, CP. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. São Carlos: **Rev. Bras. De Fisioter.**, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>> . Acesso em: 06 mai. 2017.
- BRASIL. Lei federal n.o 10.741, de 1.o de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- CARRERA, CMD; ARAUJO, ANB; LUCENA, JA. Correlação entre a capacidade vital lenta e o tempo máximo de fonação em idosos. São Paulo: **Revista CEFAC**, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000601389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- FERRAZ, R. R. R.; SANTOS, M. B.; OLIVEIRA, R. S. Satisfação dos idosos com o atendimento fisioterapêutico ambulatorial em uma clínica universitária como elemento de avaliação do modelo de gestão. **Revista de Administração de Roraima**, Boa Vista, vol. 4, n. 2, p.4-14, jul-dez, 2014. Disponível em: <<https://revista.ufrr.br/adminrr/article/view/2114/1453>>. Acesso em: 06 dez. 2017.
- FRÉS, AR; NOBRE, MIRS de. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. Curitiba: **Fisioter. Mov**, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/06>>. Acesso em: 01 dez. 2017.
- GONÇALVES, JR et al. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. Curitiba: **Fisioter. Mov.**, v. 24, n. 1, p. 47-56, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n1/v24n1a06>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

- MACHADO, NP; NOGUEIRA, LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. São Carlos: **Rev Bras Fisioter**, v. 12, n. 5, p. 401-8, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n5/a10v12n5.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2017.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818>.
- MOREIRA, Caroline Ferreira et al. Instrumento para aferir a satisfação do paciente com a assistência fisioterapêutica na rede pública de saúde. Natal: **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 14, n. 03, p.37-43, 2007. Disponível em < <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/viewFile/76095/79846>>. Acesso em: 29 nov. 2017.
- PERRACINI, MR. Prevenção e manejo de quedas no idoso. Barueri: **Guia de geriatria e gerontologia**, 2005. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/idoso092.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2017.
- Resolução No 476, de 20 de novembro de 2016. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <<http://coffito.gov.br/nsite/?p=3187>>. Acesso em: 06 dez. 2017.
- SILVA, I. Prevalência de quedas em indivíduos com idade superior a 60 anos. 2009. 75 f. Dissertação (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Universidade do Sul de Santa Catarina - Unisul, Santa Catarina - Sc, 2009. Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/IvoneteSilva/tcc.pdf>>. Acesso em: 02 dez 2017.
- SUDA, E. I.; UEMURA, M. D.; VELASCO, E. Avaliação de satisfação dos pacientes atendidos em um clínica-escola de Fisioterapia em Santo André, SP. São Paulo: **Fisioterapia e Pesquisa**, v 16, nº2. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n2/06.pdf> >. Acesso em: 05 dez. 2017.

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE HANSENÍASE EM UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA EM BELÉM, PARÁ, NO ANO DE 2017

DARCIA NE COELHO CORDOUIL
MANOEL SAMUEL DA CRUZ NETO
ANDRÉ LUIS DE CASTRO
GIOVANNI ALMEIDA MARQUES
EUZÉBIO DE OLIVEIRA
LUCIANE SHIRLEY SILVA LISBOA

DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.223-233

INTRODUÇÃO

A hanseníase ou mal de Hansen (MH) é uma doença crônica, infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, acomete pessoas de qualquer sexo e idade. A doença evolui de forma lenta e progressiva, se não diagnosticada e tratada precocemente, pode levar o doente à incapacidades físicas (BRASIL, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, foram registrados 214.718 casos novos de hanseníase em 143 Países. O Brasil foi o segundo com maior número de casos novos no mundo, notificou 25.218 casos da doença, estando atrás somente da Índia. A taxa de detecção do Brasil foi de 12,2/100 mil habitantes, sendo que a taxa de detecção global correspondeu a 2,9/100 mil habitantes, classificando o País como de alta carga para a doença (WHO, 2017). A região Norte, juntamente com as regiões Centro-Oeste e Nordeste, constituem-se áreas predominantes de casos novos da doença no panorama nacional (BRASIL, 2016).

A magnitude e o alto poder incapacitante mantêm a doença como um problema de saúde pública. A estratégia global para o controle da hanseníase 2016-2020 tem como propósito a detecção precoce dos casos e o tratamento imediato, a fim de evitar a incapacidade e reduzir a transmissão da doença na comunidade (OMS, 2016).

O conhecimento do perfil epidemiológico da doença se faz necessário para a caracterização desta endemia na comunidade, cujos dados irão favorecer o aprimoramento das estratégias para o alcance das metas no controle da hanseníase.

OBJETIVO

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no Centro de Saúde Escola do Marco, em Belém, no ano de 2017.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com utilização de dados contidos no livro de registros e controle de pacientes de hanseníase do Centro de Saúde Escola do Marco (CSEM). A descrição de um estudo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo (PEROVANO, 2014).

O CSEM está vinculado à Universidade do Estado do Pará (UEPA), tem organização policlínica, atende à nível de atenção básica e especialidades. Dentre as atividades voltadas à vários programas de saúde, destaca-se o Programa de controle da hanseníase, onde são atendidos pacientes encaminhados pelo setor de dermatologia da UEPA e também por demanda espontânea.

Todos os casos de hanseníase identificados pelo programa de controle de MH do CSEM, no ano de 2017, somaram um total de 39 pacientes.

Estar registado no livro de controle de MH em 2017.

Os dados foram coletados utilizando-se um formulário de pesquisa elaborado pelos autores, contendo variáveis clínico-epidemiológicas, através da consulta direta ao livro de registro e controle de pacientes de hanseníase.

As variáveis selecionadas para o estudo foram aquelas que se encontravam disponíveis nos registros do livro de controle, tais

como: idade, sexo, procedência, forma clínica da doença, modo de entrada no tratamento, tipo de reação, grau de incapacidade física(GIF) e número de contatos registrados e avaliados.

As informações colhidas foram organizadas em banco de dados no programa Microsoft Excel 2010® e apresentadas sob a forma de tabelas, onde as variáveis clínico-epidemiológicas foram descritas em valores absolutos e porcentagens.

RESULTADOS

Foi identificado no livro de registro do livro de MH, no ano de 2017, um total de 39 pacientes. Observou-se a predominância de pacientes na faixa etária de 30-39 anos (11; 28,2%). Quanto ao sexo, houve maior frequência do sexo masculino (24; 61,5%), em relação à procedência, a maioria dos pacientes pertencia ao município de Belém e Região Metropolitana (33; 84,6%).

Tabela 1: Perfil epidemiológico de pacientes notificados com hanseníase em um Centro de Saúde Escola em Belém, PA, Brasil, no ano de 2017.

Variáveis	N(39)	%
Faixa Etária		
11-19 anos	04	10,2
20-29 anos	05	12,8
30-39 anos	11	28,2
40-49 anos	03	7,8
50-59 anos	07	18,0
60+	09	23,0
Sexo		
Masculino	24	61,5
Feminino	15	38,5

Procedência		
Belém e Região Metropolitana	33	84,6
Outros Municípios	06	15,4

Fonte: Próprio autor. Baseado em protocolo de pesquisa

A tabela 02 mostrou que no perfil clínico dos pacientes, houve predominância da hanseníase na forma clínica dimorfa (14; 35,9%), ao levar em consideração quanto à classificação operacional, observou-se a predominância da forma multibacilar, o modo de entrada no tratamento mais frequente foi caso novo (37; 94,8%), tipo de reação mais comum foi tipo I (8; 80%), o grau de incapacidade física (GIF) no momento do diagnóstico foi maior no grau zero .

Tabela 2: Perfil clínico dos pacientes notificados para hanseníase em um Centro de Saúde Escola em Belém, PA, Brasil, no ano de 2017.

Variáveis	N (39)	%
Forma Clínica		
MHD*	14	35,9
MHI**	06	15,4
MHT***	10	25,6
MHV****	09	23,1
Modo de Entrada		
Caso Novo	37	94,8
Reicidiva	02	5,2
Tipo de Reação		
Tipo I	08	80,0
Tipo II	02	20,0
GIF		

0	23	59,0
I	12	30,8
II	02	5,1
Não avaliado	02	5,1

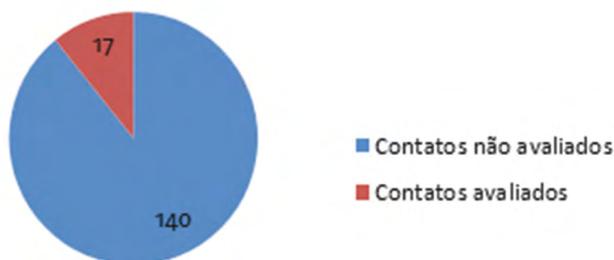
Fonte: Próprio autor. Baseado em protocolo de pesquisa.

- * MHD(Hanseníase dimorfa),
- **MHI(Hanseníase Indeterminada);
- ***MHT(Hanseníase Tuberculóide);
- ****MHV(Hanseníase vichorwiana)

Quanto à avaliação dos contatos, dos 157 registrados, percebeu-se que 89,2%(140) não foram avaliados (Figura 1).

Figura 1: Número de contatos de hanseníase avaliados x não avaliados

Número de contatos avaliados x não avaliados



Fonte: Próprio autor.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes de hanseníase no Centro de saúde escola do Marco, Belém, PA, no ano de 2017, sendo este agravo predominante na faixa etária de 30- 39 anos, homens, procedentes do município de Belém-PA, forma clínica dimorfa, modo de entrada

caso novo, reação hansênica tipo I e grau zero de incapacidade no momento do diagnóstico.

Corroborando com o encontrado nesse estudo, em relação à faixa etária mais acometida, em uma pesquisa que teve como objetivo analisar a situação epidemiológica da hanseníase no município de União, estado do Piauí, entre os anos de 2010 a 2013, mostrou que houve predominância de acometimento pela doença na faixa etária 30 a 40 anos (VIEIRA et al., 2015).

O maior percentual de acometimento do gênero masculino reflete o estilo de vida desse grupo, o qual possui frequentemente maior exposição a ambientes de riscos (SARMENTO, 2015).

Esta predominância também foi encontrada por um estudo realizado na cidade de Tucuruí, estado do Pará, onde se observou dados similares aos achados na presente investigação, com o sexo masculino representando 61,5% dos acometidos pela hanseníase, assim como dados de outro estudo, realizado no estado da Bahia, o qual identificou prevalência do gênero masculino em 50,3%. Tais dados reforçam as afirmações da OMS que evidenciam na maior parte do mundo que os homens são os mais afetados (SARMENTO, 2015; COSTA et al., 2017; SOUZA et al., 2018; WHO, 2010).

A procedência desses pacientes foi do município de Belém e Região Metropolitana (84,6%), outro estudo realizado em Belém, Pará também verificou o mesmo perfil (ABRACADO et al., 2015). De qualquer maneira, este achado se justifica, nesta pesquisa, pelo fato de o local do estudo estar situado no município de Belém, favorecendo a procura, pelo serviço, de pacientes residentes próximos ao referido centro de saúde.

A despeito da classificação operacional, a condição multibacilar foi a mais prevalente encontrada nos pacientes do CSEM, dados com percentual elevado para multibacilar também foram verificados na cidade de Anápolis –Goiás, onde identificou-se que 69,9% dos casos novos eram multibacilares, assim como em estudo de prevalência realizado em área de baixa carga bacilar na cidade de Jardinópolis, interior do estado de São Paulo, realizado

em serviço dermatológico de pronto socorro, detectando 100% de predominância multibacilar entre os usuários examinados (PEREIRA, 2012; FRED-FILHO et al., 2017).

Na forma de admissão do usuário com hanseníase no CSEM, destacou-se o modo de entrada do tipo caso novo, perfazendo-se, desta forma, a Atenção Primária em Saúde como a primeira porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (ALVARES, 2017).

O tipo de reação de maior frequência observado no presente estudo foi do tipo I. As reações podem ocorrer antes, ou mais frequentemente durante ou após o tratamento, geralmente acontece em pacientes mais reativos e refletem melhora na defesa do *M. leprae*. Entretanto, pode ser um facilitador para o abandono do tratamento. Tais achados estão em consonância com estudo realizado no município de Campinas, estado de São Paulo, que buscou o perfil epidemiológico das reações hansênicas em um centro de referência, identificando taxas de 61% entre os usuários avaliados (AMBROSANO et al., 2018 Apud GUERRA, p. 393, 2002).

A hanseníase é uma doença prevenível e curável, e cujo diagnóstico precoce é uma recomendação para evitar agravos da doença, como sequelas físicas que incapacitam os acometidos. Nesse estudo, observou-se que no momento da avaliação de saúde houve a prevalência do Grau 0 de incapacidade entre os usuários cadastrados no CSEM. Sabe-se que o grau de incapacidade constitui-se na principal causa de incapacidades físicas entre os acometidos pela doença, dados encontrados no presente estudo divergem da análise espacial e risco local da hanseníase realizada no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, que constatou a frequência de Grau I de incapacidade, chegando a taxas de 46, 2% entre os pacientes avaliados (RAMOS et al., 2017).

Quanto aos contatos registrados, percebeu-se que 89,2% não foram avaliados, similar ao observado por outro estudo que teve como objetivo avaliar as ações de vigilância de contatos de hanseníase no Município de Igarapé-Açu, estado do Pará, no

período de 2004 a 2008, no qual a maioria dos contatos registrados não haviam sido avaliados pelos serviços de saúde (LOBATO et al., 2016). Sabe-se que a avaliação dos contatos é um fator primordial para quebra de transmissão da doença, a realização de uma efetiva busca ativa pode contribuir para a diminuição dos índices elevados de não cobertura do comunicante de indivíduo com hanseníase.

Vale ressaltar que, dos 39 pacientes notificados no CSEM, 22 foram transferidos para acompanhamento na unidade de saúde mais próxima ao domicílio, conforme a recomendação de territorialização do Ministério da Saúde, sendo assim estes contatos intradomiciliares deveriam seguir para avaliação no serviço responsável pelo acompanhamento dos casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no CSME em 2017, evidenciou que a hanseníase tem um perfil regional comparados a dados de outras regiões do estado do Pará bem como de outros estados brasileiros.

O Brasil ainda não atingiu a meta de eliminação da hanseníase estabelecida pela OMS, a forma de combate a esta doença continua sendo a identificação do doente através do diagnóstico, as ações de vigilância dos contatos e a regularidade do tratamento medicamentoso. O conhecimento do perfil epidemiológico da doença se faz necessário para a caracterização desta endemia na comunidade, cujos dados irão favorecer o aprimoramento das estratégias para o alcance das metas no controle da hanseníase.

REFERÊNCIAS

- ALVARES, Juliana et al . Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, supl. 2, 20s, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300318&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 ago. 2018. Epub 13-Nov-2017. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007139>.
- ABRACADO, M. F. S et al. Adesão ao tratamento de hanseníase em pacientes com episódios reacionais hansênicos em uma unidade de referência. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua , v. 6, n. 2, p. 23-28, jun. 2015 .
- AMBROSANO, L et al. Epidemiological profile of leprosy reactions in a reference center in Campinas (SP), Brazil, 2010-2015. **Um Bras Dermatol** . v. 93, n. 3, p. 460-461. 2018. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001109/>>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.
- _____. Brasília. Portaria nº 149 de 3 de fevereiro de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, Seção 1. ISSN 1677-7042. 2016.
- COSTA, L.A et al. Análise epidemiológica de hanseníase na Microrregião de Tucuruí. **Rev Pan-Amaz Saude**. v. 8. n. 3, p. 9-17. 2017.
- COSTA, L. A.; BORBA-PINHEIRO, C. J.; REIS, J. H.; REIS JUNIOR, S. H. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de

incapacidade física e de casos entre jovens. **Rev. Pan-Amaz Saude**. v. 8, n. 3, p. 9-17. 2017.

- FRED-FILHO, B et al. Evidence of hidden leprosy in a supposedly low endemic area in Brazil. **Mem Inst Oswaldo Cruz** .v. 112 , n. 2; p. 822-828. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5719551/>>. Acesso em: 14. ago. 2018.
- LOBATO, D. C et al. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua , v. 7, n. 1, p. 45-53, mar. 2016 . Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2018.
- PEREIRA, Diogo Lima et al., Ensaios e Ciências: Ciências Biológicas , agrárias e da saúde. v. 16, nº 1, p. 55-67. 2012.
- PEROVANO, D. G. **Manual de metodologia científica: para segurança pública e defesa social**. São Paulo: Jurua Editora,. p. 235. 2014. Disponível em: <<http://www6g.senado.gov.br/institucional/biblioteca/arquivo-sumario-publicacao/A/9440>>.
- PIRES, C. A. A. et. al. A demanda de uma unidade de referência estadual em hanseníase no norte do Brasil. **Rev Sau Deb** 2012, jan, v. 18, n. 45, p. 135-143.
- RAMOS, A. C et al. Spatial clustering and local risk of leprosy in São Paulo, Brazil. **PLoS Negl Trop Dis** . v. 11, n. 2. 2017. Acesso em : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344525/>>. Acesso em: 13. ago. 2018
- SARMENTO, A.P.A et al. Perfil epidemiológico de hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de MontesClaros(MG). **Ver. Soc Bras Clin med**, v. 13, n. 3, 2015.
- SOUZA, A. E et al. Leprosy and gender in Brazil: trends in the

endemic area of the Northeast region, 2001 to 2014. **Rev Saude Publica**. v. 52, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5825128/>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

- VIEIRA, M. S. et al.R. Interd. v. 8, n. 4, p. 120-126, out. nov. dez. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para a Hanseníase 2016-2020**: acelerar a ação para um mundo sem lepra. Geneva: OMS, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/7/9789290225201-pt.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Leprosy today.2010. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/transmission/end/index5.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological record**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258841/WER9235.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM REABILITAÇÃO INFANTIL: RELATO DE EXPERIENCIA DA EQUIPE DA UNIDADE DE ENSINO E ASSISTÊNCIA EM FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (UEAFTO)/ CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) II DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

MARIA DE FÁTIMA GÓES DA COSTA
DÉBORA GONÇALVES DA SILVA SARMANHO
TATIANA PRADINES MAROJA
MARCELLO PACHECO DE ALMEIDA SEIFFERT
TATIANE OLIVEIRA NASCIMENTO
GIOVANA CHAGAS SIQUEIRA
CAROLINA FERNANDES SENNA ALVES
DOI:10.31792/isbn.978-85-8458-040-8.234-241

INTRODUÇÃO

O conceito de pessoa com deficiência vem evoluindo ao longo do tempo pela crescente tendência de se encarar este problema como uma questão de direitos humanos (WHO, 2011). A deficiência se refere aquelas condições que geram impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva do indivíduo na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2012).

O papel da equipe interdisciplinar na reabilitação da pessoa com deficiência foi ressaltado no Relatório Mundial das Organizações das Nações Unidas (ONU) de 2011 como um fator de aumento da eficiência do cuidado. Atingem-se melhores resultados para o paciente quando o trabalho está concentrado em uma equipe e não separado em vários especialistas com ações individuais. Sob a coordenação da unidade de reabilitação, os vários profissionais envolvidos avaliariam, tomariam decisões e realizariam suas

intervenções terapêuticas de forma integrada, compartilhada e mais eficiente (ONU, 2011; TROMBETTA; RAMOS, 2016).

Os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) preconizam que o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade devem ser realizadas pelos serviços de saúde objetivando uma atenção integral do indivíduo (FERIGOLLO; KESSLER, 2016).

Considerando estes princípios e a política de atenção a pessoa com deficiência, na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), habilitada pela portaria n° 778 de 9 de maio de 2013, como Centro Especializado em Reabilitação (CER) II, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), a equipe multidisciplinar de reabilitação infantil vem realizando reuniões interdisciplinares desde maio de 2015, nas quais são realizados estudos de casos clínicos de pacientes para a melhor integração dos cuidados, considerando o paciente em seu aspectos biopsicossociais. Compartilham-se saberes de cada uma das áreas, discutindo-se inovações técnicas e dificuldades na abordagem destes pacientes. Trabalha-se o diagnóstico integrado da condição clínica e das deficiências encontradas. Com isto, os profissionais propiciam ao paciente uma abordagem universalizada, integralizada, humanizada e muito mais assertiva, pois se trabalha com a realidade social onde o mesmo encontra-se inserido.

OBJETIVO

Relatar a experiência de trabalho interdisciplinar da equipe de reabilitação infantil da UEAFTO/ CER II/ UEPA, com ênfase nos relatos das reuniões interdisciplinares de estudos de caso, visando à integralidade do cuidado da criança com deficiência.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência das reuniões interdisciplinares da equipe de reabilitação infantil da UEAFTO/ CER II/ UEPA que prestam assistência ao público infantil, compreendido entre as idades de 0 a 12 anos, apresentando deficiência física e/ou intelectual.

A equipe é composta por 1 (um) neuropediatra, 5 (cinco) fisioterapeutas, 4 (quatro) terapeutas ocupacionais, 3 (três) fonoaudiólogos, 2 (dois) assistentes sociais e 2 (dois) psicólogos, estagiários das profissões acima citadas, assim como residentes.

As reuniões visam à promoção do atendimento integralizado, proporcionando um ambiente mais acolhedor, confortável e saudável aos profissionais, pacientes e seus acompanhantes, possibilitando uma clínica sensível às dificuldades do viver de cada adoecimento, buscando resolutividade aos problemas surgidos, assim como o enriquecimento da técnica, experiência e abordagem de cada profissional participante. Acontecem mensalmente nos dois turnos de trabalho (manhã e tarde), visto que são equipes distintas, com exceção de alguns poucos profissionais que se encontram alternadamente nos dois turnos. Têm duração aproximada de 4 (quatro) horas e ocorrem em uma das salas de atendimento da Unidade.

No local, geralmente, os profissionais posicionam-se em círculo, debatendo os assuntos propostos, um por vez e com a participação de todos. São escolhidos de 4 (quatro) a 5 (cinco) pacientes, para estudo de caso clínico, tendo como critérios para a elegibilidade: os casos mais graves, considerando as complicações e repercussões para o desenvolvimento infantil e que necessitem iniciar com brevidade a reabilitação interdisciplinar; com patologias complexas, que promovam enriquecimento do debate interdisciplinar e/ou de suas contribuições à melhora do prognóstico do paciente; assim como aqueles que estão em situação de maior risco social.

Cada caso clínico é escolhido no mês anterior e apresentado pelos profissionais que atendem o paciente, geralmente iniciando pelo relato do Serviço Social, procurando abranger a descrição da patologia no que se refere ao campo interdisciplinar.

As reuniões interdisciplinares são divididas em quatro momentos:

1. Estudo teórico pertinente aos casos em atendimento,

com atualizações clínicas, relacionadas ao processo de reabilitação física e/ou cognitiva, novas abordagens e propostas de tratamento.

2. Apresentação dos casos clínicos eleitos para estudo, com debate sobre o andamento dos atendimentos, um por vez e com participação de todos os integrantes do grupo, abordando:
 - a. O diagnóstico do paciente, assim como as queixas que são comunicadas pelo (s) responsável (eis) do mesmo;
 - b. As idiosincrasias do paciente e a forma como o seu problema de saúde atrapalha o desenvolvimento regular. Neste ponto, também são abordadas questões tangenciais à vivência do adoecimento: rede de apoio social, rede de apoio familiar, questões econômicas e demais fatores que podem influenciar no cotidiano;
 - c. Discussão para o prognóstico mais eficiente à melhora do paciente, com encaminhamentos necessários para a resolutividade das questões debatidas.
3. Realizada avaliação do andamento dos encaminhamentos e atividades propostas na última reunião interdisciplinar.
4. Escolha da temática do estudo teórico para a reunião seguinte e seleção dos casos clínicos a serem estudados.
5. Ao final das reuniões acontecem os compartilhamentos de informações referentes a eventos científicos, como congressos e instituições parceiras, que possam colaborar no processo de reabilitação dos pacientes.

Todos os temas abordados e os casos clínicos estudados, bem como as deliberações e encaminhamentos realizados são registrados em um livro ata, assinado por todos os profissionais participantes, o qual fica sob a responsabilidade de um coordenador, selecionado pela equipe anualmente.

Ao final de cada semestre é realizada uma avaliação sobre as reuniões interdisciplinares, analisando-se as deliberações, os encaminhamentos dos casos estudados no período, verificando o que foi possível fazer, as dificuldades e desafios encontrados, buscando-se sanar possíveis falhas no processo interdisciplinar, afim de alcançar máxima resolutividade aos problemas enfrentados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das reuniões interdisciplinares em que são realizados os estudos de casos, têm-se observado que, através da discussão do quadro de cada paciente, busca-se um acompanhamento integral aos pacientes assistidos pela unidade, favorecendo a integração do conhecimento e das atuações específicas dos profissionais envolvidos. Estes resultados também são encontrados na publicação, (Des) Encontros na rede de cuidados em saúde (2015), ao considerarem que o diálogo entre os profissionais torna-se importante, tendo em vista que nenhuma especialidade possibilita, sozinha, uma abordagem integral.

A abordagem integral tem sido reflexo das reuniões interdisciplinares, as quais têm promovido trocas de experiência e responsabilização entre os profissionais envolvidos, levando-se a um olhar individualizado do paciente, conseqüentemente da família estudada, considerando suas individualidades, potencialidades e necessidades, favorecendo, assim, a assistência humanizada.

Corroboram com esta abordagem, os estudos de Petri (2006), os quais consideram que proporcionar um atendimento integral permite a realização de um tratamento focado não somente na doença, mas no ser humano, considerando as particularidades de cada um, tornando a intervenção mais humanizada.

Brum e Souza (2016) definem o estudo de caso como sendo uma importante ferramenta de trabalho para a realização do atendimento integral e ressaltam a importância da troca de experiências como facilitador na criação de novos aprendizados, aprimorando o saber de cada participante.

No relato em questão, as reuniões interdisciplinares têm exigido o constante aperfeiçoamento da equipe, considerando que os profissionais não se limitam apenas às discussões dos atendimentos. São realizadas atualizações clínicas, fundamentadas na prática, literatura atualizada, com discussões e apresentações de novos métodos e técnicas de intervenções nos casos estudados. Assim, cada profissional amplia seus conhecimentos oportunizando a solução de problemas de maneira eficiente, bem como a adoção de intervenções e encaminhamentos mais adequados.

Todas as atividades desenvolvidas nas reuniões interdisciplinares são realizadas por uma equipe que acredita no valoroso papel da intervenção integrada. Possuir e manter o espaço conquistado para a realização dessas reuniões, assim como a equipe de profissionais que a compõe é algo possibilitado através do apoio e interesse da instituição e de seus profissionais.

Infelizmente, apesar dos esforços e envolvimento de todos os profissionais da equipe em discutir e ressignificar a assistência prestada pela unidade, dinamizando os atendimentos, dando resolutividade aos problemas surgidos durante os atendimentos, encontra-se obstáculos que se constituem em desafios na realização de algumas intervenções, impostos muitas vezes por dificuldades em relação à rede de assistência oferecida pelo SUS e outras de ordem socioeconômica e/ou cultural. Trombetta et al (2015) abordam esta dificuldade de maneira louvável.

Considera-se que as reuniões interdisciplinares têm sido elemento facilitador e dinamizador da assistência oferecida à pessoa com deficiência, dentro da reabilitação infantil no âmbito da UEAFTO/ CER II/ UEPA, tendo em vista que tem motivado a otimização dos atendimentos, priorizando casos mais graves; oportunizado a produção de conhecimento técnico científico e integralidade da assistência de acordo com o que é preconizado pelo SUS e a política de assistência à pessoa com deficiência.

CONCLUSÃO

Este trabalho permite registrar a importância de reuniões interdisciplinares para melhoria da assistência oferecida pela equipe multiprofissional de saúde da UEAFTO/ CER II/ UEPA, à medida que é possível constatar como as reuniões têm repercutido e refletido de forma positiva nas práticas diárias desenvolvidas com os pacientes atendidos; para a integralidade da assistência e resolutividade dos problemas levantados durante os estudos de caso; dinamizando os fluxos de atendimentos, priorizando-se as demandas mais emergentes, de acordo com o diagnóstico e as repercussões para o desenvolvimento global.

Para além disso, as reuniões interdisciplinares se constituem em um espaço de troca mútua, com produção de conhecimento científico, elaboração e aprimoramento de técnicas inovadoras de cuidado.

Sendo assim, este trabalho torna-se uma importante ferramenta de divulgação de uma experiência exitosa de atuação interdisciplinar, dentro do âmbito do SUS, para divulgação do trabalho desenvolvido por esta equipe da UEAFTO/ CER II/ UEPA, bem como para inspiração na elaboração de outras experiências como esta, contribuindo para produção de conhecimento científico na área e, principalmente, na adoção de novas práticas de cuidado: humanizadas, integralizadas e universalizadas. Nosso intuito não é que este estudo se encerre aqui, mas, sim, sugerir que outros relatos e outras pesquisas sejam desenvolvidas, tomando-se como preceitos os casos aqui estudados, voltados para a atenção interdisciplinar à pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Presidência da República. **DECRETO n. 7.612. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. - Plano Viver sem Limite.** Brasília, 2011. 4 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA n.793. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2012. 7 p.
- TROMBETTA, A.P.; RAMOS, F. R. Características da Atuação da Equipe de Saúde na Reabilitação Física. **Rev Eletrônica Estácio Saúde.** Santa Catarina, 2016; v.5, n. 2, p. 53-66.
- **WHO. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol.* New York, 2007.37 p.**
- WHO. **World Report on Disability.** New York, 2011.334 p.
- FERIGOLLO, J. P.; KESSLER, T. M. **Interdisciplinaridade: da formação a prática profissional em reabilitação em saúde.** Rio Grande do Sul: UFSM, 2016. 122 p., 30 cm.
- (Des) Encontros na rede de cuidados em saúde: EM EXTENSÃO. Uberlândia: PROEXC – UFU, v.14, n. 2, jul./dez. 2015. p. 174-185.
- PETRI, F. C. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da Fisioterapia.** Rio Grande do Sul: UFSM, 2006.
- BRUM, E. H.; SOUZA, C. A. A Importância da interdisciplinaridade na clínica do desenvolvimento infantil. **MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA,** n.10, p.255 – 261, dez. 2016.
- TROMBETTA, A. P. et al. Experiências da equipe de centro de reabilitação - o real do trabalho como questão ética. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** Florianópolis, SC, v.19, n. 3, p. 446 - 453, jul., set. 2015.

