

Saberes e Competências em Fisioterapia

Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)



 **Atena**
Editora

Ano 2018

Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

Saberes e Competências em Fisioterapia

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S115 Saberes e competências em fisioterapia [recurso eletrônico] /
Organizadora Anelice Calixto Ruh. – Ponta Grossa (PR): Atena
Editora, 2018.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-85107-90-1

DOI 10.22533/at.ed.901180212

1. Fisioterapia. 2. Fisioterapia – Estudo e ensino (Estágio).
3.Saúde. I. Ruh, Anelice Calixto.

CDD 615.8

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Estima-se que em 2020 o Brasil vai ser o sexto país do Mundo em número de idosos, e com o envelhecimento da população as ações sociais de saúde, incluindo as universidades, os estudantes, grupos de extensão universitária, as ferramentas de avaliação e tratamento devem ser específicas a esta população.

A formação do fisioterapeuta hoje deve estar conectada com as necessidades sociais da saúde do Brasil, fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS). A formação deve ser permanente, com formação interprofissional, trabalho em equipe, prática colaborativa, fortalecendo o sistema de saúde com ênfase na resolutividade, estando o profissional preparado para as novas ferramentas de avaliação e tratamento.

As diretrizes nacionais (DCN) orientam as grades curriculares e a formação profissional do fisioterapeuta, sendo assim, além da carga horaria e estrutura curricular, deve-se haver a formação continuada do professor o que vai refletir muito na formação do profissional.

O estágio observatório desde o primeiro período, amplia o olhar sobre a profissão e traz comprometimento a este aluno. As experiências ofertadas pela atenção primária levam a aquisição de competências e habilidades em promoção da saúde no contexto real, contribuindo para uma formação em saúde com responsabilidade social, formando um profissional sob um olhar mais amplo de saúde e associação de recursos, entendendo a população, suas atitudes e crenças perante a sua dor ou doença.

Além da formação do aluno, deve-se estar atento a formação do docente perante a nova realidade de epidemias no Brasil e no Mundo, o que nos faz repensar o processo de formação do fisioterapeuta na atenção integral a saúde. A inovação tecnológica também deve estar presente fazendo com que os profissionais utilizem estes recursos para potencializar a preservação, o desenvolvimento e a restauração do movimento favorecendo a qualidade de vida do paciente.

Para isto deve-se estar atento a qualidade da instituição formadora, inclusive para identificar se a formação de profissionais da saúde atende a demanda do SUS.

Este volume nos traz artigos com bases atualizadas para a reflexão sobre estes pontos.

Aproveite sua leitura!

Anelice Calixto Ruh

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

TÍTULO: “PROJETO HUMANIZA ILPI: AÇÃO MULTIPROFISSIONAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE RESIDENTES DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS JUVINO BARRETO”.

Catarina Zulmira Souza de Lira
Aline Alves de Souza
Antonia Gilvanete Duarte Gama
Bruna Ribeiro Carneiro de Sousa
Camila de Lima Pegado
Esther Beatriz Câmara da Silva
Juberlânia Carolina Varela de Oliveira
Maria Clara Silva de Melo
Maria Júlia Ferreira Rodrigues de Oliveira
Nadja de Oliveira Alves
Neila Alves de Queiroz
Sinval Bezerra da Nobrega Neto
Thaís Brazão Siqueira de Lima
Tiago Silva Oporto
Rosemary Araújo Monteiro

DOI 10.22533/at.ed.9011802121

CAPÍTULO 2 17

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA PARA O TRABALHO EM EQUIPE E A PRÁTICA COLABORATIVA: PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Dulcimar Batista Alves
Rosana Aparecida Salvador Rossit

DOI 10.22533/at.ed.9011802122

CAPÍTULO 3 32

A IMPORTÂNCIA DOS ESTÁGIOS OBSERVACIONAIS PARA OS DISCENTES DO PRIMEIRO PERÍODO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

Danyelle Nóbrega de Farias
Dyego Anderson Alves de Farias
Irlanna Ketley Santos do Nascimento
Luiza Beatriz Bezerra da Silva
Brisdeon Bruno Silva de Alencar
Hanna Louise Macedo Marinho

DOI 10.22533/at.ed.9011802123

CAPÍTULO 4 37

A RODA DE DIÁLOGO COMO METODOLOGIA ATIVA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kaliny Oliveira Dantas;
Daiana de Sousa Mangueira
Dailton Alencar Lucas de Lacerda
Edilane Mendes de Lima
Inaldo Barbosa da Silva
João Dantas de Oliveira Filho
Jordânia Abreu Lima de Melo
Mariele Sousa Marques
Michelle Martins Duarte
Rafaela Alves Dantas
Thyala de Fátima Bernardino Amorim

DOI 10.22533/at.ed.9011802124

CAPÍTULO 5 43

A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vivianne de Lima Biana Assis
Ana Raquel de Carvalho Mourão
Vanessa Lôbo de Carvalho
Isabella Natália Rocha da Silva
Adriana de Oliveira Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.9011802125

CAPÍTULO 6 54

APRENDIZADO ALÉM DA CLÍNICA: IMPACTO DA PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Matheus Madson Lima Avelino
Marina Lyra Lima Cabral Fagundes
Bruna Raquel Araújo Honório
Sâmara Raquel Alves Fagundes
Gilson José de Moura Filho
Vanessa Patrícia Soares de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.9011802126

CAPÍTULO 7 62

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA: UM RELATO SOBRE O PROCESSO DE SENSIBILIZAÇÃO NA GRADUAÇÃO

Risomar da Silva Vieira
Antonilêni Freire Duarte Medeiros Melo
Anna Laura Maciel
Amanda Raquel Nascimento Oliveira
Danielle Ferreira de Santana Silva
Fernanda de Sousa Dantas
José Luiz Pessoa de Moura
Karine Kiss
Thyalli Ferreira de Souza Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.9011802127

CAPÍTULO 8 70

COMPETÊNCIA CULTURAL NA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DISCENTES EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO RIO GRANDE DO NORTE

Matheus Madson Lima Avelino
Marina Lyra Cabral Fagundes
Evelyn Capistrano Teixeira Da Silva
Lilian Lira Lisboa
Carolina Araújo Damásio Santos
Reginaldo Antônio de Oliveira Freitas Junior

DOI 10.22533/at.ed.9011802128

CAPÍTULO 9 76

A COMPETÊNCIA DOCENTE E O REFLEXO NA FORMAÇÃO DO PERFIL DO EGRESSO PREVISTO NAS DCN DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Maura Nogueira Cobra
Maria Aparecida Monteiro da Silva
Eduardo Shimoda

DOI 10.22533/at.ed.9011802129

CAPÍTULO 10 89

AValiação PRÁTICA POR COMPETÊNCIAS: OSCE NA FISIOTERAPIA

Erica Passos Baciuk Juliana Valéria Leite

DOI 10.22533/at.ed.90118021210

CAPÍTULO 11 98

PROGRAMA CANDEAL: PRÁTICA INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Lavínia Boaventura Silva Martins

Renata Roseghini

Cláudia de Carvalho Santana

Bárbara Nascimento Rocha Ribeiro Soares

Sidney Carlos de Jesus Santana

Léa Maria dos Santos Lopes Ferreira

Ubton José Argolo Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.90118021211

CAPÍTULO 12 113

CAPACITAÇÃO DE DISCENTES DE FISIOTERAPIA PARA APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): DESAFIOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Karoleen Oswald Scharan

Tauane Gomes da Silva

Rafaella Stradiotto Bernardelli

Katren Pedrosa Correa

Fernanda Cury Martins

Auristela Duarte de Lima Moser

DOI 10.22533/at.ed.90118021212

CAPÍTULO 13 125

ESPAÇOS EDUCA(COLE)TIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RESIGNIFICANDO PRÁTICAS

Josiane Moreira Germano Daniela

Garcia Damaceno

DOI 10.22533/at.ed.90118021213

CAPÍTULO 14 135

INSTRUMENTAÇÃO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Ledycnarf Januário de Holanda

Patrícia Mayara Moura da Silva

Junio Alves de Lima

Edgard Morya

DOI 10.22533/at.ed.90118021214

CAPÍTULO 15 143

INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Patrícia Mayara Moura da Silva

Ledycnarf Januário de Holanda

Edgard Morya

DOI 10.22533/at.ed.90118021215

CAPÍTULO 16 151

O QUE OS ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA CONHECEM SOBRE A REALIDADE DE ATUAÇÃO

Késia Rakuel Morais de Sousa

Alecsandra Ferreira Tomaz

Risomar da Silva Vieira

DOI 10.22533/at.ed.90118021216

CAPÍTULO 17 166

PERFIL DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS OFERECIDO POR RESIDÊNCIA EM FISIOTERAPIA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE– SP

Renilton José Pizzol

Ana Lúcia de Jesus Almeida

Débora Mayumi de Oliveira Kawakami

Nathália Serafim da Silva

Alexandre Falkembach Vieira Miranda de Almeida

Rafael Alexandre Beitum

DOI 10.22533/at.ed.90118021217

CAPÍTULO 18 176

IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA RESTRITA AO DOMICÍLIO E MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO NA ZONA NORTE DE JUIZ DE FORA (MG)

Maria Alice Junqueira Caldas

Jordania Lindolfo Almas

Elaine Regina Pereira Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.90118021218

CAPÍTULO 19 192

O CUIDADO ATRAVÉS DA ALEGRIA COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Valeska Christina Sobreira de Lyra

Heloíse Maria de Freitas Barros

Miriam Lúcia Carneiro Nóbrega

Mikaella de Almeida Silva Formiga

Maria Elma de Souza Maciel Soares

Rachel Cavalcanti Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.90118021219

CAPÍTULO 20 198

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA-PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fábia Maria de Santana

Mariana dos Santos Silva

Iara Alves Diniz

Maria do Socorro Souza Lima

Josenildo André Barbosa

Alaine Santos Parente

DOI 10.22533/at.ed.90118021220

CAPÍTULO 21 203

A PESQUISA E EXTENSÃO FACILITANDO A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO A PESSOA IDOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ivaldo Menezes de Melo Junior

Rachel Cavalcanti Fonseca

Eveline de Almeida Silva Abrantes

Fabio Correia Lima Nepomuceno

Márcia de Oliveira Delgado Rosa Camila

Gomes Paiva

DOI 10.22533/at.ed.90118021221

CAPÍTULO 22 211

ENVELHECIMENTO ATIVO E PRÁTICAS DE VIDA SAUDÁVEL NA PRAÇA

Thyalli Ferreira de Souza Nascimento

Ana Rafaela de Almeida Gomes

Camila Carneiro da Cunha Amorim

Daiane Trindade Dantas

Fernanda Sousa Dantas

Valeska Christina Sobreira de Lyra

Meryeli Santos de Araújo Dantas

DOI 10.22533/at.ed.90118021222

CAPÍTULO 23 221

PERFIL DO ENSINO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA: A QUALIDADE, A QUANTIDADE E A DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS PELO BRASIL

Ana Lúcia de Jesus Almeida

Cristina Senson Pinto de Andrade

Renilton José Pizzol

DOI 10.22533/at.ed.90118021223

CAPÍTULO 24 237

O ENSINO DA ANATOMIA HUMANA EM ALUNOS DO ENSINO MÉDIO DO COLÉGIO SILVIO ROMERO EM LAGARTO/SE: INTEGRAÇÃO ESCOLA E UNIVERSIDADE

Tatiana Dos Santos Moreira

Marcela Ralin De Carvalho Deda Costa

DOI 10.22533/at.ed.90118021224

CAPÍTULO 25 247

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: IMPACTOS PARA A FORMAÇÃO DE CRIANÇAS E PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE GRADUANDOS EM FISIOTERAPIA

Karl Marx Santana da Silva

Kaliny Oliveira Dantas

Leandro Moura Silva

Renata Helena Miranda Freire de Lima

Rebecka Costa Carvalho

Joan Lázaro Gainza González

Renata Newman Leite dos Santos Lucena

DOI 10.22533/at.ed.90118021225

CAPÍTULO 26 262

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO DE HABILIDADES MOTORAS E CONSCIÊNCIA CORPORAL PARA PROMOÇÃO E ADOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Karina Durce

Sônia Maria Soares Rodrigues Pereira

Amanda Pimenta dos Santos Silva

Bárbara Zana Lopes

Camila Moran Berto

Maira Pereira de Abreu

Nathália Nistal Mariano da Cruz

Nayara Zanoni Pelegrine

DOI 10.22533/at.ed.90118021226

CAPÍTULO 27 278

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DOCENTES DE FISIOTERAPIA PÓS EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

Cinthia Rodrigues de Vasconcelos
Carine Carolina Wiesiolek
Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Luana Padilha da Rocha
Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral
Washington José dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.90118021227

CAPÍTULO 28 291

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATITUDES E CRENÇAS EM DOR LOMBAR CRÔNICA EM ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA: UM ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL ANALÍTICO

Pâmela Pinheiro Sumar
Aline Louise Santos
Marianna de Souza Santa Roza
Vitor D'almada Borduam
André Luiz Trindade dos Santos
Luciano Teixeira dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.90118021228

CAPÍTULO 29 299

A EFICÁCIA DO NINTENDO WII NO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Bianca de Freitas Souza
Tatiane Barcellos Corrêa
Maicon de Pinho Souza
Maria Bethânia Tomaschewski Bueno

DOI 10.22533/at.ed.90118021229

CAPÍTULO 30 310

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA NO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

Gabriela Pereira Avolio
Paula Soares da Silva
Ana Carolina Botelho
Alana Fontoura
Julia Santana
Marina Canellas
Karoline Pires da Silva Carvalho
Sergio Ricardo Martins

DOI 10.22533/at.ed.90118021230

CAPÍTULO 31 319

ACOLHIMENTO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA SOB A ÓTICA DE TRANSEXUAIS

Maitê Burgo Costa
João Pedro Cândido
Patrícia Lira Bizerra
Karla de Toledo Cândido Muller
Serginaldo José dos Santos
Gabriel Luis Pereira Nolasco

DOI 10.22533/at.ed.90118021231

CAPÍTULO 32	331
ANÁLISE DOS EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE	
<i>Fábio Correia Lima Nepomuceno</i>	
<i>Juliane Maury Pereira Lucena</i>	
DOI 10.22533/at.ed.90118021232	
CAPÍTULO 33	347
QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS NA HEMODIÁLISE	
<i>Fábio Correia Lima Nepomuceno</i>	
<i>Edson Vinicius de Oliveira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.9011802133	
CAPÍTULO 34	364
VALORES DE REFERÊNCIAS OBTIDAS E PREVISTAS DE PRESSÃO RESPIRATÓRIA MÁXIMAS EM ADULTOS JOVENS	
<i>Valeska Christina Sobreira de Lyra</i>	
<i>Andréa Carla Brandão da Costa dos Santos</i>	
<i>Juliana de Oliveira Silva</i>	
<i>Maria Elma de Souza Maciel Soares</i>	
<i>Pollyana Soares de Abreu Moraes</i>	
<i>Viviane Vasconcelos Vieira</i>	
<i>Natália Herculano Pereira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.90118021234	
CAPÍTULO 35	371
ALPINIA SPECIOSA SCHUM (COLÔNIA): POSSÍVEIS USOS NOS PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS	
<i>Thyalli Ferreira de Souza Nascimento</i>	
<i>Fernanda de Sousa Dantas</i>	
<i>Risomar da Silva Vieira</i>	
<i>Antonilêni Freire Duarte Medeiros Melo</i>	
<i>Andréa Carla Brandão da Costa Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.90118021235	
SOBRE A ORGANIZADORA	380

CAPÍTULO 1

TÍTULO: “PROJETO HUMANIZA ILPI: AÇÃO MULTIPROFISSIONAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE RESIDENTES DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS JUVINO BARRETO”.

Catarina Zulmira Souza de Lira

Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia-UFRN.

Preceptora do projeto Humaniza ILPI.

Aline Alves de Souza

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Antonia Gilvanete Duarte Gama

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Bruna Ribeiro Carneiro de Sousa

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Camila de Lima Pegado

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Esther Beatriz Câmara da Silva

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Juberlânia Carolina Varela de Oliveira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Potiguar do Rio Grande do Norte-UNP.

Maria Clara Silva de Melo

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Maria Júlia Ferreira Rodrigues de Oliveira

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Nadja de Oliveira Alves

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal

do Rio Grande do Norte.

Neila Alves de Queiroz

Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Serrinha dos Pintos-RN.

Preceptora do projeto Humaniza ILPI.

Sinval Bezerra da Nobrega Neto

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Thaís Brazão Siqueira de Lima

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Tiago Silva Oporto

Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia-UFRN.

Preceptor do projeto Humaniza ILPI.

Rosemary Araújo Monteiro

Professora Adjunto I do Departamento de Fisioterapia da UFRN.

Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente.

Coordenadora do projeto Humaniza ILPI.

RESUMO: Envelhecer é um processo biológico natural, marcado por alterações fisiológicas nos diversos sistemas, com modificações na dinâmica corporal e sua funcionalidade. Projeções mais conservadoras indicam que

em 2020, o Brasil será o 6º (sexto) país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Dessa forma, as ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos) são cada vez mais procuradas, sendo elas: instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Existindo no Brasil cerca de 83.870 idosos, morando em 3.548 ILPIs, sendo a maioria destas instituições brasileiras de caráter filantrópico e religioso (cerca de 700 instituições), refletindo a sua origem; e sendo apenas 6,6% públicas, o projeto de extensão: Humaniza ILPI defende a integração do papel social da universidade a estas instituições tão carentes de assistência, proporcionando ao estudante uma visão crítico-reflexiva acerca do seu papel enquanto agente promotor de saúde voltado a uma população negligenciada e, frequentemente, se encontra a margem da sociedade.

PALAVRAS- CHAVE: Envelhecimento. Institucionalização. Projeto.

ABSTRACT: Aging is a natural biological process, marked by physiological changes in the various systems, with changes in body dynamics and its functionality. More conservative projections indicate that in 2020, Brazil will be the 6th (sixth) country in the world in terms of the number of elderly, with a contingent of more than 30 million people. In this way, ILPIs (Long-Term Care Institutions for the Elderly) are increasingly sought, being: governmental or non-governmental institutions of a residential character, destined for the collective domicile of persons aged 60 years and over, with or without family, in the condition of freedom, dignity and citizenship. There are about 83,870 elderly people living in Brazil, living in 3,548 ILPIs, most of these Brazilian institutions are philanthropic and religious (about 700 institutions), reflecting their origin; and being only 6.6% public, the extension project: Humaniza ILPI defends the integration of the social role of the university to these institutions so lacking in assistance, providing the student with a critical and reflexive vision about its role as a promoter of health oriented to a neglected population, and often to the margins of society.

KEYWORDS: Aging. Institutionalization. Project.

1 | CONTEXTUALIZAÇÃO DA SENESCÊNCIA

“Saber envelhecer é uma obra-prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte que é viver”.

(Hermann Melville)

Envelhecer é um processo biológico natural, marcado por alterações fisiológicas nos diversos sistemas, com modificações na dinâmica corporal e sua funcionalidade, sem ter, necessariamente, um significado negativo (LOURENÇO, 2008).

Desde meados da década de 1960, as famílias têm-se tornado cada vez mais complexas, distanciando-se de padrões tradicionais, havendo queda da fecundidade

e as mudanças nos arranjos familiares que culminam com o aumento na proporção de pessoas idosas nas famílias (LEONE; MAIA; BALTAR, 2010).

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 500% em quarenta anos (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987), (GARCIA, 2003). Isso é um reflexo da transição demográfica pela qual o país passou, saindo de uma conformação mais rural, com famílias numerosas, para uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e nova estrutura familiar (LEONE; MAIA; BALTAR, 2010), como forma de adaptação necessária frente as diversas mudanças econômicas, aliadas a outros processos sociais, demográficos e culturais (LEONE; MAIA; BALTAR, 2010).

As projeções mais conservadoras indicam que em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (GARCIA, 2003).

1.1 O envelhecer e a influência no gênero

Apesar do aumento da população idosa no Brasil ocorrer de forma rápida e progressiva e mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, possui um forte componente de gênero (CARVALHO; LIMA, 2009; GUIOMAR, 2012). Ao refletir acerca do crescimento da população senil, onde há modificações psicobiológicas expressivas e sabendo que homens e mulheres envelhecem de maneira diferente, é preciso pensar em políticas que atendam as demandas específicas desse grupo e contribuam para um envelhecimento ativo, saudável e principalmente funcional, excluindo a ideia de que ser idoso é algo desagradável e incluir essa parcela da população em todos os ambientes a que elas possam (e queiram) ter acesso (AMERICA, 2016; CARNEIRO, 2012).

1.2 Políticas de saúde e a população idosa

A Organização Mundial de Saúde (OMS), já propôs ações para que os governos possam se guiar para a fomentação de políticas que se adequem às necessidades de seus idosos. Com a regulamentação da constituição federal de 1988 e o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS deu-se início a percepção da atenção voltada aos grupos sociais (campanhas de vacinação, por exemplo) e assim surgiram as primeiras políticas de saúde. No entanto, o processo de implantação enfrentou inúmeras limitações, pois além dos profissionais não terem formação consonante com o modelo de promoção à saúde, os gestores encontraram dificuldades estruturais e financeiras para adequar as ações básicas de saúde, resultando em uma falta de unificação das ações lentificando sua distribuição no país e, conseqüentemente, o acesso da população (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Em 1993 foi pensado a LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social, Lei n.º 8742 de 07/12/1993, dando reconhecimento da assistência social como política pública, direito do cidadão e dever do estado. Em 1994 veio a Política Nacional do Idoso, Lei

n.º 8842 de 04/01/1994, com o objetivo de garantir os direitos sociais dos idosos como autonomia, integração e participação social. Em 1999 surge a PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria n.º 1395, de 09/12/1999 que tinha como propósito:

Manutenção e melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional comprometida.

Por fim em 2003, surge o Estatuto do Idoso, como substitutivo aos projetos de lei anteriores que dispunham sobre o assunto - DF, 2003, objetivando a regulação dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, abordando diversos pontos como segurança, proteção e acesso à saúde. Sobre isso tem-se que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente aos idosos.

E mais:

ART. 15: & 2º Incumbe ao poder público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como órteses e próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

& 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Em 2006, o Ministério da Saúde definiu a agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Em relação ao Pacto em Defesa da Vida, foram pactuadas prioridades, sendo três delas com especial relevância em relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa: a saúde do idoso; a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (SAÚDE, 2006), seguindo assim as orientações da OMS para atenção a população idosa. A partir disso as políticas começaram a ser debatidas e as necessidades locais de cada região puderam ser percebidas e atendidas quando necessário.

Isso contribuiu, também, para a percepção da necessidade da formação de profissionais que consigam lidar com essa população de maneira mais adequada, reconhecendo os principais problemas e sabendo como e quando intervir. Além de necessitar de técnica, é indispensável que essa nova leva de profissionais consiga compreender e fazer um atendimento humanizado e integrado, diante de uma equipe que realize ações de modo conjunto (CAMPOS, 2005), o que ainda não ocorre de maneira homogênea (XAVIER; KOIFMAN, 2011), (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Sendo assim, se faz necessário que as graduações em saúde consigam discutir todos esses pormenores durante a formação do profissional para que, em sua atuação, ele consiga lidar com essas demandas e contribua para a manutenção das ações voltadas à população idosa. Porém, como as universidades podem contribuir para essa formação mais integrada a realidade? Como ela pode influenciar na capacitação

destes futuros profissionais? É isso que pretendemos tornar reflexão ao longo deste capítulo.

2 | INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: “UMA REALIDADE DO ENVELHECER”.

Quando sancionado, o Estatuto do Idoso (2003) trouxe a extinção da denominação de “Abrigo”, dando lugar à denominação de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (NOVO JUVINO, 2010) que, segundo a ANVISA (2005), são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania. As ILPIs são de responsabilidade do órgão competente da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde que se articulam com as Secretarias de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas (PORTARIA N° 810 – MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A primeira instituição filantrópica voltada para abrigar idosos foi fundada pelo Papa Pelágio II (520-590 d.C.), que transformou a sua casa em um hospital para idosos (ALCÂNTARA, 2003). No Brasil Colônia, a primeira instituição foi fundada pelo Conde de Resende em 1794, conhecida como a Casa dos inválidos, para que aqueles que prestaram serviços à pátria tivessem uma velhice tranquila. Já em 1890 foi construído o Asilo São Luiz, atualmente conhecido como a Casa São Luiz, sendo até hoje uma referência em residencial para a terceira idade. No final do século XIX, em 1964, a Santa casa de Misericórdia em São Paulo, que dava assistência principalmente para moradores de rua, passou a ser uma instituição de idosos pelo grande número de idosos abrigados (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2013). Desde então o número de instituições para idosos crescem cada vez mais.

Em 22 de setembro de 1989, na portaria n° 810, foram aprovadas normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observadas em todo o território nacional (SAÚDE, 1989). Onde é necessário a participação de: toda a sociedade, familiares, governo e do próprio idoso, para a manutenção dessas instituições, visto que ainda hoje estas normas não são seguidas como está na teoria.

No Brasil existem cerca de 83.870 idosos, morando em 3.548 ILPIs. A maioria destas instituições brasileiras são de caráter filantrópico e religioso (cerca de 700 instituições), refletindo a sua origem; e sendo apenas 6,6% pública correspondendo a cerca de 218 instituições (CAMARANO; KANSO, 2010).

2.1 ILPI privada vs ILPI pública

Ademais, existem diferenças significativas entre as ILPIs com e sem fins lucrativos, desde os motivos de institucionalização do idoso, às condições e qualidade

de vida dele. As ILPIs sem fins lucrativos apresentam a institucionalização de idosos associada a conflitos familiares, abandono e ao fato de, muitas vezes, não terem lugar para morar, estando eles mais susceptíveis a estresses crônicos provenientes de uma maior privação socioeconômica, o que de fato afeta direta ou indiretamente suas condições de saúde. Já nas ILPIs com fins lucrativos a justificativa associa-se a condição de “estar doente” do idoso, levando a crer que as famílias, apesar de possuírem condições socioeconômicas melhores, preferem institucionalizar seus idosos devido aos serviços oferecidos pelas instituições. Essas diferenças são reflexos da desigualdade social durante a vida desses idosos, a qual se perpetua até o seu fim (PINHEIRO *et al.*, 2016).

2.2 Estatuto do Idoso vs ILPI

Segundo o Estatuto do Idoso (2003), as entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso devem inscrever seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, comprovando os requisitos do Art. 48, Capítulo II. O Estatuto também lista uma série de obrigações das entidades de atendimento no Art. 50 do mesmo capítulo, determina a importância de celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento e as obrigações da entidade, proporcionar cuidados à saúde, oferecer instalações adequadas de habitabilidade, comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares, entre outros. A fiscalização das ILPIs é de responsabilidade da Vigilância Sanitária, Ministério Público e Conselho do Idoso, e se houver descumprimento das determinações deste Estatuto as entidades serão sujeitas à penalidades.

2.3 Órgãos fiscalizadores das ILPIs

Para orientar essa fiscalização, em 2005, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou a Resolução da Diretoria Colegiada 283 (RDC 283) considerando a necessidade de garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor. Nesta Resolução está presente o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, o qual estabelece normas de funcionamento das ILPIs desde o âmbito organizacional, de infraestrutura física, processos operacionais até a sua fiscalização e avaliação anual, pela própria instituição (RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005).

2.4 Organização do espaço físico das ILPIs

No mesmo RDC 283, em seu Regulamento Técnico, há especificações de como a instituição deve atender os requisitos de infraestrutura para melhor acomodar os residentes. No item 4.7 – Infra-Estrutura Física é estabelecido que toda reforma ou

construção deve ter aprovação pelos órgãos fiscalizadores e de que a instituição deve oferecer instalações físicas em condição de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção. Determinando, entre outros, como deve ser a separação por sexo dos dormitórios e banheiros, respeitando a área mínima para cada indivíduo, bem como a necessidade de haver ambiente externo e interno para desenvolvimento de atividades voltadas aos residentes na promoção de integração destes com a comunidade, a convivência com os familiares e entre os próprios idosos (RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005).

2.5 Equipe Multiprofissional

No que se refere à equipe multidisciplinar dentro das ILPIs, compreende-se que sua importância consiste em proporcionar aos idosos residentes um cuidado ampliado na busca de atender a um conjunto de necessidades, assegurando ao idoso uma atenção integral a sua saúde. A partir dessa compreensão, tem-se como pressuposto que um dos maiores desafios da assistência multidisciplinar à pessoa idosa é propiciar que múltiplas áreas do saber ajam conjuntamente, tendo um olhar multidimensional. A equipe multiprofissional encontrada no cenário das ILPIs é composta, predominantemente por cinco categorias de profissionais: enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos e nutricionistas (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

2.6 Critérios para institucionalizações

Alguns fatores são determinantes na institucionalização da pessoa idosa em ILPIs, entre eles: viuvez, morar sozinho ou ausência de companheiro, ausência de cuidador domiciliar, aposentadoria com rendimento baixo, suporte social precário de gastos com a saúde, estágios terminais de doença, alto grau de dependência física, necessidades de reabilitação (FAGUNDES *et al.*, 2017).

2.7 Motivação para institucionalização e perfil dos idosos

Segundo Néri *et al* (*apud* Silva *et al.*, 2013), a família desempenha um papel crucial na condição de vida do idoso, já que esse precisa de maiores cuidados nessa fase. Porém, as diferenças presentes entre os envolvidos provocam problemas que dificultam a relação, na qual pode piorar caso a família não entenda as necessidades e circunstâncias que o processo de envelhecimento ocasiona.

Conforme Tier *et al.*, (2004), também citado por Silva *et al.*, (2013), quando o idoso não possui apoio familiar para desenvolver suas necessidades cotidianas, resta a possibilidade de inserção em uma ILPI. Além disso, existem outros motivos que levam a essa institucionalização do idoso, como expõe Born (2002, 2008), citado por Silva *et al.*, (2013) como: família que não apresenta condição econômica, capacidade emocional, espaço habitado, cuidadores e não possui apoio do poder público ou qualquer entidade que ajude no cuidado do idoso em questão.

Em uma pesquisa realizada na cidade de Natal-RN, verificou-se que : os conflitos familiares, o abandono e o fato de não possuir lugar para morar, estiveram associados à institucionalização dos idosos em ILPIs sem fins lucrativos. Apenas a condição “estar doente” prevaleceu como motivo principal de institucionalização em ILPIs com fins lucrativos, cuja associação foi significativa. O abandono, assim, aparece como motivo em comum nas duas situações (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Ademais, segundo Alencar *et al.*, (2012), o principal motivo que leva os idosos à ILPI é a necessidade de tratamento, aparecendo a doença como segunda causa, fatos estes que estão conectados. Nesse sentido, ainda conforme o autor, esses problemas por vezes encontram-se adjunto a complexidade de se ter um idoso doente em casa, uma vez que, para o seu cuidado é necessário dispor de recursos que muitas vezes não se fazem presentes na maioria das famílias.

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico nas ILPI, é nítido o predomínio de indivíduos do sexo feminino, visto que as mulheres são a maioria na população idosa geral devido a diversos aspectos fisiológicos e culturais. Para Pinheiro *et al.* (2016), o fato da maior parte da população mundial e nacional ser mulheres se explica pela maior proteção cardiovascular que os hormônios femininos proporcionam, a menor taxa de alcoolismo e maior assiduidade às consultas médicas. O embasamento bibliográfico assemelha-se nesse sentido e, portanto, cabe ressaltar nessa discussão que:

O perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados analisados caracterizou um predomínio do sexo feminino, de etnia branca, com ensino fundamental incompleto, situação conjugal solteiras e viúvas, tempo de institucionalização de cinco anos em média e hipertensão arterial como a patologia crônica não transmissível mais prevalente (FERREIRA, 2012, p.383).

Considerando os diversos fatores supracitados, independente dos seus hábitos de vida e de suas características no ambiente domiciliar, após o processo de institucionalização o perfil do idoso passa a ter algumas alterações a fim de se adaptar ao novo ambiente no qual está sendo inserido, perdendo sua essência e muitas vezes a autonomia. Como afirma Ferreira (2012) e Azevedo *et al.* (2014), o processo de envelhecimento é um fator que influencia negativamente a capacidade funcional do indivíduo e quando há a institucionalização, é notório o peso negativo sobre a capacidade funcional do idoso, uma vez que o ambiente da ILPI é pouco estimulante e contribui para a inatividade do idoso.

Visto isso, estudos comprovam que a inserção do idoso no ambiente asilar colabora com a elevação do grau de dependência do mesmo (ALENCAR *et al.*, 2012; FERREIRA, 2012). “O idoso independente, quando institucionalizado, pode desenvolver diferentes graus de dependência devido à dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida e à falta de motivação e de encorajamento, que são comuns no ambiente asilar” (FERREIRA, 2012). Com essa modificação do ambiente em que vive, ausência de estímulos e motivação e as novas condições de vida - que podem atuar como obstáculos - , o idoso passa a desenvolver dependência para algumas atividades.

De acordo com Alencar *et al.* (2012), fatores emocionais como a ansiedade, aflição, solidão, sentimento de abandono e angústia aumentam com a institucionalização e isso pode induzir alterações psicológicas e físicas, como por exemplo, a depressão. Essa última, por sua vez, encontra-se entre as alterações emocionais e transtornos psicológicos com maior prevalência numa ILPI e age negativamente na qualidade de vida do indivíduo, colaborando com a diminuição da autonomia do idoso e induzindo a uma maior dependência.

A partir disso, percebe-se a presença na sociedade de uma visão estereotipada a respeito do idoso, definindo-o como incapaz e inválido. Nesse aspecto, de acordo com Goffman (1988), estigmas são atributos que tornam o indivíduo possuidor em “desvantagem” para com os demais e, no caso dos idosos, eles ainda são extremamente estigmatizados e o processo do envelhecimento é visto por muitos como um fator negativo, apesar de a população idosa brasileira e mundial permanecer em crescimento constante. O ageísmo – intolerância contra o idoso - e o tratamento ao idoso como improdutivo são capazes de gerar consequências negativas nos indivíduos como o declínio cognitivo e fazendo, inclusive, com que a autopercepção dos idosos fique defasada.

3 | INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS JUVINO BARRETO

A instituição foi fundada em 1942 (NASCIMENTO, 2012), no entanto os registros mostram como data oficial 19 de abril de 1944, pelas Filhas da Caridade da Ordem de São Vicente de Paulo, objetivando atender pessoas indigentes que vieram para a capital em consequência de um longo período de seca no interior do Rio Grande do Norte. As religiosas que realizavam um trabalho de evangelização construíram um albergue em um terreno abandonado com o intuito de acolher essa população (AMORIM DA CÂMARA, 2015; ARAÚJO, 2013; NETO, 2017; NOVO JUVINO, 2010).

Com o aumento no número de idosos e as crescentes dificuldades enfrentadas para dar continuidade ao trabalho desenvolvido, a Prefeitura Municipal de Natal, com a colaboração do Serviço Estadual de Reeducação e Assistência Social (SERAS), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), juntamente com a campanha de Assistência aos flagelados, contribuíram na construção do prédio que serviria de abrigo para idosos (CÂMARA, 2015). O terreno foi doado pelo proprietário, Juvino César Paes Barreto, tornando-se instituição de fato em 1949, recebendo o nome de Instituto Juvino Barreto (IJB) (ARAÚJO, 2013).

Estando situado na Avenida Alexandrino de Alencar, nº 908 no bairro Alecrim (CÂMARA, 2015; ARAÚJO, 2013; NOVO JUVINO, 2010), na zona Oeste da capital, a instituição é reconhecida como a maior ILPI do RN e tem como missão defender de forma ética e efetiva os direitos da pessoa idosa, garantindo-lhes qualidade de vida e relações humanizadas (NOVO JUVINO, 2010).

O Instituto tem por finalidade atender aos idosos com carência socioeconômica

e familiar (NOVO JUVINO, 2010), buscando a ressocialização dos mesmos. Conta com uma equipe multiprofissional garantindo o atendimento necessário aos idosos residentes e, entre os componentes dessa equipe encontram-se: nutricionista, assistente social, técnicos em enfermagem, operadores de telemarketing, cuidadores, médico ginecologista e clínico geral, auxiliares administrativos, assistentes de serviços gerais, copeiras, cozinheiras, motorista (NETO, 2017) contando, ainda, com profissionais voluntários que realizam, de acordo com sua área de atuação, ações de promoção à saúde com os idosos residentes. Com relação ao número longevos residentes, a assistente social do IJB disse que atualmente estão na instituição 20 idosos homens e 40 mulheres, sendo eles classificados de acordo com o grau de dependência estabelecido na RDC nº283/2005 publicada no Diário Oficial da União pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005) (ARAÚJO, 2013; NOVO JUVINO, 2010).

Por tratar-se de um serviço gratuito e sem fins lucrativos conta, para viabilizar suas ações, com a ajuda de: pessoas, instituições, serviço de telemarketing, ações sociais e 70% dos rendimentos dos idosos, de acordo com as normas do Estatuto do Idoso (NETO, 2017; NOVO JUVINO, 2010). Além disso, o instituto está enquadrado nos moldes das organizações do terceiro setor, Organização Não Governamental (ONG), sendo conveniado com as 03 (três) esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), além de ser considerada como de utilidade pública (Federal, Estadual e Municipal) (NOVO JUVINO, 2010).

Entretanto, desde 2010 o IJB passa por uma intervenção administrativa devido às crises existentes. Segundo Neto (2017), atualmente, esta instituição é administrada por 03 gestores executivos que possuem experiência em gestão social e são indicados por um conselho gestor. A administração toma as decisões avaliando as receitas e despesas da instituição, buscando a melhor forma para manter os serviços ofertados (NETO, 2017). Segundo assistente social do Juvino, mesmo com os repasses e doações a entidade enfrenta problemas na demanda da folha de pagamento, pois, as verbas são insuficientes para realizar novas contratações, reparos em partes da estrutura e manter a realização de algumas atividades.

Todavia, um documento liberado pelo Ministério Público do Rio Grande Do Norte (MPRN) firma o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com O IJB visando melhorias na ILPI e o funcionamento correto da instituição. Desse modo, o Instituto Juvino Barreto deve: cumprir adequações sanitárias, de acessibilidade e a regularização do quadro de recursos humanos citadas no documento (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2018).

Em relação às ações realizadas com os idosos, a instituição informa que são feitas em grupo, constantemente, por parte da mesma e de grupos que visitam os idosos, como exemplos de atividades já produzidas: realização de festas de datas comemorativas (TRIBUNA DO NORTE, 2018; DANTAS, 2017) e atividades externas (como: ida ao cinema, praia, eventos religiosos, etc), também sendo realizada comemoração para idosos e funcionários aniversariantes a cada trimestre (informações obtidas através da

assistente social da instituição).

4 | O PROJETO: “HUMANIZA ILPI”

O projeto de extensão “Humaniza ILPI” fundado na segunda metade do ano de 2015 (como iniciativa estudantil da gestão, 2015-2016, do centro acadêmico Vera Rocha, pertencente ao curso de fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, na época empossado), se justifica como uma resposta do corpo discente à universidade visando enfatizar o papel social da mesma e a transformação social no processo de institucionalização de idosos, proporcionando a aproximação entre essas instituições, garantindo benefícios mútuos tanto para população idosa, vítima de abandono, quanto para a comunidade acadêmica que restringia sua atuação aos muros da universidade, estimulando os alunos envolvidos a exercerem autonomia e habilidades no campo da extensão e de pesquisa universitária de forma crítico-reflexiva, através de discussões teóricas com artigos científicos, oficinas sobre as diferentes formas de atuação e integração de saberes (fisioterapia, enfermagem, medicina, odontologia, psicologia, serviço social, biomedicina, entre outros), voltadas a atuação profissional em ILPIs.

A ação universitária desenvolvida na ILPI Juvino Barreto, voltada a promoção de saúde, já contou com a participação discente superior a 200 alunos, incluindo discentes dos cursos de: fisioterapia, enfermagem, nutrição, odontologia, medicina, serviço social, biomedicina e psicologia da UFRN e de instituições privadas na cidade do Natal. Além da composição discente, o corpo do projeto é composto por docentes do curso de fisioterapia, além dos idosos institucionalizados e seus cuidadores. O Humaniza ILPI iniciou-se com abordagem semanal, mas atualmente atua quinzenalmente de modo a viabilizar a ação de outras entidades que também oferecem assistência a instituição. Os encontros são realizados durante o horário de visitas da ILPI, desenvolvendo atividades com dinâmicas e rodas de conversas, tentando proporcionar uma melhor interação entre os longevos residentes; massoterapia, dança e caminhada como estímulo a mobilidade; espaços para pintura e jogos que trabalhem diretamente com o cognitivo senil; passeios internos e; atividades lúdicas, como leitura e música para idosos mais dependentes ou cadeirantes, sendo esta atividade musical, desenvolvida também, através de parcerias com o departamento de licenciatura em música da UFRN, realizados durante a semana dedicada a apresentações musicais deste curso.

5 | CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A interação entre o tripé ensino-pesquisa-extensão é um dos componentes que rege o meio universitário, assim como também é o alicerce da formação profissional e humana dos indivíduos nele inseridos e a forma como a universidade busca cumprir seu papel social na comunidade (JEZINE, 2004). Porém, apesar da indissociabilidade,

prevista pelo artigo 207 da Constituição Brasileira de 1988, entre esse tripé, esta não é a realidade muitas vezes vistas no ambiente universitário, onde ainda se preconiza a pesquisa como forma de produção e transmissão do saber científico (MOITA; ANDRADE, 2009), minimizando a produção de conhecimento através da experiência prática que ocorre com a extensão (CASTRO, 2004).

Ao se pensar no âmbito social, é através das ações de extensão universitária que há o fortalecimento da relação entre a comunidade e a universidade, onde se coloca em prática os saberes teóricos aprendidos e proporciona-se o retorno para a sociedade (RODRIGUES *et al*, 2013), buscando a melhoria da qualidade de vida dos seus indivíduos através de uma abordagem mais humanizada dos profissionais de saúde em formação.

Aos docentes envolvidos é possibilitada a aproximação com os serviços de saúde no âmbito das ILPIs, criando oportunidades de contribuição da academia para a melhoria da qualidade da assistência e para uma formação profissional mais humanizada e comprometida com os problemas da sociedade.

O processo de humanização é entendido, pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, como: a valorização do papel dos diversos sujeitos inseridos no mecanismo de produção da saúde, viabilizando sua autonomia e também corresponsabilidade e participação coletiva como gestores da saúde (SAÚDE, 2013). Uma das formas de humanização do cuidado é através da equipe multiprofissional de saúde, pautada na necessidade de se lidar com a crescente complexidade do cuidado, possibilitando assim o alcance mais eficiente do indivíduo de forma integral, não dissociando suas necessidades de acordo com a atuação de um profissional da saúde específico (MACEDO, 2007).

A oportunidade de participar de uma ação multiprofissional ainda dentro do ambiente universitário, viabilizada pelo projeto Humaniza ILPI, possibilita a troca de conhecimentos entre os estudantes das mais diversas áreas, necessários para a construção do pensamento da saúde integral do indivíduo, entendendo o papel de cada profissional e suas formas de atuação. Além disso, a proposta humanizadora do projeto preconiza a valorização do indivíduo e suas vivências, pois não se busca apenas a aplicação do conhecimento teórico-prático aprendido na universidade, mas também se dá a devida importância ao acolhimento, o contato humano e criação de laços entre os alunos participantes e os residentes da ILPI, construindo futuros profissionais mais humanos e menos mecanicistas (CASATE; CÔRREA, 2012).

Assim, este projeto permite o crescimento dos discentes envolvidos mediante o processo educativo que articula o ensino, a pesquisa e a extensão, favorecendo ações concretas para efetivação do papel social da universidade. Com isso, busca-se a transformação do espaço de moradia e abrigo dos idosos a partir das mútuas experiências (discentes-residentes), que poderão vivenciar uma realidade externa à academia, atuando em prol da promoção da saúde dessa população, normalmente marginalizada e invisível à sociedade.

AGRADECIMENTOS

A todos que construíram, somaram e mantêm o “Humaniza ILPI” com tanto zelo e dedicação, transbordando carinho e cuidado, na certeza que os frutos visíveis permanecem e, consigo levam um novo olhar sobre o valor da vida, propagando a mudança que queremos ver no mundo.

“Sei que meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele, o oceano seria menor”.

(Madre Teresa de Caucutá)

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. de O. **Velhos institucionalizados: entre abafos e desabafos**. 2003. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ALENCAR, M. A. et al. **Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 4, p. 785–76, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n4/17.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

AMERICA, L. **Envelhecimento e proteção social: Aproximação entre Brasil, América Latina e Portugal**. p. 215–234, 2016.

ARAÚJO, A. P. X. de. **Envelhecimento X Institucionalização no município de Natal/RN: Os motivos do abrigo no Instituto Juvino Barreto**. 2013. 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: <<http://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/6704>>. Acesso em: 17 jul. 2018

ARAÚJO, C.; SOUZA, L.; FARO, A. **Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*; 1(2): [250-262], Jul-Dez. 2010.

AZEVEDO, L. et al. **Losses of functional capacity in elderly institutionalized in the city of Natal/ Rio Grande do Norte**. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 485–492, 2014. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3009/pdf_122>

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 17 jul. 2018.

BRASIL. Ministério Público do Rio Grande do Norte. Termo de Ajustamento de Conduta nº 2018/73841. **MPRN firma ajustamento com o Instituto Juvino Barreto visando melhorias na unidade**. 2018. Disponível em: <<http://www.mprn.mp.br/portal/inicio/noticias/8622-mprn-firma-ajustamento-com-o-instituto-juvino-barreto-visando-melhorias-na-unidade>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**. 1989 set. 27; Seção 1. p. 17297-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**.

1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CÂMARA, A. B. A. da. **A ARTE/EDUCAÇÃO DE IDOSOS NA INFORMALIDADE: uma proposta inter/transdisciplinar para o Abrigo Juvino Barreto.** 2015, p. 48. Monografia (Licenciatura em Artes Visuais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <<http://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1770>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** *R. Bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, p.233-235, 2010.

CAMPOS, G. W. D. S. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p. 398–400, 2005.

CARNEIRO, R. **O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade.** *Focus*, p. 363, 2012.

CARVALHO, L.; LIMA, V. DE. **ENVELHECIMENTO E GÊNERO : A VULNERABILIDADE DE IDOSAS NO BRASIL.** *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009.

CASATE, J. C.; CÔRREA, A. K. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação.** *Rev Esc Enferm USP*, Ribeirão Preto, v. 46, n. 1, p. 219-226, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2018

CASTRO, L. M. C. **A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadores.** In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 27., Caxambu, 2004. *Anais...* Caxambu: ANPEd, 2004. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/inicio.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2018

DANTAS, M. **Setembro cidadão realiza semana do idoso no Instituto Juvino Barreto.** 2017. Disponível em: <<https://marcosdantas.com/setembro-cidadao-realiza-semana-do-idoso-no-instituto-juvino-barreto/>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FAGUNDES, K. V. D. L. et al. **Entidades de larga permanencia como alternativa para acoger adultos mayores.** *Revista de Salud Pública*, Colômbia, v. 19, n. 2, p. 210–214, 2017. Disponível em: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41541>>

FERREIRA, L. L. et al. **Perfil Sociodemográfico E Funcional De Idosos Institucionalizados.** *Estudo Interdisciplinar Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 373–386, 2012. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105957176&site=ehost-live>>

GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira : um enfoque demográfico.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725–733, 2003.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas Sobre A Manipulação Da Identidade Deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: Ltc, 1988. 160 p.

GUIOMAR, V. C. R. V. **DIFERENÇAS DE GÊNERO NO VIVER E ENVELHECER.** p. 1–8, 2012.

HANSEN, A. W. et al. **Muscle strength and physical activity are associated with self-rated health in an adult Danish population.** *Preventive medicine*, v. 57, n. 6, p. 792–8, dez. 2013.

JEZINE, E. **As práticas curriculares e a extensão universitária.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos-pdf901/as-praticas-curriculares/as-praticas-curriculares.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018

LEGRAND, D. et al. **The relationship between grip strength and muscle mass (MM),**

inflammatory biomarkers and physical performance in community-dwelling very old persons. *Archives of gerontology and geriatrics*, v. 57, n. 3, p. 345–51, 2013.

LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. **Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil.** *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 1, p. 59–77, 2010.

MACEDO, P. C. M. **Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde.** *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 33-41, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005 **Diário Oficial da União**. 2005 set. 27.

MOITA, F. M. G. DA S. C.; ANDRADE, F. C. B. de. **Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação.** *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 269-280, Ago. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782009000200006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 jul. 2018

MOTTA, L. B. DA; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. DE. **A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1143–1151, 2008.

MOURA, E. C. DE et al. **Gender inequalities in external cause mortality in Brazil, 2010.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 779–788, 2015.

NASCIMENTO, C. R. M. do. **Idosos em situação de abrigo: uma análise sobre as vítimas de violência intrafamiliar.** 2012. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012. Disponível em: <<http://monografias.ufrn.br/jspui/handle/1/306>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

NAVEGA, M. T. **Comparação da qualidade de vida de mulheres pós-menopausa acometidas ou não por osteoporose e fratura do quadril.** Tese (Doutorado em Ciências Biológicas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007

NOVO JUVINO. (Natal/RN). **História.** novojuvino.blogspot.com: [s.n.], 2010. 1 p. Disponível em: <<http://novojuvino.blogspot.com/2010/12/historia-fundado-oficialmente-em-19-de.html>>. Acesso em: 17 jul. 2018

OLIVEIRA, P. B. De et al. **Health conditions of elderly residents in Long-stay Institution second basic human needs.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 2, p. 241–246, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7167.20140032>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

PINHEIRO, N. C. G. et al. **Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3399–3405, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103399&lng=pt&tling=pt>

PINTO, S. P. L. DE C.; SIMSON, O. R. DE M. VON. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 1, p. 169–174, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100018&lng=pt&tling=pt>.

RODRIGUES, A. L. L. et al. **Contribuições da Extensão Universitária na Universidade.** *Cadernos de Graduação- Ciências Humanas e Sociais*, Aracaju, v. 1, n. 1, p. 141-148, mar. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/494/254>> Acesso em: 18 jul. 2018

SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. de M. **Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 2, p. 259–272, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200259&lng=pt&tlng=pt>.

SILVA, J. D. A. et al. **Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 26, n. 4, 2013.

SUN, W. et al. **Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study.** *BMC public health*, v. 7, p. 297, 2007.

TAVARES NETO, O. **Contabilidade como instrumento de gerenciamento numa instituição sem fins-lucrativos: um estudo de caso no Instituto Juvino Barreto.** 2017. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis), Departamento de Ciências Contábeis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. . Disponível em: <<http://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/5965>>. Acesso em: 17 jul. 2018

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. DE; VIACAVA, F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006.

TRIBUNA DO NORTE. **Passeios e eventos para curtir com as mães: Juvino Barreto; Mães do Juvino.** 2018. Disponível em: <<http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/passeios-e-eventos-para-curtir-com-as-ma-es/412644>>. Acesso em: 20 jul. 2018

TROMPIERI, N. **O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO : AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES QUE ACONTECEM COM O IDOSO COM O PASSAR DOS ANOS.** *Revista Científica Internacional*, v. 1, p. 106–132, 2012.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. **Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade.** *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 225–233, 1987.

XAVIER, A. DA S.; KOIFMAN, L. **Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 973–984, 2011.

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA PARA O TRABALHO EM EQUIPE E A PRÁTICA COLABORATIVA: PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Dulcimar Batista Alves

UNIFESP – PPG Ensino em Ciências da Saúde –
Mestrado Profissional
São Paulo - SP

Rosana Aparecida Salvador Rossit

UNIFESP – PPG Ensino em Ciências da Saúde –
Mestrado Profissional
São Paulo - SP

RESUMO: As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Fisioterapia estabelecem o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e específicas durante a graduação e preveem uma formação que contemple as necessidades sociais da saúde, com ênfase no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, estimulando o pensamento crítico e reflexivo dos problemas da população assistida, propiciando valorização do conhecimento produzido nas unidades de saúde e articulando-o com o produzido na universidade. Em 2010 a Organização Mundial da Saúde reconheceu a importância da educação permanente dos profissionais de saúde, enfatizando a educação interprofissional, o trabalho em equipe e a prática colaborativa como formas de fortalecer sistemas de saúde, promover melhor resolutividade e qualidade na atenção às demandas. Mesmo estando presentes nos currículos de formação inicial dos fisioterapeutas não há garantias

da efetividade do trabalho em equipe e das práticas colaborativas nos cenários de prática. Partindo desta premissa, um “Guia de Preparo do Profissional de Saúde na perspectiva do Trabalho em Equipe e da Prática Colaborativa” foi elaborado como um material didático-pedagógico para subsidiar ações de Educação Permanente de Profissionais da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia, ensino, trabalho em equipe, prática colaborativa, competências

ABSTRACT: The Diretrizes Curriculares Nacionais for Physical Therapy Graduation Course is a curriculum guideline that lists general and specific skills and abilities to be developed by students during graduation. The document is substantiated on the perspective of social and healthcare needs, comprised by the Brazilian Public Health System Sistema Único de Saúde and aims to encourage critical thinking and productive reasoning based on the main public health issues, valuing practical knowledge regularly produced in health facilities that ought to be linked with the information produced at the University. In 2010 the World Health Organization recognizes that teamwork and collaborative practice can encourage better resolution, improve quality and strengthen health services. Regarding the development of skills and abilities for teamwork, it seems that even

being present during training, this does not guarantee the effectiveness collaborative work practices in clinical scenarios. Based on this premise, we have elaborated a “Guide of preparation for the Health Professional from the perspective of Teamwork and Collaborative Practice”, containing didactic-pedagogical material and suggestions for actions to support proposals for the Permanent Education of Health Professionals.

KEYWORDS: Physiotherapy, teaching, teamwork, collaborative practice, skills

1 | FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: A FISIOTERAPIA

De acordo com Seriano (2013), o ensino de graduação em fisioterapia no Brasil, durante muito tempo, foi baseado na aquisição de conhecimentos técnico-científicos a partir de disciplinas desarticuladas e com grande distanciamento entre a teoria e a prática. Este antigo modelo parece não ser mais capaz de formar o profissional com o perfil necessário para atuar na perspectiva da atenção integral à saúde, incluindo as ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

Faz-se necessário então aprofundar a discussão no que diz respeito às práticas educativas em saúde sob a perspectiva da integralidade e da interprofissionalidade.

Batista (2012) e Vilanova, Cardoso e Rossit (2016) afirmam que é importante frisar o momento que estamos em relação aos currículos dos cursos superiores em saúde. A implantação das DCN, promulgadas há mais de 15 anos, ainda é um desafio, especialmente quando são abordadas questões relacionadas a mecanismos efetivos de integração curricular; à aprendizagem compartilhada; à interdisciplinaridade; à diversificação dos cenários de prática e de aprendizagem; ao resgate da dimensão ética, humanista, crítico-reflexiva e cuidadora do exercício profissional e à articulação com o SUS. Torna-se, também, desafiador para as Universidades garantir uma concepção ampliada de saúde e focar no trabalho em equipe e na integralidade do cuidado como direcionadores da formação profissional em saúde.

Della Barba et al. (2012) referem que a partir das experiências iniciadas nas áreas de enfermagem, medicina e odontologia, fomentadas com o objetivo de incentivar as transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para uma abordagem integral do processo de saúde-doença, outros cursos na área da saúde no Brasil iniciam seus movimentos dentro da perspectiva de maior integração ensino-serviço e comunidade. Ressaltam que as políticas de saúde são indutoras de mudanças na formação dos profissionais de saúde, apontando para a implementação de currículos integrados e voltados às demandas da população.

Cyrino e Toralles-Pereira (2004), também destacam a necessidade de mudança na educação de profissionais da saúde e as dificuldades da formação em corresponder às demandas sociais. Dentre os desafios desse processo de mudança está a dificuldade em romper com os modelos de ensino tradicional, de transmissão de informações, para um modelo capaz de formar profissionais com competências para lidar com as

relações humanas no cuidado à saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área da saúde apontam para a necessidade de currículos integrados que tenham como embasamento um conjunto de áreas de competências articuladas, indicando que o projeto político pedagógico além de ser construído coletivamente, deve ser fundamentado na interdisciplinaridade, bem como valorizar as dimensões éticas e humanistas, promover a inserção de docentes e estudantes em serviços existentes nas localidades, fortalecer a parceria ensino-serviço e promover a diversificação de cenários (BRASIL, 2002).

Implementar uma prática baseada em um currículo integrado exige a descentralização da lógica disciplinar e um redimensionamento da importância de suas disciplinas para se considerar a importância contextualizada às necessidades da profissão.

A fisioterapia é um dos cursos da área da saúde que passa por este processo de mudanças, em busca da adaptação dos currículos para formar profissionais aptos a trabalhar em sintonia com as demandas do e para o Sistema Único de Saúde (SUS).

As DCN para o ensino de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002) foram promulgadas com a finalidade de estabelecer a organização curricular das Instituições de Ensino Superior (IES) e definir princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas para aplicação, em âmbito nacional, na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia.

Rocha et al. (2010) relatam a importância das DCN para o Curso de Fisioterapia, assim como da grande maioria dos cursos da saúde, pois foram construídas coletivamente com a participação de coordenadores de curso, docentes e estudantes. Discutidas nas bases e, com a participação destacada da Rede Unida e gestores de IES, as DCN propõem uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitando o egresso para atuar no SUS em todos os níveis de atenção, com base no rigor científico e intelectual e propondo como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades.

Orientadas por habilidades e competências, essas Diretrizes tornaram-se desafio para as IES, no sentido de compor currículos capazes de integrar, com igual força, aspectos das Ciências da Vida e da Saúde; aspectos político-filosóficos e humanísticos; aspectos técnico-profissionais e pedagógicos. A demanda imposta pelas DCN de considerar as demandas do SUS e o contexto social brasileiro tem requerido o domínio de novas habilidades, de forma que, ao abordar os conteúdos relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, conduzam para práticas integrais no fazer fisioterapêutico, levando a mudanças significativas no campo das práticas assistenciais e relacionais do fisioterapeuta, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e contando com a participação da comunidade (ROCHA et al. 2010).

Considerando que o SUS emprega um grande contingente de trabalhadores em saúde e tendo como premissa que a formação do fisioterapeuta deve contemplar competências e habilidades para o trabalho integrado e atender às demandas de saúde da população, surge a inquietação em relação ao tipo de formação oferecida para atuarem no atual cenário de saúde.

A demanda que a integralidade na formação e na atenção lança para o contexto “ensino” passa pelo reconhecimento de que os cursos de graduação na área de saúde estão relacionados ao cumprimento de uma dada função social e não só às necessidades de mercado. Este contexto pressupõe uma reformulação nas matrizes curriculares para muito além da retirada ou aglutinação de disciplinas, propondo o desafio de uma nova construção epistemológica para os saberes da saúde. Numa organização curricular orientada por competências vimos a urgente necessidade de fundamentação política-humanística e social; mudanças na matriz de conteúdos integrando-os; redistribuição equilibrada, de fato, entre teoria e prática; metodologias ativas, novos cenários de aprendizagem, entre outros fatores. (ROCHA et al. 2010).

Também contemplada pelas DCN com o intuito de desenvolver competências e habilidades gerais do fisioterapeuta está a educação permanente. Desta forma, preveem que o profissional deve aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo interprofissional, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Profissionais formados nessa perspectiva, e que conhecem o sistema de saúde brasileiro e as políticas de saúde, frequentemente adotam uma postura de compromisso com este sistema e com a característica dos serviços, o que é importante para o seu efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Conforme descrito por Rodrigues (2008), as possibilidades de atuação do fisioterapeuta caminharam no sentido de se adequarem à política pública de saúde preconizada pelo SUS, destacando-se a valorização da prevenção e promoção de saúde, a busca da equidade e maior resolutividade dos atendimentos prestados.

Isso nos remete à reflexão em relação a real preparação dos fisioterapeutas inseridos no mundo do trabalho no que diz respeito às competências e habilidades específicas de maneira que possam estar preparados para atuar em equipe, no sentido de proporcionar a integralidade no cuidado e a atenção centrada no paciente e primar pela qualidade da assistência e a resolutividade das demandas de saúde.

A iniciativa da Medicina em rever e publicar suas novas DCN (Brasil, 2014) influenciou as demais profissões da saúde nessa mesma direção. Neste documento, destaca-se o reconhecimento do trabalho em equipe como uma das competências a serem desenvolvidas na formação dos profissionais da medicina, durante sua graduação. No que se refere à ‘organização do trabalho em saúde’, destaca-se o

desenvolvimento do trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, no sentido de suplantar a fragmentação do processo de trabalho em saúde. Outro aspecto destacado refere-se à 'promoção da construção e socialização do conhecimento' com a troca de saberes, tanto com as pessoas sob cuidado quanto com responsáveis, familiares e outros profissionais, considerando o interesse de cada segmento no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde e, também, oferecer estímulo à construção coletiva de conhecimentos no processo de trabalho.

Recentemente, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) instituiu a Comissão de Análise e Reformulação das DCN dos cursos de graduação em Fisioterapia por meio da Portaria nº 45/2016 (BRASIL, 2016) composta por fisioterapeutas docentes indicados pelo COFFITO e Associações Estaduais de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO). Essa Comissão junto aos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) vem promovendo debates e proposições para a realização de Fóruns Estaduais em todo o país e oficinas, com o objetivo de produzir conhecimentos para a composição das novas Diretrizes para a formação em Fisioterapia. De maneira a articular a produção de conhecimento com os conceitos fundantes subsidiam a reestruturação das DCN: elencar competências e seus desdobramentos para o ensino em Fisioterapia com base no conceito ampliado de saúde, conhecer e compreender as realidades formativas de Fisioterapia no Brasil e as necessidades advindas destas e redigir um relatório relativo às proposições oriundas das Oficinas relacionadas às novas DCN.

No sentido de melhor compreender as repercussões da formação profissional com vistas ao trabalho em equipe e prática colaborativa dos fisioterapeutas atuantes em serviços de atenção e recuperação à saúde, foi desenvolvido um **Guia de Preparo do Profissional de Saúde para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa** originado da pesquisa "Percepção de fisioterapeutas sobre a formação profissional para o trabalho em equipe e a prática colaborativa" desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS).

A partir da percepção dos fisioterapeutas atuantes em serviços de atenção e recuperação à saúde, e na expectativa de poder contribuir com a Educação Permanente na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa, foi elaborado este Guia a ser disponibilizado em mídia eletrônica contendo material didático-pedagógico e sugestões de ações que possam subsidiar propostas de formação em serviço.

Ciamponee Peduzzi (2000) descrevem que o trabalho em equipe é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, de forma que torna-se premente construir um novo pensar e um novo fazer nessa prática, reunindo alta complexidade de saberes articulando o desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes por parte de

todos os profissionais, o que constitui um verdadeiro desafio.

Fortuna et al. (2005, p. 264) conceituam o trabalho em equipe como “*uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais*”. As autoras destacam a dinâmica grupal das equipes e propõem o reconhecimento e a compreensão desses processos grupais pelos seus integrantes como forma de construir a própria equipe, concebendo o trabalho em equipe como as relações que os trabalhadores constroem no cotidiano do trabalho. Cotidiano que implica em tarefas visíveis (explícitas) e tarefas invisíveis (implícitas), em simplesmente atender uma demanda (dor de cabeça = analgésico) ou encaminhando as pessoas para outros serviços, ou ainda, conhecer as famílias assistidas e identificar, com elas, suas necessidades e como o modo de viver afeta sua saúde.

Seguindo a reflexão de Fortuna et al. (2005) as equipes e os grupos são espaços onde acontecemos, existimos, criamos e satisfazemos necessidades, porém, é preciso considerar que, quando estamos num grupo, vivemos o conflito entre ser indivíduo e ser grupo, ou estar indivíduo e estar grupo, fazer ou não parte da equipe, o que pode levar a um medo do que desconhecemos, medo da perda da individualidade, e isso gera uma certa ansiedade. Envolve mudanças que ao mesmo tempo desejamos e tememos. Mudanças requerem novas adaptações e novas aprendizagens.

A importância do trabalho em equipe também é apontada por outros pesquisadores (REEVES, 2016; BATISTA e BATISTA, 2016) que enfatizam a situação atual da colaboração interprofissional no mundo, identificando os mecanismos que resultam no trabalho em equipe colaborativo bem-sucedido e delineando uma série de itens para a ação que os formuladores de políticas podem instituir no sistema de saúde.

Reeves (2016) em seu trabalho de síntese de revisões a respeito de experiências em Educação Interprofissional (EIP) no mundo todo, conclui que este tipo de formação pode ter resultados positivos em relação à reação dos participantes, atitudes, conhecimento/habilidades, comportamentos e prática, assim como benefícios na atenção ao paciente e nos resultados das práticas de saúde.

Batista e Batista (2016) reiteram a importância da formação de profissionais de saúde melhor preparados para práticas compartilhadas, resultante de um trabalho em equipe comprometido com a integralidade no cuidado. Afirmam que suas vivências como educadores da área da saúde, inseridos numa experiência inovadora de formação interprofissional em um *campus* de expansão de uma universidade pública federal da região sudeste do Brasil, os inspiram a continuar o debate sobre uma formação coadunada com o SUS, em defesa da vida e de uma educação emancipatória. Neste preâmbulo, concluem que, baseados nestas experiências, em suas leituras e nas ideias de Paulo Freire, acreditam em como a EIP (des)revela uma potência de sintonia com as demandas sociais na consolidação do SUS e na integração ensino/serviço/comunidade.

As políticas de educação e saúde integradas podem se converter em oportunidades

para que os profissionais de saúde adquiram experiência interprofissional ajudando-os a aprender as habilidades necessárias para se tornarem parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática. A EIP e a prática colaborativa maximizam os pontos fortes e as habilidades dos profissionais de saúde, permitindo que atuem em sua máxima capacidade, além de potencializar o desenvolvimento de habilidades de comunicação, aumentar a capacidade de análise crítica e possibilitar que os profissionais aprendam a valorizar os desafios e benefícios do trabalho em equipe, promovendo respeito entre os profissionais de saúde, eliminando estereótipos prejudiciais e evocando a prática da ética focada no paciente (OMS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2010) reconhece a importância do trabalho em equipe e da prática colaborativa no sentido de fortalecer os sistemas de saúde e promover melhor resolatividade e qualidade dos serviços em saúde.

[...] as evidências de pesquisa e a experiência demonstraram que uma abordagem baseada no trabalho em equipe para a prestação da atenção à saúde maximiza os pontos fortes e as habilidades de cada profissional de saúde contribuinte. Isso aumenta a eficiência das equipes ao reduzir a duplicidade de serviços, promover padrões de referenciamento mais frequentes e adequados, maior continuidade e coordenação da atenção à saúde e tomada de decisão colaborativa com pacientes (p. 21).

O documento da OMS (2010) fornece estratégias e ideias sobre a EIP na saúde e a prática colaborativa eficaz e aponta que:

[...] há evidências suficientes de que esta estratégia inovadora desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde [...] ao mesmo tempo poderá fortalecer os sistemas de saúde e promover a melhoria dos resultados na saúde. (p.7)

[...] tanto no ambiente de assistência a condições agudas como no de atenção primária à saúde, os pacientes relatam maiores graus de satisfação, melhor aceitação da assistência prestada e melhoria de resultados de saúde após tratamento por uma equipe colaborativa. (p. 18)

A OMS (2010) define ‘profissional’ como indivíduos com conhecimento e/ou habilidades para contribuir com o bem-estar físico, mental e social de uma comunidade e que a “*educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde*” (p.08) e afirma que:

[...] Um profissional de saúde “colaborativo preparado para a prática” é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim.

[...] a prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços. (07)

Reeves afirma que a EIP “oferece aos estudantes oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades

necessárias em um trabalho coletivo” (p. 186).

Ainda não há consenso sobre o melhor momento para implementar as aprendizagens compartilhadas no processo de formação profissional. Há pesquisas indicando que este modelo de formação para o trabalho em equipe deve ser instituído desde o início da graduação, no sentido de desempenhar o papel de diminuir os efeitos negativos da socialização profissional, como por exemplo, os estereótipos hostis. Em contraste, outras pesquisas têm sugerido que a EIP após a graduação é mais eficaz, pois os participantes possuem uma melhor compreensão de sua própria identidade profissional e do seu papel (REEVES, 2016).

Ocorrendo na formação inicial ou na educação permanente, a EIP pode ser aplicada em uma variedade de cenários: programas de treinamento básico, programas de pós-graduação, desenvolvimento profissional contínuo e aprendizado para a melhoria da qualidade dos serviços (OMS, 2010).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica que pode contribuir para a organização dos serviços, na medida em que propicia um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras, além de propiciar transformação tanto nos processos formativos quanto nas práticas pedagógicas e de saúde (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente também é uma questão contemplada pelas DCN quanto às competências e habilidades gerais do fisioterapeuta e afirma que o profissional deve aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2002).

Segundo Ceccim e Ferla (2009) é preciso entender a Educação Permanente ao mesmo tempo como uma prática de ensino e aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Como prática de ensino e aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. E como política de educação na saúde envolve a contribuição do ensino à construção e fortalecimento do SUS.

O SUS tem assumido um papel fundamental na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, através de propostas e de organização, o que tem provocado importantes mudanças não somente nas estratégias, mas também nas formas de ensinar e aprender. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2004) foi constituída para ser uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para a transformação e qualificação das práticas, para a organização das ações e dos serviços de saúde, com os processos formativos e com as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento

dos trabalhadores em saúde.

A Educação Permanente, vista como aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e do processo de trabalho, tem por objetivos: transformar as práticas institucionais, melhorar a qualidade da atenção e da assistência em saúde, comprometer a equipe com seu processo de trabalho e com a comunidade e melhorar as relações nas e entre as equipes de trabalho Baseia-se nas necessidades das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2004).

A implementação da PNEPS inclui adequá-la às distintas lógicas e especificidades com a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras. Como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS, deveria incluir cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores das três esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal) além de discutir e avaliar os processos e desdobramentos de sua implementação para realizar ajustes necessários, incluindo a descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária (BRASIL, 2006).

A efetivação desta Política é um desafio, pois envolve várias esferas de comprometimento, com a interação entre: o Ministério da Saúde, no sentido de formular a política nacional de desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde; as instituições de ensino superior, no sentido de oferecer o espaço tradicional de formação teórica; as Secretarias Estaduais de Saúde, com o papel de constituir a rede de gestão e de atenção em saúde e de identificar necessidades da formação, mobilizar a capacitação em serviço e a produção e disseminação de conhecimento; além da esfera municipal, a partir da descentralização, com a função de administrar grande parte das unidades de saúde e em especial as unidades da Atenção Básica.

Nesse contexto emerge uma questão: Como possibilitar que os profissionais de saúde continuem seu processo formativo alinhado às demandas dos sistemas e serviços de saúde?

A partir deste referencial teórico-conceitual e metodológico apresenta-se uma proposta de Educação Permanente em Saúde com a descrição de encontros formativos na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa.

2 | PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM EQUIPE E DA PRÁTICA COLABORATIVA

Público alvo: Todos os profissionais que compõem o trabalho na instituição/ serviço de saúde.

Proposta: Todos os profissionais que compõem a equipe são “convidados” a

participar deste processo de ensino-aprendizagem.

Periodicidade: Uma vez por semana, durante 90 minutos.

Quantidade de Encontros: 11 (de acordo com o número de integrantes na equipe)

Uma semana antes do primeiro encontro serão disponibilizados os textos: 'Marco para a ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa' (OMS, 2010) e 'ABC do SUS - Doutrina e Princípios' (BRASIL, 1990) para leitura que instrumentalizará os participantes para as reflexões e ações de formação.

Ação 1: Apresentação dos integrantes da equipe

Material necessário: bola de plástico

Proposta: Jogar uma bola com os participantes dispostos em círculo.

Rodada 1: O indivíduo fala o seu nome (ou como gosta de ser chamado) e a sua profissão.

Rodada 2: O indivíduo fala o que mais gosta de fazer.

Rodada 3: Contar sobre uma potencialidade que possui ou gostaria de desenvolver.

Encontro 1: Os participantes dispõem-se em um círculo e um dos participantes inicia a rodada inicial jogando uma bola para outro indivíduo que está no círculo. O indivíduo que recebe a bola seguirá as seguintes instruções: Fala o seu nome (ou como gosta de ser chamado) e a sua profissão. O "jogo" prossegue até que todos os participantes tenham se apresentado. Repete-se o mesmo processo para as rodadas 2 e 3. Ao final pode-se encerrar oferecendo a oportunidade para, o participante que quiser, comentar o processo vivenciado.

A justificativa para a realização desta ação é favorecer a horizontalização das relações.

O objetivo desta ação é que os integrantes da equipe possam ter a oportunidade para um momento informal de apresentação, visando a integração de maneira que possa partir da especialização profissional na direção do favorecimento do contato humano.

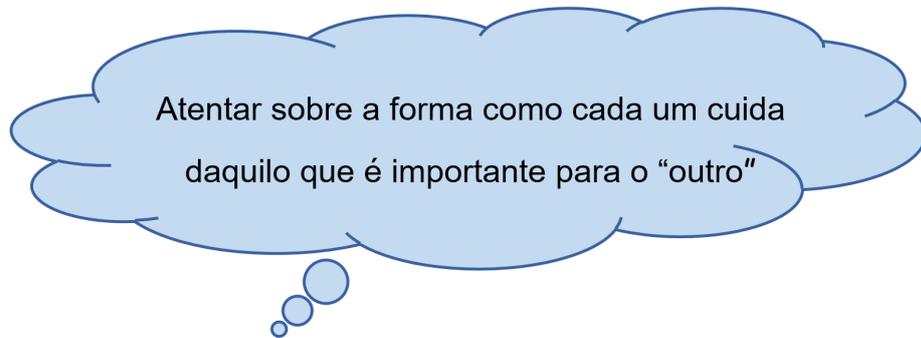
Segundo Fortuna et al. (2005), à medida que integrantes de uma equipe se vinculam, se conhecem, se aceitam, isso favorece a compreensão de suas diferenças e semelhanças de um modo mais "inteiro". A percepção destas dificuldades e facilidades em diferentes intensidades serão manifestadas em distintos momentos. Vão então rodiziando papéis, trocando saberes, construindo-se como equipe.

Ação 2: Levantamento das dificuldades do grupo que vai ser trabalhado (habilidades e competências) e agregar conceitos sobre trabalho em equipe e a prática colaborativa

Material: bexigas vazias, papel e caneta.

Proposta: Escrever num papel uma competência (uma palavra) que considere importante para o trabalho em equipe e a prática colaborativa, dobrar o papel. Encher um balão inflável e colocar o papel dentro.

Encontro 1: Dinâmica em grupo: Começar brincando com o próprio balão e depois soltar os balões de modo que cada um 'cuide' do balão de outra pessoa.



Tempo: aproximadamente 3 minutos

No final estourar as bexigas e conversar sobre o conteúdo das palavras escritas nos papéis.

Basear-se no texto Marco para a ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (OMS, 2010) para, a partir do conhecimento de cada profissional, refletir sobre as competências elencadas e agregar conceitos relativos ao tema.

Encontro 2: Refletir sobre o “impacto” de cuidar do que é “do outro” focando na Atenção Centrada no Paciente e na Integralidade no Cuidado. Elencar junto ao grupo as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho para a implementação/aperfeiçoamento do trabalho em equipe e da prática colaborativa.

A justificativa para esta ação é fazer um levantamento das dificuldades do grupo que vai ser trabalhado quanto às habilidades e competências a serem vivenciadas para sensibilizar os profissionais e despertar interesse sobre o tema (trabalho em equipe e prática colaborativa) e sobre o “cuidar do que é importante para o outro”.

“Para que os profissionais de saúde efetivamente colaborem e melhorem os resultados na saúde, dois ou mais deles, com diferentes experiências profissionais, devem em primeiro lugar ter oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si” (OMS, 2010).

O objetivo desta ação é possibilitar o levantamento das dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional para o trabalho em equipe e a prática colaborativa a partir da percepção dos profissionais, identificando competências relevantes para esta modalidade de trabalho, além de construir conceitos sobre o tema.

Ação 3: Construir um cenário de prática colaborativa

Material necessário: materiais recicláveis de todo tipo, tesouras, colas e tintas providenciados pelo coordenador das ações.

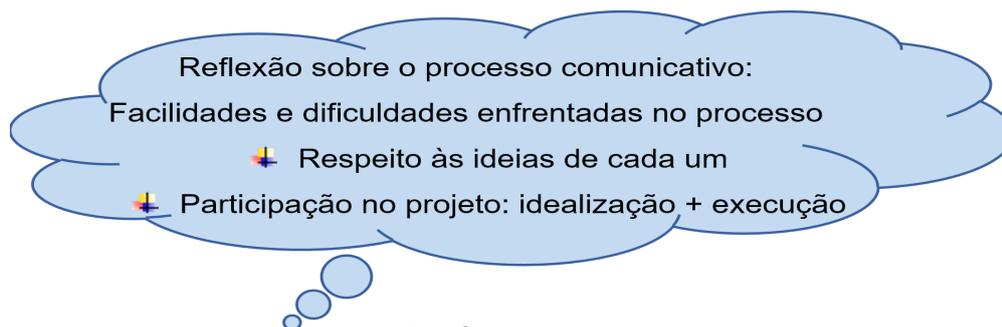
Proposta: Oficina com material reciclado

Encontro 1: Forma-se um grupo com diferentes profissionais (dividir em grupos com número de participantes iguais) e propõe-se a idealização de um “cenário de prática colaborativa” e a construção do cenário idealizado por todos os participantes do grupo. Atentar para a divisão de tarefas para que todos tenham semelhantes oportunidades de expor suas ideias e discutir sobre a construção do “cenário”.

Encontro 2: Construção do cenário de prática com material reciclado.

Encontro 3 e 4: Cada grupo apresenta sua experiência e a ideia que construíram

juntos para o cenário de prática colaborativa, comentando sobre todo o processo, desde a reflexão até a execução e o objetivo da proposta.



A justificativa para esta ação é oferecer oportunidades para que os profissionais de saúde vivenciem uma experiência interprofissional ajudando-os a reconhecer as habilidades necessárias para se tornarem parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática (OMS, 2010).

O objetivo desta ação é conscientizar os profissionais de saúde a respeito da importância do trabalho em equipe e da prática colaborativa.

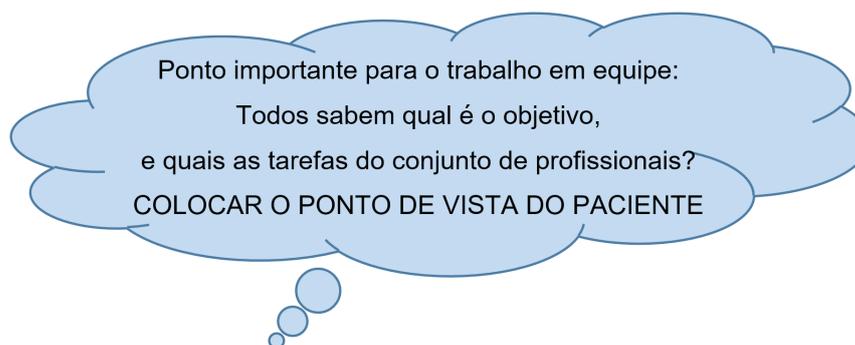
Ação 4: Atuação uniprofissional e prática colaborativa

Material necessário: Prontuário de um paciente

Proposta: Divide-se a equipe em grupos de profissionais contendo pelo menos um profissional de cada área.

Encontro 1: Separa-se um prontuário para cada grupo que deverá realizar a discussão do caso e posteriormente realizar a apresentação do caso mostrando a atuação isolada de cada profissional e uma proposta de prática colaborativa.

Encontro 2: Apresentação do caso (um encontro para cada grupo)



A justificativa para esta ação está no documento Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa que reconhece que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e com dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde não atendidas. (OMS, 2010)

O objetivo para esta ação é a valorização de cada profissional, propiciando oportunidades para o conhecimento da atuação de cada área profissional, bem como suas potencialidades e limitações para lidar com determinada necessidade relativa ao processo saúde-doença do paciente. Além disso, favorecer a prática colaborativa direcionando o foco para o paciente, vislumbrando outras formas de abordagem podendo considerá-lo como um todo e não como um ser fragmentado.

Ação 5: Grupo GV/GO a partir das vivências de prática colaborativa

Material necessário: Nenhum

Proposta: A partir das vivências anteriores os profissionais já estarão mais familiarizados entre si, o que poderá facilitar a comunicação e o diálogo. Poderão estar mais “abertos” a críticas e sugestões, “mais generosos” ao fazer críticas e mais abrangentes e assertivos em suas sugestões.

Encontro 1: Esta é uma técnica que requer que o grupo seja dividido em dois subgrupos, sentados em dois semicírculos.

O grupo de verbalização (GV) debate o tema: Prática Colaborativa no ambiente de trabalho durante 15 minutos e o grupo de observação (GO) observa sem fazer nenhum comentário, mas podendo fazer anotações. No segundo momento, o grupo que era GV troca de posição tornando-se GO e o que era GO se desloca para GV. Num terceiro momento os dois subgrupos apresentam as suas conclusões.

Baseado em Masetto (2003), a justificativa para esta ação é construir mecanismos que favoreçam a implementação da prática colaborativa.

Exemplos desses mecanismos foram divididos em três temas (OMS, 2010): mecanismos de apoio institucional exemplo: modelos de governança, protocolos estruturados, recursos operacionais compartilhados, políticas de pessoal, práticas gerenciais de apoio); mecanismos de cultura de trabalho (exemplo: estratégias de comunicação, políticas para resolução de conflitos, processos para tomada de decisões compartilhada) e mecanismos de ambiente (exemplo: ambiente construído, instalações, projeto do espaço).

O objetivo para esta ação é proporcionar aos profissionais um espaço para reflexão, oportunidade real para “colocar-se” como membro de uma equipe, para falar sobre as potencialidades e dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional e sugestões para aperfeiçoar as práticas sob a perspectiva da atenção centrada no paciente e na integralidade do cuidado.

Ação 6: Roda de conversa

Material necessário: Nenhum

Proposta: Momento de refletir sobre as vivências e repensar o modelo de assistência.

Encontro 1: Propor uma reflexão a respeito das vivências no sentido de repensar o modelo de assistência e redimensionar os conceitos de Integralidade e Atenção Centrada no Paciente, a partir de um “outro” olhar.

A justificativa para esta ação é que entendendo como trabalhar de forma interprofissional, possam retornar ao cenário de prática como membro da equipe de prática colaborativa.

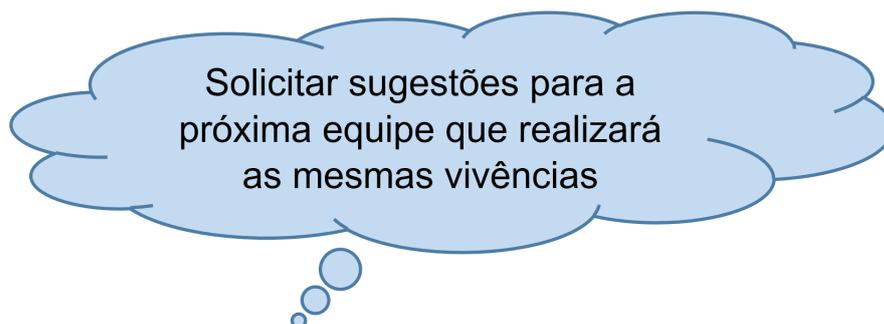
O objetivo para esta ação é que a EIP e a prática colaborativa maximizam os pontos fortes e as habilidades dos profissionais de saúde, permitindo que atuem em sua máxima capacidade, além de potencializar o desenvolvimento de habilidades de comunicação, aumentar a capacidade de análise crítica e possibilitar que os

profissionais aprendam a valorizar os desafios e benefícios do trabalho em equipe, promovendo respeito entre os profissionais de saúde, eliminando estereótipos prejudiciais e evocando a prática da ética focada no paciente (OMS, 2010).

Ação 7: Avaliação do impacto da educação interprofissional nos resultados na saúde e prestação de serviços

Material necessário: Nenhum

Proposta: Solicitar aos participantes que escrevam num papel a influência (ou não) das experiências vivenciadas em suas práticas, sem que seja necessário que se identifiquem.



Encontro 1: Solicitar aos participantes que escrevam num papel a influência (ou não) das experiências vivenciadas em suas práticas, sem que seja necessário que se identifiquem.

Ler alguns relatos e finalizar com um “*Brain Storm*” a respeito das vivências ao longo das últimas semanas e solicitando sugestões para a próxima equipe que realizará as mesmas vivências. .

A justificativa para esta ação é “avaliar” o processo educativo/vivencial.

O objetivo para esta ação é obter um feedback dos profissionais a respeito do “impacto “ das vivências nos cenários de prática e no modelo de atenção.

A OMS (2010) indica os seguintes benefícios:

Benefícios educacionais da EIP: os profissionais apresentam experiências do mundo real e *insights*; trabalhadores de diversas profissões contribuem com o desenvolvimento do programa; os profissionais aprendem sobre o trabalho de outros profissionais.

Benefícios para as políticas de saúde: melhoria das práticas e produtividade no ambiente de trabalho; melhoria dos resultados dos pacientes; aumento da confiança dos trabalhadores da saúde; melhoria da segurança dos pacientes; melhoria do acesso à assistência de saúde.

Com esta proposta de plano de ação, espera-se que profissionais de saúde possam, sensibilizados com a necessidade de Educação Permanente, multiplicar e disseminar ações dessa natureza; como uma estratégia de formação e aprimoramento das práticas em saúde na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa, da integralidade no cuidado e do fortalecimento do SUS do nosso país.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Cadernos FNEPAS**, v.2, Jan. 2012.
- BATISTA, N.A; BATISTA, S.H.S.S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface**, Botucatu, vol.20, n.56, p.202-204, Mar. 2016.
- BRASIL. **ABC do SUS. Doutrina e Princípios**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, 1990. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf> Acesso em jul.2016.
- BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em fisioterapia**, 2002. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>> Acesso em jan. 2014.
- BRASIL. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Brasília, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf> Acesso em ago.2016.
- BRASIL. **Pacto pela saúde**. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em ago.2016.
- CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde – **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** – Organizado por PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F., Rio de Janeiro, 2ª ed. 2009.
- CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.53, 2000.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido** - Rio de Janeiro, 17ª ed., Ed. Paz e Terra, 1987.
- FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, mar/abr. 2005.
- MASETTO, M.T. Docência universitária: repensando a aula. In: Teodoro A, Vasconcelos ML. organizadores. **Ensinar e aprender no ensino superior**. São Paulo, Ed. Mackenzie-Cortez, p. 79-108, 2003.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Marco para ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**, 2010. Disponível em <www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf> Acesso em jan.2014.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface**, Botucatu, v.20, n.56, pp.185-197. Mar.2016.
- ROCHA, V.M et al. As Diretrizes Curriculares e as Mudanças na formação dos profissionais fisioterapeutas. **Fisioterapia Brasil**, Belo Horizonte, v.11, n.5, set/out 2010. Anais do XX Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e II Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva - Suplemento Especial - Disponível em <http://www.crefito5.org.br/wp-content/uploads/2010/09/Fisioterapia-v11n4_Suplemento-Abenf_.pdf> Acesso em jul.2016.

A IMPORTÂNCIA DOS ESTÁGIOS OBSERVACIONAIS PARA OS DISCENTES DO PRIMEIRO PERÍODO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

Danyelle Nóbrega de Farias

FACENE- Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança

João Pessoa - Paraíba

Dyego Anderson Alves de Farias

FACENE- Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança

João Pessoa - Paraíba

Irlanna Ketley Santos do Nascimento

FACENE- Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança

João Pessoa - Paraíba

Luiza Beatriz Bezerra da Silva

FACENE- Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança

João Pessoa - Paraíba

Brisdeon Bruno Silva de Alencar

FACENE- Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança

João Pessoa - Paraíba

Hanna Louise Macedo Marinho

FACENE- Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança

João Pessoa - Paraíba

RESUMO: O objetivo do estudo é discutir a relevância dos estágios observacionais no início da formação de discentes do curso de Fisioterapia. A experiência refletiu o olhar dos discentes do primeiro período do curso de

Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, submetidos a estágios observacionais nos três níveis de atenção à saúde: Unidade de Saúde da Família, ambulatório de Fisioterapia e serviço hospitalar. Os resultados obtidos com esta experiência foram satisfatórios, pois cumpriram o objetivo de aproximar o estudante da realidade da profissão escolhida, auxiliando na compreensão das diferentes teorias que regem o exercício profissional, como também ampliando o olhar sobre os diversos campos de atuação do fisioterapeuta.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Ensino. Estágio.

ABSTRACT: The objective of the study is to discuss the relevance of the observational stages at the beginning of the training of students of the Physiotherapy course. The experience reflected the view of the students of the first period of Physiotherapy course of the Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, submitted to observational stages in the three health care levels: Family Health Unit, Physiotherapy outpatient clinic and hospital service. The results obtained with this experiment were satisfactory, since they fulfilled the objective of bringing the student closer to the reality of the chosen profession, assisting the understanding of the different theories that govern the professional

exercise, as well as broadening the view on the physiotherapist's various fields of action.

KEYWORDS: Physiotherapy. Teaching. Internship.

1 | INTRODUÇÃO

A fisioterapia pode ser definida como a ciência que estuda, diagnostica, previne e recupera pacientes com distúrbios cinético-funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, provenientes de alterações genéticas, traumas e por doenças adquiridas (PINHEIRO, 2016). A formação do fisioterapeuta deve contemplar o estudo das ciências biológicas e da saúde, ciências sociais e humanas, biotecnologia e conhecimentos fisioterapêuticos nos âmbitos teórico e prático (BRASIL, 2002). Estes conhecimentos devem estar relacionados com ao processo saúde-doença, interagindo na problemática cotidiana da sociedade, propondo soluções dentro dos parâmetros éticos e bioéticos, promovendo a integralidade do cuidado.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Fisioterapia (2002) em seu Artigo 7º destacam:

A formação do Fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2002).

As Instituições de Ensino Superior (IES) deverão criar meios para o cumprimento efetivo da carga horária prática, ressaltando que o exposto se refere à carga horária mínima, que pode ser ampliada para o aprimoramento da formação. Os estágios (práticos e/ou observacionais), monitorias e projetos de extensão são exemplos de mecanismos práticos.

O estágio tem por objetivo aproximar o discente da realidade de sua área de formação e auxiliar a compreender diferentes teorias que regem o exercício profissional. Estes devem compreender intervenções no âmbito preventivo, curativo e reabilitador, contemplados todos os níveis de atenção à saúde (VIANA et al, 2012).

As IES visando um melhor aproveitamento e rendimento dos alunos desde o início do curso passaram a introduzir estágios observacionais em suas ementas. Dessa forma, o discente passa a vivenciar a prática do trabalho do fisioterapeuta de forma precoce, ampliando o olhar sobre a profissão e permitindo esclarecer dúvidas que muitas vezes só eram possíveis nos estágios em períodos avançados. Nesse sentido o objetivo do estudo é discutir a importância dos estágios observacionais no início da formação de discentes do curso de Fisioterapia

2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Como parte integrante das disciplinas Introdução a Fisioterapia e Integração Ensino, Serviço e Comunidade, os discentes do primeiro período do curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE em João Pessoa-PB, realizaram visitas para acompanhamento da rotina de funcionamento de Unidades de Saúde de Família, Centro de Reabilitação e de serviço hospitalar de alta complexidade, com foco na atuação do fisioterapeuta componente do serviço.

O estágio observacional no Centro de Reabilitação permitiu aos discentes o conhecimento do ambiente de trabalho de uma clínica de Fisioterapia, em especial no atendimento de usuários com comprometimentos osteomioarticulares. Foram discutidas as principais patologias e o perfil dos usuários do serviço, além da visualização dos recursos e técnicas utilizados pelos fisioterapeutas na avaliação, diagnóstico e tratamento dos pacientes. A visita também permitiu a reflexão dos assuntos ministrados em sala de aula, o contato com o paciente, a visualização das relações entre profissionais e ainda, o contato com o prontuário.

Na visita ao serviço de Atenção Básica, os discentes acompanharam a rotina de Unidades de Saúde da Família (USF) com foco na atuação do fisioterapeuta componente do serviço. Dentre as atividades vivenciadas, destacam-se o conhecimento da equipe de saúde da família, o papel dos profissionais, área de abrangência da unidade e o perfil dos usuários. Na USF foi possível visualizar o trabalho interdisciplinar e a atuação do fisioterapeuta com ênfase na prevenção e promoção da saúde, em contraponto com o estágio observacional no serviço de reabilitação.

Além disso, os discentes participaram de forma ativa de grupos de idosos, através da orientação sobre a importância da atividade física na terceira idade, realização de alongamentos e atividades lúdicas, respeitando as limitações de cada participante e sob a supervisão do docente e dos profissionais da USF. Entre as atividades lúdicas destacam-se o jogo de memória no qual os próprios participantes faziam parte do jogo, musicoterapia e dança. Como também, a utilização da argila, visando o estímulo à concentração e as artes manuais através da produção de “esculturas” que remetiam ao passado. Por fim, no encerramento dos grupos houve um momento de partilha entre discentes, profissionais e usuários.

No serviço de alta complexidade, foi possível acompanhar o trabalho do fisioterapeuta em um hospital de referência em traumatologia e ortopedia. Inicialmente os discentes receberam orientações sobre o funcionamento do serviço, setores, perfil dos pacientes e a importância do uso dos equipamentos de proteção Individual. Em seguida os fisioterapeutas do serviço do realizaram atendimento a pacientes internados no setor da enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foi possível a visualização de técnicas fisioterapêuticas de reabilitação motora e respiratória em pacientes acometidos por traumas principalmente decorrentes de acidentes automobilísticos. A visita também permitiu o contato com os pacientes e a reflexão sobre a situação

na qual os mesmos vivenciam no momento, além da importância da Fisioterapia na reabilitação dos mesmos.

3 | IMPACTOS

As vivências apresentadas introduziram nos discentes uma noção da atuação do fisioterapeuta no mercado de trabalho contemplando os três níveis de atenção à saúde, ou seja, temas trabalhados desde a condução de um grupo em uma USF a discussão de um caso complexo em uma UTI.

A diversificação dos cenários de prática é uma estratégia que aproxima os discentes do cenário prático e da vida cotidiana da população, desenvolvendo um olhar crítico que permita a resolução de problemas reais (PIMENTEL et al, 2015). Essa diversificação deve ocorrer em níveis crescentes de complexidade acompanhando a evolução do curso.

Os estágios observacionais no início da graduação são estímulos aos discentes criando desde o início do curso um ambiente familiar para o futuro profissional, gerando confiança e instigando escolhas. As visitas proporcionaram um aprendizado acerca do universo da fisioterapia e das áreas de atuação e pôde-se vivenciar as ações do fisioterapeuta não apenas voltadas a cura e reabilitação mas também ações de prevenção e de promoção da saúde, o que faz ampliar o olhar sobre a profissão.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação adequada de profissionais em qualquer área do conhecimento é dependente de uma vivência prática de qualidade, portanto é imprescindível proporcionar ao discente um contato precoce com o futuro ambiente de trabalho, recursos e o público alvo.

De acordo com o exposto, é possível perceber a importância dos estágios observacionais para os discentes desde o início do curso. Esse tipo de experiência permite uma familiarização com o ambiente que irão se deparar no futuro e quanto mais cedo este contato ocorre melhora adaptação, tendo em vista que a maioria dos estudantes adentra nas universidades com uma ideia muito vaga sobre a realidade e desafios da profissão.

Houve um enriquecimento no que diz respeito à formação acadêmica e pessoal, com o compartilhamento de saberes e trocas de experiências entre profissionais, discentes e a integração com os usuários dos serviços.

Portanto, essa prática deve ser cada vez mais incentivada e aprimorada nas IES, observando-se a relevância que este tipo de atividade traz aos discentes, gerando uma maior confiança em sua escolha profissional, além de suprir os anseios dos iniciantes e incentivar a escolha de uma futura especialidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mar. 2002.

PIMENTEL, et al. Ensino e Aprendizagem em Estágio Supervisionado: Estágio Integrado em Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v39, n 3, p.352-358, 2015.

PINHEIRO, G. B. Introdução à fisioterapia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VIANA et al. O estágio extracurricular na formação profissional: a opinião dos estudantes de fisioterapia. Revista Fisioterapia e Pesquisa, v 19, n 4, p 339-344, 2012.

A RODA DE DIÁLOGO COMO METODOLOGIA ATIVA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kaliny Oliveira Dantas;

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Daiana de Sousa Manguiera

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Dailton Alencar Lucas de Lacerda

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Edilane Mendes de Lima

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Inaldo Barbosa da Silva

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

João Dantas de Oliveira Filho

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Jordânia Abreu Lima de Melo

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Mariele Sousa Marques

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Michelle Martins Duarte

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Rafaela Alves Dantas

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-
PB

Thyala de Fátima Bernardino Amorim

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-

PB

RESUMO: **Introdução:** A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia ético-político-pedagógica que objetiva qualificar a atenção à saúde, a partir de processos contínuos e sistemáticos educacionais para o Sistema Único de Saúde, visando melhorar a qualidade do serviço e atender as necessidades da população. **Descrição da experiência:** Esta experiência ocorreu no período de 20/04/2017 a 18/05/2017, envolvendo estagiários, usuários e trabalhadores da Unidade Integrada de Saúde da Família de João Pessoa. Uma vez por semana eram realizadas *rodas de diálogos temáticas* onde *questões geradoras* sugeriam temas concernentes às necessidades dos usuários durante o acolhimento no serviço de saúde. As falas dos usuários eram transcritas durante o diálogo e em seguida digitalizadas. Posteriormente, os facilitadores/estagiários problematizavam, a partir das falas, *sistematizavam* todo processo e promoviam um *feedback* à equipe e usuários. **Impactos:** A formação fragmentada e reducionista, bem como a carência de experiências acadêmicas em espaços de promoção e prevenção à saúde, foram responsáveis em despertar uma certa insegurança nos estagiários. Contudo, notamos que quando se estabelece horizontalidade

no diálogo entre trabalhador e usuário, é possível alcançar a resolução das problematizações de forma eficaz. Observamos também que quando as mudanças são implementadas de maneira vertical, não se consegue atender as reais necessidades dos usuários, interferindo até na qualidade dos serviços. **Considerações finais:** A *roda de diálogo* apresenta-se como espaço de construção conjunta para resolubilidade das necessidades de saúde individuais e coletivas, bem como estratégia eficaz para promoção da educação permanente em saúde a medida que conduz os sujeitos a problematização e aprendizagem significativa através da reflexão crítica dos problemas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: educação continuada, sistema único de saúde, saúde da família, metodologias ativas.

ABSTRACT: Introduction: The Permanent Education in Health is an ethical-political-pedagogical strategy that aims to improve health care, based on intersectoral health practices, aiming to improve the quality of service and meet the needs of the population.

Description of the experience: From April 20, 2017 to May 18, 2012, a dialogue session was held once a week with trainees, users and employees of the Integrated Family Health Unit (IFHU) in João Pessoa. The generative themes have arisen through questions concerning the reception of health services. The user's speeches were transcribed during the dialogue and then scanned. Subsequently, the trainees did a joint reflection to, from the lines, to problematize the themes and to produce a significant systematization of the learning. **Impacts:** The fragmented and reductionist training, as well as the lack of academic experiences in spaces of promotion and prevention to health, were responsible in awakens a certain insecurity in the trainees. However, we note that when horizontality is established in the dialogue between professional and user, problem-solving can be effectively achieved. We also note that when changes are implemented vertically, they can not meet the real needs of the community, even interfering with the quality of services. **Final considerations:** The dialogue wheel presents itself as a joint building space for solving individual and collective health needs, as well as an effective strategy to promote permanent health education, as it leads subjects to problematization and meaningful learning through reflection critical of health problems.

KEY WORDS: continuing education, single health system, family health, active methodologies.

INTRODUÇÃO

De acordo, com a *concepção freiriana*, o processo de educar desenvolver-se-ia por meio da comunicação horizontalizada, respeitosa, que transmitiria confiança entre as partes, de modo a despertar a criticidade, a esperança, a fé e a confiança no outro e no mundo, características essas necessárias para compreender o mundo em toda a sua complexidade, diversidade e conflitos. Na perspectiva problematizadora, o saber popular se imbrica ao saber científico de saúde para formar um novo saber,

que resultará na compreensão do que é a saúde, doença, autocuidado, qualidade, vida e outros, de forma ampliada e contextualizada, levando em conta a compreensão estrutural dos seus reais problemas sociais (Freire, 2003, Quaresma, 2010).

Buscando promover e incentivar esse tipo de compreensão na atenção à saúde, foi implantada, em fevereiro de 2004, através da Portaria nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), na qual o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação de seus recursos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial.

Na prática da EPS, principalmente no contexto da atenção primária e Unidades de Saúde da Família (USF), são muito utilizadas metodologias ativas que, segundo FARIAS (2015), deixam o ambiente ativo, dinâmico e construtivo influenciando positivamente na aprendizagem, criatividade e autonomia de educadores e educandos. Entre elas, temos o exemplo das *rodas de diálogo*, que se configuram como espaços de discussão, entre gestores, usuários e trabalhadores e favorecem a produção de subjetividade, fortalecendo o trabalho em equipe e a gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando assim um potencial transformador às práticas de saúde, por promover o compartilhar de informações e a participação popular (CARDOSO, 2012).

Portanto, o uso de estratégias dialógicas e problematizadoras no contexto da educação em saúde, podem trazer resultados positivos aos usuários, aos trabalhadores de saúde, e ao próprio SUS. Visto que, aos olhos da população, torna-se um método educativo mais convidativo e acolhedor, por meio do qual conseguem reconhecer a importância de sua participação nos processos de construção e resolução de problemas no âmbito da saúde. E aos educadores em saúde, os permite aproximar-se da realidade dos usuários, ouvindo suas dificuldades e necessidades coletivas, construindo vínculos, adquirindo novos conhecimentos, o que favorece um cuidado em saúde resolutivo e integral como sugere as diretrizes do nosso SUS.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

No período de 20/04/2017 a 18/05/2017, uma vez por semana, era realizada uma roda de diálogo com estagiários do curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, usuários, e trabalhadores de saúde na recepção de uma Unidade Integrada de Saúde da Família (UISF) do município de João Pessoa.

A atividade acontecia durante o acolhimento e durava em torno de 30 a 40 minutos, consistindo de uma apresentação inicial de cada usuário seguida de um diálogo onde tratamos de temas como: *a criação e os benefícios que trouxe o SUS à população, a informação nos serviços de saúde, política nacional de humanização, o*

papel da participação popular no controle social, o acolhimento na USF e, o acesso aos serviços de saúde. Os temas geradores surgiram tanto dos próprios usuários, quanto dos estagiários através de questões geradoras, possíveis de ser perfeitamente compreendidas por todo público.

Em todas as rodas obtivemos uma boa participação dos usuários, sempre muito interativos, apesar de ocasionalmente surgirem distrações na recepção enquanto a atividade acontecia. Os profissionais da equipe também apoiaram nossa iniciativa, porém, poucos chegaram a participar das rodas devido a necessidade de dar prosseguimento às suas atividades de trabalho. Apesar disso contamos com a participação frequente dos agentes de saúde que muito contribuíram nas nossas discussões trazendo esclarecimentos importantes aos usuários.

As falas dos usuários eram transcritas durante o diálogo e em seguida digitadas no WORD™. Posteriormente os estagiários faziam uma reflexão conjunta para, a partir das falas obtidas a cada roda de diálogo, problematizar as temáticas e produzir uma *sistematização* significativa da aprendizagem.

IMPACTOS

Em uma formação universitária fragmentada e reducionista que supervaloriza a assistência curativa, e na carência de experiências acadêmicas voltadas para uma aprendizagem dialógica em espaços de promoção e prevenção à saúde, acreditar que uma roda de conversa possa vir a trazer algum tipo de contribuição na formação de um graduando em saúde, pode parecer duvidoso. Porém para os estudantes que vivenciaram essa experiência, não restam dúvidas que esse tipo de metodologia favorece a ampliação dos olhares para promoção e humanização do cuidado em saúde, como observamos nos diários de campo de alguns estagiários:

“Fazer parte desta ação me fez enxergar a realidade social como de fato ela é. Como há carência de informação para os usuários que quase sempre não sabem dos seus direitos, nem dos tantos programas e benefícios que o nosso sistema de saúde oferece a população.” – Acadêmico 1

“[...] ouvir as pessoas naquela roda, me possibilitou entender que as histórias e os relatos ali narrados não são queixas e/ou simples falas de sujeitos revoltados com um sistema de saúde falho, mas são suas próprias histórias de vida, que devem e precisam ser respeitadas.” – Acadêmico 2

Na experiência com esse tipo de metodologia, os acadêmicos também tiveram a oportunidade de pensar seu papel como educadores em saúde como futuros fisioterapeutas. Percebemos que a educação em saúde que se transforma em práxis é aquela que parte de uma construção compartilhada do conhecimento e que para realiza-la é necessário que o profissional esteja livre de conceitos pré estabelecidos e abrir mão do ideal da superioridade do conhecimento científico.

“[...] conversar com os usuários nos amplia a visão de forma que passamos a enxergar esses usuários como atores da própria história, e não apenas como

meros espectadores. [...] ao invés de apenas passar o que aprendemos na academia podemos unir o conhecimento popular ao nosso, e assim pensar em ações acessíveis e possíveis aos usuários.” – Acadêmico 3

Através das rodas, observamos que quando se estabelece horizontalidade no diálogo e os profissionais e gestores estão empenhados em compreender o usuário, considerando legítimas suas indignações, é possível construir caminhos mais eficazes para resolução das situações limites que se apresentam no contexto da USF. Foi o que relatou outro acadêmico:

“[...] quando as mudanças são implementadas de maneira vertical, elas não conseguem atender as reais necessidades da comunidade podendo até repercutir de forma negativa na qualidade dos serviços.” – Acadêmico 4

Rodas de diálogo são construídas a partir de desabafos, sugestões, dúvidas, anseios, trocas de saberes, onde cada sujeito narra seu próprio discurso, por meio da qual também é possível realizar uma escuta qualificada não apenas no âmbito individual como também do coletivo, das necessidades de saúde comuns àqueles usuários.

Pelo exercício do diálogo, através das rodas de conversa, os acadêmicos puderam compreender a importância da empatia e da humanização para que o usuário sintasse acolhido pelo profissional de saúde:

“[...] pude compreender que muitas vezes o sujeito se dirige até uma unidade de saúde em busca de alívio para dores físicas, muitas vezes voltam pra casa com dores na alma, porque simplesmente não lhe deram voz, nem respostas a perguntas simples [...] escutar o outro e tratá-lo com humanização não irá sarar as dores físicas desses sujeitos, todavia a dor da alma será amenizada.” – Acadêmico 5

“[...] os sujeitos precisam de respostas objetivas, resolutivas, e acima de tudo um cuidado humanizado. É possível falar um “não” humanizado, basta entender e se colocar no lugar do outro que está por trás do balcão [...]” – Acadêmico 6

Além da transformação do entendimento a respeito da educação em saúde, participar das rodas de diálogo proporcionou aos acadêmicos mudanças em aspectos de suas personalidades como autoconfiança, protagonismo e criatividade, que refletem em uma postura profissional adequada aos trabalhadores de saúde, como se observa em alguns relatos:

“Inicialmente protagonizava a atividade com certa insegurança, medo de não saber o que dizer, de sermos ignorados, etc.. Mas com o passar do tempo fui adquirindo segurança, e pude desenvolver minha criatividade e capacidade de tomar iniciativas.” – Acadêmico 5

“Ademais, me ajudou a superar a minha timidez para falar com uma grande quantidade de pessoas, me deixando mais desinibida e preparada para conduzir outras ações durante o estágio.” – Acadêmico 7

“[...] após vivenciar a roda de conversa, com usuários do serviço de saúde, me sinto um profissional mais preparado para lidar com as pessoas. Isso me deixa mais seguro caso eu venha a trabalhar em uma USF futuramente.” – Acadêmico 2

A partir dessa experiência e relatos mencionados, podemos perceber a importância da inserção de metodologias ativas aplicadas à *educação em saúde* no contexto da formação no sentido de preparar profissionais para um modelo de atenção mais participativa no SUS. Pois favorecem o desenvolvimento da autonomia e empoderamento tanto dos usuários quanto dos trabalhadores, promovendo a corresponsabilidade, fortalecimento do controle social e melhor qualidade do cuidado em saúde que se configuram objetivos da política nacional de educação permanente no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A roda de diálogo se mostra como espaço de construção conjunta para resolubilidade das necessidades de saúde individuais e coletivas, bem como estratégia eficaz para promoção da educação permanente em saúde a medida que conduz os sujeitos a problematização e aprendizagem significativa através da reflexão crítica dos problemas em saúde implicando em uma ação verdadeiramente resolutive. O envolvimento dos estudantes em espaços que o permitam participar das práticas estabelecidas pelas políticas públicas do SUS é de suma importância, pois possibilita que o mesmo amplie a visão quanto sua futura prática profissional, orientando-a para total implementação dos princípios do SUS. Porém, ainda são poucas as experiências desse tipo na formação e no cotidiano dos trabalhadores de saúde, o que sugere maior divulgação desses métodos através de sua inserção nas disciplinas dos cursos, e qualificação por parte do corpo docente, no âmbito da formação, e dos gestores e profissionais de saúde no âmbito da assistência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CARDOSO, I.M. “**Rodas de Educação Permanente**” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.1, p.18-28, 2012.
- FARIAS, P.A.M.; MARTIN, A.L.A.R.; CRISTO, C.S. **Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percorso Histórico e Aplicações**. *Rev. bras. educ. med.*, vol.39, n.1, pp.143-150, 2015.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- QUARESMA, A.G. **Formação Humana, Conhecimento e Complexidade: uma nova pedagogia para uma nova humanidade**. IN: XAVIER, C.C.; JESUS, R.M. *Educação, Cultura e Complexidade: diálogos Brasil-Cuba*. Belo Horizonte: ARGUMENTVM, 2010.

A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vivianne de Lima Biana Assis

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Curso de Fisioterapia, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e de Políticas Públicas (NUCISP) – Maceió - AL

Ana Raquel de Carvalho Mourão

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Curso de Fisioterapia, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e de Políticas Públicas (NUCISP) – Maceió - AL

Vanessa Lôbo de Carvalho

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Curso de Fisioterapia, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e de Políticas Públicas (NUCISP) – Maceió – AL

Isabella Natália Rocha da Silva

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Curso de Fisioterapia, – Maceió – AL

Adriana de Oliveira Bezerra

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Curso de Fisioterapia, Maceió – AL

RESUMO: A atenção primária a saúde constitui-se no primeiro nível da assistência, sendo uma forma de intervenção precoce. A saúde se constitui como um campo complexo, e as ações desenvolvidas com a equipe integrada possibilitam reconhecer e propor soluções para os problemas em conjunto com outros profissionais, fazendo com que cada um tenha uma visão ampla e diferenciada sobre

o problema. **Descrição da Experiência:** Em cumprimento ao estágio supervisionado os acadêmicos, sob supervisão docente, planejam e executam de forma integrada e interdisciplinar, com os cursos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, as atividades educativas e de atendimento domiciliar. São desenvolvidas atividades com: a) grupos educativos voltados a saúde do homem, gestante e crianças; b) salas de espera; c) grupos de práticas corporais com mulheres; d) atendimento integrado domiciliar para acamados ou pacientes com dificuldades de locomoção; e) seminários; f) supervisão e planejamento das atividades. Todas as atividades são previamente planejadas pela equipe e possibilitam a aproximação entre os cursos e o estreitamento dos laços da comunidade. **Impacto:** A vivência interdisciplinar na comunidade é uma experiência única, que estreita as relações interprofissionais e estimula o olhar integral a saúde. A relação horizontalizada com a comunidade fortalece o vínculo e promove a assistência humanizada, reforçando o olhar ampliado a saúde. **Considerações Finais:** O estágio supervisionado integrado proporciona uma vivência interdisciplinar, rompendo as barreiras entre os cursos e despertando no acadêmico o olhar ampliado à saúde. Assim é possível perceber o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar nos cuidados em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Relações Interprofissionais, Saúde Pública.

ABSTRACT: Primary health care is the first level of care and is a form of early intervention. Health is a complex field, and the actions developed with the integrated team make it possible to recognize and propose solutions to problems together with other professionals, making each one have a broad and differentiated view of the problem. **Experience Description:** In compliance with the supervised internship, the students, under the supervision of the teaching staff, plan and execute in an integrated and interdisciplinary way, with the courses of Speech and Hearing Therapy and Occupational Therapy, educational activities and home care. Activities are developed with: a) educational groups focused on the health of men, pregnant women and children; b) waiting rooms; c) groups of corporal practices with women; d) integrated home care for bedridden or patients with locomotion difficulties; e) seminars; f) supervision and planning of activities. All activities are previously planned by the team and allow the approximation between the courses and the closer ties of the community. **Impact:** The interdisciplinary experience in the community is a unique experience that narrows interprofessional relationships and stimulates the integral approach to health. The horizontal relationship with the community strengthens the bond and promotes humanized assistance, reinforcing a broader view of health. **Final Considerations:** The integrated supervised stage provides an interdisciplinary experience, breaking the barriers between the courses and awakening in the academic the enlarged look at health. Thus it is possible to perceive the recognition of the importance of interdisciplinary work in health care.

KEY WORDS: Primary Health Care, Interprofessional Relations, Public Health.

INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva constitui um campo científico onde estão inseridas as profissões de saúde e o setor saúde propriamente dito. É possível descrevê-la como um campo amplo de prática, de formação recente, mas de raízes históricas importantes (NUNES, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2017, atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Assim, são reconhecidas outras estratégias de

Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos, desta forma o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) constitui-se uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A saúde se constitui como um campo cada vez mais complexo, e tanto o aprofundamento dos conhecimentos científicos quanto os avanços técnicos não são suficientes para satisfazerem esta complexidade do ser humano. Nesse contexto, a interdisciplinaridade se apresenta como uma possível alternativa contra o isolamento em sua área de saber, e além de possibilitar o diálogo e a abordagem do homem em sua amplitude, objetiva a superação das fronteiras entre as disciplinas e cede lugar aos benefícios de uma nova prática e conceito de saúde (GUEDES; JÚNIOR, 2010).

Em meio às necessidades de saúde fazem-se essencial a mudança nos currículos dos cursos de Fisioterapia, com conceitos e práticas relacionados ao planejamento, promoção de saúde e prevenção de doenças, utilizando-se tecnologias eficazes e metodologias de ensino-aprendizagem que devem ir além aos espaços acadêmicos, a fim de chegar às necessidades de saúde da população.

A diversificação dos cenários é compreendida como uma das estratégias para a transformação curricular. Essa estratégia aproxima os discentes da vida cotidiana das pessoas e desenvolve olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população. Os cenários de aprendizagem não devem se restringir a locais de desenvolvimento de práticas profissionais como espaços físicos de trabalho, mas, sim, representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas (FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007).

Comprometida com a Transformação social a Saúde Coletiva é composta por três eixos disciplinares: Ciências Sociais, que refere-se a valorização da determinação social dos processos saúde, doença e cuidado; Epidemiologia e Planejamento, que investiga os determinantes de saúde-doença, analisa a situação de saúde, propõe medidas de intervenção e avalia o efeito dessas ações e de suas tecnologias; e Gestão das Políticas de Saúde operacionaliza as redes de serviços e ações de saúde como base no conhecimento social e epidemiológico (BISPO JUNIOR, 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde de 2001 e 2002 sustentam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, reafirmando a prática de orientação para o Sistema Único de Saúde. Reforçando ainda que, sobre as mudanças curriculares, a universidade é responsável por formar profissionais que estabeleçam uma relação de reciprocidade com a sociedade (CECCIM; FEUERWEKER, 2004).

Sabemos que a Universidade exerce um papel fundamental, visto que enquanto instituição social, ao mesmo tempo em que transforma a realidade, é transformada por ela, compartilhando as contradições da sociedade e produzindo suas próprias contradições. Rozendo *et al* (1999) sustenta que, as práticas pedagógicas realizadas em

seu interior, são reflexo da sociedade, espelhando a complexidade da dinâmica social e da interação humana. Assim acreditamos que trabalho interdisciplinar representa uma estratégia dialógica interprofissional na busca do olhar integrado do sujeito. As ações desenvolvidas com a equipe integrada possibilitam reconhecer e propor soluções para os problemas em conjunto com outros profissionais, fazendo com que cada um tenha uma visão ampla e diferenciada sobre o problema.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Em cumprimento ao estágio supervisionado – Saúde e Sociedade, os acadêmicos do último ano do curso, sob supervisão docente, planejam e executam de forma integrada e interdisciplinar, com os cursos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, as atividades educativas, atividades de práticas corporais e de atendimento domiciliar.

São desenvolvidas atividades com: a) grupos educativos voltados a saúde do homem, gestante e crianças; b) salas de espera; c) grupos de práticas corporais com mulheres; d) atendimento integrado domiciliar para acamados ou pacientes com dificuldades de locomoção; e) seminários; f) supervisão e planejamento das atividades.

As atividades são planejadas e elaboradas de forma interdisciplinar por graduandos dos referidos cursos. Para estimular o olhar ampliado à saúde, os alunos recebem um Protocolo de Planejamento contendo os seguintes itens: Descrição da Atividade, Local, Público Alvo, Objetivos, Estratégia Utilizadas, Materiais e Resultados Esperados. Além de identificarem aspectos envolvidos nas atividades, tais como: Aspectos Físico, Motor e Cinesiológico; Cognitivo e Perceptivo-Sensorial; Psíquico-emocional e Sócio Cultural. Após discussão e planejamento integrado, os discentes executam as atividades propostas.

Quando em um determinado setor são desenvolvidas ações por uma equipe de saúde na construção de planos e estratégia com a finalidade de ações em atividades para grupos variados em uma comunidade, mostrando assim resultados positivos em campo, sendo assim segundo Campos e Guerreiros (2008) expõem seus pensamentos mostrando que os saberes específicos bem como os domínios técnicos de cada profissional atuando em conjunto em torno de um único objetivo de trabalho, constituem não só o campo, mas leva a qualidade diferenciada de vida para toda a população.

As atividades em grupos estimulam a socialização, interação e possibilita condições de sensibilizar o usuário para uma nova perspectiva de vida. Deste modo, o estágio de Fisioterapia - saúde e sociedade - integrado aos cursos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional realiza atividade em grupos educativos voltados a saúde do homem (imagem 1 e 2), gestante e crianças (imagem 3) são realizados semanalmente em espaços comunitários, unidade de saúde e creche escola. Assim, considerando o público alvo, os discentes utilizam-se de diversas estratégias educativas, tais como: roda de conversa, jogos educativos, peças teatrais, dentre outros.

São utilizadas temáticas referentes ao dia-a-dia da comunidade, o grupo de homens, por exemplo, é formado por pescadores da comunidade. Deste modo os estagiários abordam temas referente as principais queixas destes grupo de usuários, tais como: o estresse, seus benefícios e malefícios e como lidar com ele e doenças relacionadas à chuvas e enchentes e como evita-las ou trata-las, sempre com uma abordagem descontraída e de fácil compreensão, trazendo para mais perto daquele público a educação em saúde.



Imagem 1: Grupo de Homens realizado na balança dos pescadores

Fonte: Arquivo Pessoal



Imagem 2: Grupo de Homens realizado na Colônia Z2 dos pescadores

Fonte: Arquivo Pessoal



Imagem 3: Grupo de crianças realizado na creche escola do bairro.

Fonte: Arquivo Pessoal.

As salas de espera (imagem 4) ocorrem diariamente e são desenvolvidas na unidade de saúde da família (USF) em conjunto com a equipe da unidade. Para tal, os discentes elaboram um calendário com as temáticas que serão abordadas na semana e utilizam-se de rodas de conversa e jogos educativos afim de estimular a participação dos usuários.

A escolha do que é abordado durante a sala de espera se contextualiza com o momento do ano em que a ação se realiza, para que a temática seja mais atraente ao usuário, exemplos de como se dão as propostas para a abordagem nesse ambiente é: utilizar temáticas referentes à cuidados com fogos e queimaduras durante o São João, temáticas referentes à doenças causadas pela chuva durante o inverno, além de considerar as campanhas do ministério da saúde.

Como forma de fixação do conteúdo apresentado são utilizados elementos lúdicos para facilitação do aprendizado do público alvo. É de extrema importância a presença de elementos lúdicos como cartazes, panfletos e jogos associados ao tema, utilizando sempre linguagem de simples compreensão e figuras que contribuam com a conscientização.



Imagem 4: Sala de Espera realizada na Unidade de Saúde.

Fonte: Arquivo Pessoal

No grupo de práticas corporais com mulheres (imagem 5 e 6) são realizadas atividades como: auto-alongamento, atividades que trabalham esquema e imagem corporal, lateralidade, equilíbrio e memória. Antes e após a execução da atividade, são aferidas as pressões arteriais e realizado o monitoramento das mesmas. Além de orientações educativas, com enfoque de prevenção e promoção de saúde. Vale ressaltar que, para realização das ações interdisciplinares, os alunos possuem um tempo para realizar o planejamento integrado, por meio do debate e preenchimento de um protocolo de análise e planejamento das ações a serem executadas no grupo.

O Grupo de mulheres proporciona um bom momento para apresentar temáticas por meio de jogos e gincanas, trabalhando a educação em saúde junto com o aprendizado corporal, ganhando um elemento especial para fixar o conteúdo de maneira mais divertida e eficiente para o público alvo. Um dos temas trabalhados com esse método

de abordagem “Prevenção e cuidados com Dengue, Chikungunya e Zika vírus”, por meio de um *quiz* simples, qual foi feita perguntas com alternativas de verdadeiro ou falso, foi utilizado exercícios de cognição e esquema corporal, previamente combinados com as participantes, que fossem equivalentes a resposta escolhida (por exemplo, agachamentos, sequências de aplausos ou de batidas de pés no chão). Após o grupo de mulheres ser dividido em equipes e as questões previamente elaboradas, com linguagem simples e de fácil compreensão, anunciadas pela equipe multidisciplinar, os grupos discutem a resposta entre si e a apresenta por meio das estratégias corporais equivalentes a cada resposta.

Vale ressaltar a importância do momento de acolhimento e agradecimento, antes e após a atividade, respectivamente. Nesses momentos, as mulheres da comunidade aproveitam para ler, ouvir ou distribuir mensagens e pensamentos positivos para suas companheiras e também para a equipe de saúde ali presente. Muitas das mulheres participantes do grupo são idosas, separadas, viúvas ou que não tem mais um contato afetivo com seu parceiro ou com seus filhos, que muitas vezes já moram em outra residência, com isso, relatam que o momento de diálogo e acolhimento proposto durante o grupo, são dos poucos que elas ainda conseguem vivenciar na sua rotina.



Imagem 5: Grupo de Mulheres realizado na quadra poliesportiva do bairro.

Fonte: Arquivo Pessoal.



Imagem 6: Atividade cognitiva realizada no Grupo de Mulheres.

Fonte: Arquivo Pessoal.

O atendimento integrado domiciliar para acamados ou pacientes com dificuldades de locomoção ocorrem duas vezes por semana e os casos acompanhados são discutidos em equipe e a conduta é elaborada de forma integrada, logo os discentes estudam e debatem com os supervisores do estágio o caso que será acompanhado e após compreender a realidade em que cada usuário está inserido estabelecem o plano terapêutico interprofissional de cada paciente.

Ao término de todas as atividades previstas os discentes se reúnem com os docentes, supervisores do estágio, para um momento de discussão e compartilhamento da experiência acerca das atividades executadas no dia (imagem 7 e 8). Assim são debatidos os pontos positivos e negativos percebidos, bem como são levantadas propostas de enfrentamento das dificuldades encontradas.



Imagem 7: Reunião de planejamento das atividades.

Fonte: Arquivo Pessoal.



Imagem 8: Reunião docente e discente.

Fonte: Arquivo Pessoal.

IMPACTOS ALCANÇADOS

Uma das principais funções da atenção básica é poder encadear desde a promoção em saúde na comunidade à reabilitação do paciente, sendo um dos principais fatores a constituição, conexão dos saberes e a interdisciplinaridade desenvolvida durante as práticas da atenção à saúde.

Vale ainda ressaltar que a relação incorporada entre o grupo interdisciplinar

e a comunidade se fundamenta no acolhimento da responsabilidade pelo cuidado completo e global ofertado a população, pode-se também ser definido como um vínculo longitudinal tanto no cuidado preventivo como no cuidado da doença (BRASIL, 2010).

Através do estágio supervisionado de fisioterapia – saúde e sociedade – é possível trazer para a sociedade uma nova base de prática da atenção à saúde, ou seja, levar a saúde para mais perto das famílias, melhorando o estilo e qualidade de vida dessa população. Desse modo o acadêmico desenvolve um perfil com características para atuar no sistema público de saúde trabalhando de forma intersetorial onde todos os cursos se integram para levar o melhor atendimento à comunidade.

Durante as práticas são desenvolvidas atividades interdisciplinar levando em consideração as necessidades coletivas e individuais, bem como a necessidade de cada família que recebe o atendimento domiciliar, sendo assim, toda equipe juntamente com os docentes, supervisores do estágio, conseguem desenvolver atividades embasadas na necessidade global da comunidade. Todo processo se articula através das reuniões que são realizadas com os acadêmicos dos cursos, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Basicamente o atendimento engloba desde as visitas domiciliares, atividades na creche, variados grupos educativos, grupo de práticas corporais e atividades individualizadas. Com a elaboração do plano de ação de cada curso é possível que cada graduando vivencie a experiência de atuar em várias atividades ofertadas na atenção básica à saúde de forma interdisciplinar, não só apenas compartilhando o conhecimento obtido durante a graduação, mas compartilhando e esclarecendo como a atuação do fisioterapeuta pode coadjuvar e contribuir para atender a necessidade que cada comunidade apresenta.

Em suma a ideia de compartilhar o conhecimento e o saber da equipe interdisciplinar na busca de resolver problemas clínicos e uma conscientização da comunidade é muito importante, pois dessa forma a contribuição prática que os acadêmicos e profissionais oferecem a população auxilio e agregação de um cuidado maior a saúde de todos na atenção básica (RODRIGUES, 2008).

A fisioterapia inserida no serviço de atenção primária à saúde não se limita apenas na visão reabilitadora, o fisioterapeuta tem a oportunidade de atuar de uma forma mais presente, ou seja, o terapeuta pode atuar de uma forma mais próxima a vivência que o paciente está inserido. Ampliando assim o foco dos serviços fisioterapêuticos que é oferecida a comunidade durante a atuação na atenção primária (RODRIGUES, 2008; BORGES et. al, 2010).

Na prestação à assistência na atenção básica de saúde todos os profissionais desenvolvem formas de estimular o desenvolvimento de vínculos que potencializa não apenas a conscientização e promoção em saúde, mas possibilitar um acompanhamento mais proximamente entre o profissional e o usuário fomentando assim uma reabilitação e conscientização mais eficaz em todo o tratamento (COSTA, 2009).

Percebe-se um estreitamento da relação interpessoal entre a comunidade e os estagiários. Os relacionamentos interpessoais, e sua inerente dimensão emocional, é crucial para a vida, pois são esses processos interativos que formam o conjunto de sistemas que a organizam. Leitão *et al* (2006) já consideravam que, as condições em que ocorrem tais relacionamentos definem a forma de convivência entre os seres humanos, que são seres de relações, e destes com a natureza. Fazem a diferença entre sofrimento e bem-estar e definem como a vida social é construída em seu cotidiano.

Durante o período de graduação, os profissionais em sua maioria, são educados em uma formação de atuação individual, com muitas barreiras relacionadas à multidisciplinariedade, um grande benefício observado nessa experiência é a possibilidade de quebrar o modelo individualizado imposto na grade curricular, trabalhando com uma perspectiva mais ampliada, sob uma visão que considera o conhecimento de cada especialidade e finaliza construindo estratégias e ações mais eficientes com o auxílio do recorte oferecido por cada profissão.

Os graduandos relatam diversas dificuldades na atuação integrada, dentre elas podemos citar: a compreensão da atuação de cada categoria profissional na atenção básica, adequar as atividades em grupo considerando as limitações físicas e cognitivas percebidas. Todavia, a atuação interdisciplinar através de planejamentos e troca de experiências proporciona uma melhor intervenção.

A comunidade, por sua vez, apresenta como grande impacto o fortalecimento da identidade local. A colaboração da equipe multiprofissional com essa aproximação se dá tanto devido às atividades propostas que, em sua maioria, apresenta um aspecto da cultura local agregado à sua realização, como também ao ato de ouvir e buscar compreender os aspectos locais quando relatados pela própria comunidade. Por meio destes é possível que seja feito o resgate das memórias, dos costumes, lugares e histórias que pertencem à população do Pontal da Barra.

Como aspectos positivos os discentes relatam uma maior interação entre os cursos, entre discentes e comunidades, discentes e docentes bem como compreendem e percebem a importância da atuação interprofissional nas ações realizadas.

CONCLUSÃO

O estágio supervisionado integrado proporciona uma vivência interdisciplinar, rompendo as barreiras entre os cursos e despertando no acadêmico o olhar ampliado à saúde. As atividades desenvolvidas reforçam o enfoque interprofissional na promoção de saúde e proporciona ganhos não apenas para os usuários, mas também, possibilita sensibilizar os alunos quanto à importância deste tipo de intervenção na atenção básica e quanto à responsabilidade compartilhada na saúde.

O poder de articular e discutir as ações e resultados de maneira multidisciplinar, permite que a atividade seja melhor executada e avaliada sob um olhar mais complexo e diverso, causando uma integração mais enriquecedora aos participantes, visto que

todos são trazidos para fora de sua zona individual de conforto e levados a conhecer e valorizar as outras especialidades ali presentes, resultando em um maior arsenal de resolutividade para os problemas exigidos pela comunidade alvo.

É possível perceber que o trabalho interdisciplinar proporciona um maior entendimento dos estagiários quanto à importância de ações de prevenção e promoção de saúde, estimulando ações integradas entre as profissões que atuam na atenção básica reconhecendo a importância do trabalho interdisciplinar nos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

BISPO JÚNIOR, J. P. **Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, fundamentos e desafios**. São Paulo :Hucitec Editora, 2013.

BORGES, A. M. P. et. al. **A Contribuição do Fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura**. UNICiências, v.14, n.1, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. Organizadores; autores Adriana Cosser. [et al.]. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 441p.

CECCIM, RB.; FEUERWEKER, LCM. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad. Saúde Pública, v. 20, nº 5, Rio de Janeiro, set./out, 2004, p.1400-1410.

COSTA, J. L. et. al. **A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários**. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 2-7, jan./jun. 2009.

FERREIRA, R.C; SILVA, R.F.; AGUER, C.B. **Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde**. Rev braseducmed, v. 31, n. 1, p. 52-9, 2007.

GUEDES, LE.; JÚNIOR, MF. **Relações Disciplinares em um Centro de Ensino e Pesquisa em Práticas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças**. Revista Saúde Sociedade, São Paulo, v.19, nº 2, jun, 2010, p. 260- 272.

LEITÃO, SP; FORTUNATO, G; FREITA, AS. **Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica**. Revista de administração pública. Rio de Janeiro, v.40, nº 5,.Set./Out. 2006, p. 883-907.

NUNES, ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S et al. (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Ed. Fiocruz, 2007.

ROZENDO, CA.; CASAGRANDE, LDR.; SCHNEIDER, JF.; PARDINI, JC. **Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde**. Rev.latino-am.enfermagem, , Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, abril 1999, p. 15-23.

RODRIGUES, R. M. **A Fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios**. Revista Perspectivas Online, v. 2, n. 8, 2008.

APRENDIZADO ALÉM DA CLÍNICA: IMPACTO DA PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Matheus Madson Lima Avelino

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Faculdade de Enfermagem – Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade. Mossoró – Rio Grande do Norte.

Marina Lyra Lima Cabral Fagundes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Fisioterapia – Programa de Pós Graduação em Fisioterapia. Natal – Rio Grande do Norte.

Bruna Raquel Araújo Honório

Secretaria Municipal de Saúde de São Bento do Norte, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. São Bento do Norte – Rio Grande do Norte.

Sâmara Raquel Alves Fagundes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Fisioterapia – Programa de Pós Graduação em Fisioterapia. Natal – Rio Grande do Norte.

Gilson José de Moura Filho

Graduado em Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal – Rio Grande do Norte

Vanessa Patrícia Soares de Sousa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. Santa Cruz – Rio Grande do Norte.

RESUMO: Este trabalho relata a experiência de discentes em fisioterapia, da Universidade

Federal do Rio Grande do Norte, durante o Estágio Supervisionado na Atenção Básica desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Brasília Teimosa, no município de Natal no Rio Grande do Norte, com o foco no aprendizado vivenciado pelos estudantes, dentro na perspectiva da educação baseada em competências. As atividades realizadas pelos discentes tiveram como base as demandas principais da comunidade e da UBS, relatadas pelas equipes de saúde e desenvolveram-se em quatro abordagens: saúde do trabalhador, visitas domiciliares, consultas compartilhadas e grupos operativos. As vivências ofertadas pela Atenção Primária à Saúde são positivas à formação, proporcionando a aquisição de competências e habilidades em promoção da saúde, através da inserção do estudante no cenário real de prática, bem como uma maior contextualização da formação com os problemas de saúde da população, contribuindo para uma formação em saúde com responsabilidade social.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária em Saúde, Fisioterapia, Educação Baseada em Competências, Promoção da Saúde

ABSTRACT: This study reports the experience of physical therapy undergraduate students during mandatory internship at Brasília Teimosa's Primary Care Unit (PCU) in Natal - Brazil, following the perspective of a competence-

based education. All the activities done by the students were based on the main demands from community and the PCU itself according to the health professionals team, resulting in four specific approaches: laborers care, home care, shared appointments and group orientations. The internship experience in Primary Health Care is certainly positive to physical therapy students' education once it provides the development of competences and abilities regarding health promotion through immersion in a real community scenario, as well as greater awareness about public health issues leading to an undergraduate formation with a better sense of social responsibility.

KEYWORDS: Primary Health Care, Physical Therapy Speciality, Competency-Based Education, Health Promotion,

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, a fisioterapia desenvolveu-se dentro da atenção terciária com o foco na cura e reabilitação de distúrbios musculoesqueléticos e suas sequelas (Bispo Júnior, 2009). Em geral, a prática fisioterapêutica limita-se à reprodução de técnicas com olhar voltado, apenas, para a capacidade física dos pacientes, eximindo-se de uma análise biopsicossocial do indivíduo. Isto levou à formação em fisioterapia a adotar um modelo curativo-reabilitador e privatista, o que se mostrou insuficiente para responder as demandas de saúde da população, que se modificaram em decorrência da transição demográfica e epidemiológica, bem como a reorientação dos sistemas de saúde, sinalizando assim uma reestruturação das práticas profissionais e redefinição de seu campo de atuação (Bispo Júnior 2009; Bispo Júnior, 2010).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o fisioterapeuta pode inserir-se através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma equipe multiprofissional que reúne diversos conhecimentos e atua junto dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sob a luz das diretrizes da APS (Medeiros, 2016). O NASF funciona como uma retaguarda especializada para dar suporte às equipes de referência seja com ações assistenciais ou com suporte técnico pedagógico aos profissionais (Brasil, 2009).

Formiga e Ribeiro (2012) constatou certo crescimento da atuação da fisioterapia na APS, mas que ainda está em construção e que as ações desenvolvidas por estudantes se aproximam das ações de profissionais do NASF. Entretanto, os autores ressaltam que, para superar as dificuldades nessa construção, é necessária uma formação mais voltada para este nível de atenção. Chesani (2013) analisou as teses em fisioterapia e indicou que a produção de conhecimento esteve mais focada nas questões biológicas, enquanto que àquelas relativas à promoção de saúde estão sendo, mais recentemente, investigadas.

Nesse sentido, faz-se necessário a pesquisa e a difusão de experiências que mostrem a atuação do fisioterapeuta nos serviços de APS, bem como aquelas que investiguem o aprendizado vivenciado pelos estudantes. Portanto, o objetivo desse trabalho foi relatar a experiência de discentes em fisioterapia da Universidade Federal

do Rio Grande do Norte, durante o Estágio Supervisionado na Atenção Básica, com o foco no aprendizado vivenciado pelos estudantes.

2 | CAMINHOS PERCORRIDOS: DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência aconteceu na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Brasília Teimosa, localizada na zona leste de Natal/RN. A UBS conta com duas equipes mínimas e não recebe matriciamento do NASF. O estágio ocorreu no período de fevereiro a abril de 2017. Em um primeiro momento, houve reuniões para discutir aspectos teóricos, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instrumentos utilizados na atenção básica (genograma e ecomapa), clínica ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Ao fim das discussões teóricas, os discentes dedicaram-se ao planejamento de um cronograma de atividades a serem realizadas tendo como base as demandas principais da comunidade e da UBS relatada pelas equipes de saúde, colhidas previamente pela docente responsável durante reunião da UBS Brasília Teimosa. O cronograma incluiu quatro abordagens: saúde do trabalhador, visitas domiciliares, consulta compartilhada e grupos operativos.

2.1 Saúde do trabalhador

A abordagem relativa à saúde do trabalhador surgiu a partir das queixas dos próprios profissionais da unidade, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estas eram, principalmente, as dores crônicas, problemas de saúde mental e incontinência urinária. A literatura aponta os trabalhadores da saúde como um grupo de vulnerabilidade, em decorrência dos riscos a que estão expostos e as demandas de trabalho (Souza, 2013).

Nesse sentido, antes do expediente eram realizadas atividades de ginástica laboral, que incluíam os seguintes exercícios: alongamento e fortalecimento dos membros superiores e inferiores, conscientização e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, exercícios respiratórios e de relaxamento. O objetivo principal foi o de preparar os funcionários para o expediente, bem como tratar e prevenir os agravos de saúde que os mesmos apresentavam.

Essa medida foi interessante, pois contribuiu para uma construção de vínculo com os profissionais da unidade, melhorando a integração dos discentes com os mesmos. Dessa forma, os trabalhadores sentiam-se mais próximos dos discentes, abrindo-se e melhorando a colaboração no processo de trabalho. À semelhança dos nossos achados, Arruda et al. (2016) constataram que intervenções com voltadas para os profissionais do serviço na APS foram benéficas para a formação de vínculo com a equipe.

2.2 Visitas domiciliares

A Visita Domiciliar (VD) é uma ferramenta de cuidado em saúde utilizada na APS tanto pela ESF quanto pelo NASF (Cruz; Bourget, 2010). Esta proporciona um cuidado ampliado com maior integralidade, oferecendo uma visão sobre a realidade de vida da população, seus determinantes sociais e compreensão da dinâmica familiar e comunitária (Albuquerque; Bosi, 2009). Alguns estudos discutem a contribuição das visitas domiciliares na formação de profissionais da saúde. De acordo com os achados da literatura, a VD permite ao estudante perceber-se enquanto um ator no processo de transformação da realidade, comprometendo-se com a saúde e qualidade de vida dos usuários e da comunidade (Romanholi; Cyrino, 2012).

Um estudo envolvendo estagiários acadêmicos de fisioterapia, em atividade junto a uma ESF de Santa Maria (RS), analisou os significados atribuídos à visita domiciliar pelos discentes dentro do processo de ensino-aprendizagem, através de grupo focal. Obteve-se um impacto positivo na formação, no que diz respeito à ampliação da visão de saúde para um conceito de atenção integral do ser humano, ao aprendizado do cuidado humanizado com criação de vínculo e corresponsabilização, demonstrando que a VD é uma ferramenta para a construção de habilidades e competências para o trabalho em saúde (Medeiros; Pivetta; Mayer, 2012).

Para as visitas domiciliares foi estabelecido um único dia da semana, a ser dedicado a esta atividade, coincidindo com o dia em que uma das equipes da unidade se deslocava até a casa dos pacientes. Essa organização que possibilitou a oportunidade de se realizarem visitas interdisciplinares, junto ao médico da equipe e estudantes do internato de medicina que desempenhavam atividades na UBS. As visitas eram sempre acompanhadas de um ACS que guiava os estudantes e docente pelo território. A prioridade das visitas foi dada aos pacientes acamados ou domiciliados, encaminhados pelos médicos ou agentes comunitários de saúde.

A grande demanda das VDs foi de usuários com limitações devido à sequela de febre Chikungunya e sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Neste sentido, o foco durante a atividade foi o de orientações para o usuário atendido ou ao seu cuidador e acompanhante. Estas incluíam: adaptações no domicílio, métodos de analgesia, conservação de energia, proteção articular, orientações posturais e exercícios para prevenir e/ou atenuar as limitações causadas pelas doenças. Todas as orientações eram prescritas de acordo com a necessidade de cada usuário.

2.3 Consulta compartilhada

O NASF deve sempre tentar priorizar ações clínicas compartilhadas, dentro de uma perspectiva de interdisciplinaridade, para a realização dos projetos terapêuticos singulares. Neste sentido, a consulta compartilhada configura-se uma ferramenta para proporcionar atenção à saúde de forma mais abrangente. Esta abordagem privilegia a comunicação e aumenta a complexidade do cuidado, dando maior resolutividade aos

problemas de saúde, funcionando dentro da lógica de clínica ampliada (Brasil, 2009).

As consultas compartilhadas aconteceram, todos os dias durante o período do estágio, junto aos médicos das equipes e dos discentes do internato em medicina e consistia no compartilhamento de saberes entre ambos profissionais, visando melhor resolução para os problemas dos usuários. Além disso, os médicos também encaminhavam pacientes para consultas individuais, através de ficha de referência, com a fisioterapia, quando não era possível a consulta em conjunto. Estas eram realizadas, apenas, com os estudantes e docente de fisioterapia.

As demandas solicitadas nas consultas compartilhadas vinham das diversas áreas, as principais eram de usuários com dores crônicas, que eram orientados na ocasião e convidados a participar do grupo operativo; consultas de pré-natal, onde os discentes orientavam ergonomia para as gestantes, exercícios para alívio de dores e preparação global para o parto, conforme as necessidades e idade gestacional das mesmas; pessoas com obesidade, orientados à prática de exercício e convidados para o grupo de enfrentamento da obesidade; usuários com doenças vasculares, principalmente a insuficiência venosa crônica e doença arterial periférica e alguns pacientes com acometimentos geniturinários como as incontinências urinárias, entre outros. Pela característica de ser porta de entrada dos problemas de saúde as demandas eram diversas e não programadas.

2.4 Grupos operativos

O trabalho em grupos é um recurso utilizado na Atenção Primária à Saúde, tanto pelas Equipes de Saúde da Família, quanto pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e são empregados com diversos objetivos, mas principalmente com foco na prevenção e promoção de saúde. Uma revisão sistemática analisou o resultado de ações educativas através de grupos operativos na Atenção Primária e mostrou -achados positivos, principalmente, no que diz respeito à mudança de atitude e estilo de vida dos pacientes, maior autonomia no cuidado e melhor qualidade de vida (Menezes; Avelino, 2016).

Nessa perspectiva, baseado nas demandas e necessidades da comunidade, foram planejados dois grupos com o foco na promoção de saúde: um grupo para pacientes com dores crônicas e um grupo de pessoas com obesidade, de acordo com as demandas repassadas pelas equipes da unidade. O recrutamento de usuários ocorreu nas duas primeiras semanas de estágio e era realizado através da distribuição de convites impressos entregue aos usuários pelos ACS, médicos e pelos próprios estudantes durante as consultas. Além disso, um cartaz foi exposto na sala de espera da UBS, convidando as pessoas que se enquadrassem no perfil.

O grupo de dores crônicas aconteceu semanalmente. No primeiro encontro foi realizada uma escuta aberta para saber quais eram as principais queixas e dúvidas dos usuários, além da realização de avaliação fisioterapêutica que posteriormente foi

anexado ao prontuário. A partir daí, foram desenvolvidas atividades de educação em saúde através de dinâmicas mediadas por imagens e rodas de conversa. Os temas abordados incluíram: formas não farmacológicas para alívio das dores, perigos da automedicação e seu uso excessivo, utilização de crioterapia e automassagem, exercícios para tratar e prevenir as dores, ergonomia, proteção articular e conservação de energia.

O grupo de usuários com obesidade também acontecia semanalmente e tinha por objetivo orientar os usuários sobre a prática de exercícios físicos, prevenção de agravos e melhor qualidade de vida. Nesse sentido, a própria prática dos exercícios foi utilizada como instrumento facilitador, além de rodas de conversa de educação em saúde. A prescrição dos exercícios e temas das rodas foram pensados a partir de avaliação dos usuários pelos discentes com base em uma ficha elaborada por estes últimos e que identificavam os hábitos de vidas dos pacientes e o impacto da obesidade na vida do paciente. Durante as atividades, sentiu-se necessidade de convidar um profissional nutricionista para realizar uma roda de conversa sobre alimentação saudável.

3 | CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA

A reorientação dos sistemas de saúde trouxe novos desafios para os atores envolvidos com o ensino em saúde. Com o crescimento das políticas voltadas para a promoção de saúde aumenta-se a necessidade de se formar profissionais capacitados para traduzir tais políticas em ações efetivas. É a partir daí que surge o modelo de ensino voltado para competências profissionais, principalmente para a promoção da saúde (Pinheiro et al 2015).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Graduação em Fisioterapia (2002) já trazem elencadas algumas competências das quais os profissionais devem estar dotados. Estas compreendem competências, conhecimentos e habilidades gerais nos âmbitos da atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

As atividades relatadas dentro da APS solicitaram dos discentes a prática e o desenvolvimento de competências e habilidades que extrapolaram a esfera dos saberes técnicos e especializados focados na clínica tradicional.

Dessa forma, habilidades e competências, relacionadas ao perfil do profissional de Atenção Primária à Saúde foram solicitadas e trabalhadas com os discentes durante o estágio, a saber: conhecimento de determinantes sociais, durante as consultas, visitas e avaliações dos usuários, para identificar fatores sociais associados ao adoecimento; elaboração dos genogramas e ecomapas; competências culturais, durante os momentos de educação em saúde, na elaboração de métodos culturalmente adequados aos usuários; habilidades de comunicação, liderança e trabalho em equipe durante o planejamento e efetivação das ações na UBS, seja na articulação com os profissionais ou estando à frente das atividades com os usuários; e, principalmente a

capacidade de gerar mudança, através das atividades de promoção de saúde.

Nascimento e Oliveira (2010) conduziram um estudo com o objetivo de analisar a percepção de profissionais do serviço e preceptores, em uma residência multiprofissional em saúde da família, sobre as competências necessárias para a atuação na área. Os autores obtiveram que as competências relatadas pelos voluntários da pesquisa estavam dentro dos seguintes domínios: valores profissionais, atenção à saúde, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção de saúde, resolução de problemas, educacional e ciências básicas, da saúde pública e coletiva. Tais domínios englobam competências também citadas acima como parte do aprendizado dos discentes em fisioterapia.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na experiência relatada, conclui-se que a prática na Atenção Primária à Saúde é positiva para a formação em fisioterapia. Através da inserção dos estudantes em um cenário real de prática, é possível o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências em promoção de saúde para o futuro profissional apto a atuar nos diversos níveis de atenção, munido não só dos conhecimentos da clínica, mas também de saberes intersetoriais que abrangem sua atuação e ampliam o seu cuidado.

Além disto, a inserção da prática dentro da comunidade também aproxima os estudantes da população e de seus problemas de saúde, o que estimula uma formação mais contextualizada socialmente e integrada ao sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 5, p.1103-1112, maio 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000500017>.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et al. **A Fisioterapia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: discussão sobre ações e apoio matricial**. In: MEDEIROS, Natasha Teixeira et al. **Atenção Básica e Fisioterapia: pressupostos teóricos para a prática em saúde**. Ampère: Pamper, 2016. l. 72-327.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1627-1636, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000700074>.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p.655-668.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009

CHESANI, Fabíola Hermes. **A produção acadêmica em fisioterapia: um estudo de teses a partir dos pressupostos epistemológicos de Fleck. Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.949-961, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000300024>.

CRUZ, Mariene Mirian; BOURGET, Monique Marie Marthe. **A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.605-613, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000300012>.

FORMIGA, Nicéia Fernandes Barbosa; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. **Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p.113-122, jan. 2012.

MEDEIROS, Natasha Teixeira et al. **Atenção Básica e Fisioterapia: pressupostos teóricos para a prática em saúde**. Ampére: Pamper, 2016.

MEDEIROS, Paulo Adão de; PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto; MAYER, Margarida da Silva. **Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.407-426, nov. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462012000300004>.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. **Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.124-130, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600010162>.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.814-827, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000400009>.

PINHEIRO, Denise Gonçalves Moura et al. **Competencies em promoção da saúde: desafios da formação. Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.180-188, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000100014>.

ROMANHOLI, Renata Maria Zanardo; CYRINO, Eliana Goldfarb. **Home visits in doctors' training: from conception to the challenge of practice**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.42, p.693-705, jul./set. 2012.

SOUZA, Thiago Santos de; VIRGENS, Liliam Silva das. **Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 38, n. 128, p.292-301, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000200016>.

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA: UM RELATO SOBRE O PROCESSO DE SENSIBILIZAÇÃO NA GRADUAÇÃO

Risomar da Silva Vieira

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Antonilêni Freire Duarte Medeiros Melo

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Anna Laura Maciel

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Amanda Raquel Nascimento Oliveira

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Danielle Ferreira de Santana Silva

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Fernanda de Sousa Dantas

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

José Luiz Pessoa de Moura

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Karine Kiss

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Thyalli Ferreira de Souza Nascimento

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que busca estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Este relato tem como objetivo expressar o modo como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) vêm atuando como movimento de sensibilização na formação do graduando em Fisioterapia. No ano de 2015 iniciaram-se as primeiras aproximações com as PICS no curso de fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa, onde foi criado o grupo de estudos inicialmente denominado *Fito em Fiso*, que se tornou um espaço de diálogos acerca das possíveis correlações dos recursos fisioterapêuticos associados a fitoterápicos. A partir de então, se difundiu dentro do ambiente acadêmico a busca sobre o entendimento da população a respeito da contribuição das plantas para a saúde, e se desencadeou uma pesquisa. Dando continuidade às atividades do grupo, iniciaram-se os estudos sobre as PICS, e atualmente, é desenvolvida também uma experiência de extensão universitária com ações na universidade e na comunidade. O processo de sensibilização às práticas de saúde na graduação de fisioterapia foi ganhando espaço e vem despertando nos discentes

RESUMO: No ano de 2006 o Ministério da

interesse e caminhos para um novo perfil de futuros profissionais da saúde. Acredita-se que a implementação de um componente curricular voltado para as PICS durante a graduação de fisioterapia proporcionaria uma formação profissional para um cuidado mais integrativo e resolutivo.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; Graduação em Fisioterapia; Formação em Saúde.

ABSTRACT: In 2006, the Brazilian Ministry of Health published the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) in the SUS, which seeks to stimulate natural mechanisms for the prevention of diseases and recovery of health, with a warm listening, development of the therapeutic link and integration of the human being with the environment and society. This report aims to express the way in which Integrative and Complementary Practices act in the context of awareness in the training of graduates in Physiotherapy. In the year of 2015 we began the first approximations with the PICs in the physiotherapy course of Centro Universitário de João Pessoa. It was created the *Fito em Fisio* research group to discuss the possible correlations of the physiotherapeutic resources associated with herbal medicines. It also disseminated within the academic environment the contribution of several plants with easy access to the health of the population. Besides the search of the knowledge about the policies of the diverse modalities of the PICs. The purpose of the experiment was to transmit and raise awareness among academics about the importance of the search for knowledge about PICs, as well as to raise awareness about their use in the physiotherapeutic field. The process of sensitization to health practices in the graduation of physiotherapy has been gaining space and has awakened in the students the interest and paths to a new profile of future health professionals. We believe that the implementation of a curricular component aimed at the PICs during the graduation of physiotherapy would provide even more qualified and capable professionals in caring, educating and promoting health.

KEY WORDS: Integrative and Complementary Practices in Health; Physical Therapy Graduation; Training in Health.

1 | INTRODUÇÃO

As chamadas terapias alternativas, medicina natural, terapias holísticas, etc., são modalidades terapêuticas que vêm sendo utilizadas pelas diversas populações desde os tempos mais remotos da humanidade. O uso das plantas, atividades físicas e outros recursos naturais estão presentes no cotidiano das coletividades há muito tempo na história.

Tradições como as representadas pela Medicina Chinesa, Medicina Indiana e das Nações Indígenas das Américas, exemplificam realidades concretas nos modos de cuidar da saúde das pessoas. A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma complexidade de saberes que se expandiram pelos diversos continentes, como

uma forma de prestar atenção à saúde das populações, sendo também utilizada por profissionais com formação fundamentada em outra racionalidade. De acordo com LUZ e BARROS (2013) não há uma medicina única, existem outros saberes e práticas geralmente voltados para a representação da saúde como vitalidade, e se expressa como “força”, “ânimo”, “disposição”, “alegria”; e a doença é representada pela perda de força, de ânimo, de vitalidade. Sendo também incluídas ao processo de adoecimento outras dimensões, não consideradas pela biomedicina, como o plano espiritual, o psicológico e o sensível.

Quando nos referimos à Saúde e à diversidade das pessoas, é necessário compreender que a integralidade do cuidado é indispensável, a fim de atender às demandas plurais dos indivíduos. Em tal caso, a visão ampliada do processo saúde-doença deve permear os contextos de saúde, visto que as manifestações clínicas podem ser vivenciadas e expressadas de maneiras diferentes, bem como o bem-estar é percebido individualmente pelas pessoas, conforme afirma Guimarães e Silva (2010).

No decorrer do processo histórico, o conceito de saúde vem sendo ampliado, onde a Organização Mundial de Saúde (OMS), lhe define como um “estado mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidades” (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003). Contudo, esse modo de entendimento ainda não representa uma realidade ampla na formação em saúde, em que se apresenta fundamentada hegemonicamente nos fundamentos biológicos cartesianos. Endossando essa visão da OMS, BUB; MEDRANO; SILVA; *et. al.* (2007) defendem que a saúde é um estado de totalidade ou integridade que inclui o corpo, as reações emocionais, o desenvolvimento mental, as atitudes e as razões.

Diante desses pressupostos, faz-se necessário uma maneira de se cuidar a partir paradigmas que contemplem as diversas dimensões do processo de adoecimento, buscando acima de tudo, meios que promovam o estado de saúde. Para isso, necessárias são políticas públicas que criem meios para que se promova saúde, se previna doenças e minimizem o sofrimento causado pela enfermidade, através de modalidades integrativas do cuidado.

Como resultado dessa forma de olhar para o processo saúde-doença e para o seu cuidado, a sociedade organizada iniciou um movimento de inclusão de outras possibilidades de atenção à saúde no contexto coletivo. Assim, no ano de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006). Esse documento ministerial foi publicado através da Portaria nº 188, compreendendo as seguintes modalidades terapêuticas: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Medicina Antroposófica, Termalismo Social/Crenoterapia; e, em 13 de janeiro de 2017, o Ministério Saúde Amplia oferta de PICS (BRASIL, 2017).

Esses sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento

do vínculo terapêutico, e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, apontando para um olhar diferenciado na formação em saúde. É importante frisar que muitas dessas práticas já eram exercitadas em alguns lugares, e até adotadas por estados e municípios a partir de iniciativas próprias.

Assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares vem sendo fundamentada na integralidade e humanização na saúde da população fortificando os princípios do Sistema Único de Saúde.

Com o intuito de socializar as experiências em PICS, vêm acontecendo eventos locais e regionais, e no ano de 2017 ocorreu o I Congresso Nacional de PICS na cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte.

E dando continuidade à ascensão das PICS no contexto da atenção integral à saúde, em 2018 a cidade do Rio de Janeiro sediou o I Congresso Internacional, com a presença de representantes de vários países dos diversos continentes. Também nesse ano foi publicada a Portaria acrescentando 14 práticas ofertadas no SUS à população: Ayurveda, Arteterapia, Biodança, Dança circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, e Yoga.

Essas práticas acrescentadas se tornaram públicas através da Portaria nº 702 de 2018, devido às suas eficácias, pela nova visão em saúde, assim como, pela demanda do cuidado das necessidades da população (BRASIL, 2018).

Enfatizando a importância da PICS, Telesi (2016) expressa que elas buscam prevenir e recuperar a saúde por meios confiáveis e seguros, com destaque na escuta acolhedora, vínculo, e na harmonia entre o homem, o ambiente e comunidade.

Com o lançamento da Política Nacional de PICS, os diversos conselhos federais de profissões da saúde iniciaram resoluções normatizando a utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nas suas áreas de atuação.

A Fisioterapia, portanto, através do COFFITO, publicou a Resolução nº 380, de 03 de novembro de 2010, dando início à regulamentação do uso das PICS, autorizando a prática pelo Fisioterapeuta dos atos complementares ao seu exercício profissional, visto a excelência da prática fisioterapêutica desde a promoção à restauração da saúde (COFFITO, 2010).

Prosseguindo o processo de regulamentação do uso das PICS pelo fisioterapeuta, o COFFITO, por meio do Acórdão nº 611 de 01 de abril 2017, normatizou a utilização e/ou indicação de prescrição pelo fisioterapeuta de medicamentos fitoterápicos/ fitofármacos, medicamentos homeopáticos, medicamento antroposóficos, medicamentos ortomoleculares, fotossensibilizadores para terapia fotodinâmica, iontoforese e fonoforese com substâncias de livre prescrição, e florais como próprios da Fisioterapia (COFFITO, 2017)

Diante desse quadro, urge a necessidade de estudos e diálogos sobre as PICS no âmbito da graduação de fisioterapia, como forma de promover habilidades e competências profissionais capazes de subsidiarem a atuação com uso das Práticas

Integrativas e Complementares em Saúde. Buscando assim, um cuidado integral, estimulando e ampliando os conhecimentos desde a graduação, para um olhar interdimensional envolvendo o biológico, o psicológico, o social e o espiritual, no processo saúde-doença.

2 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mediante a vivência de um novo cenário estabelecido pela instauração das PICS, que objetivam melhorar a qualidade de saúde fornecida pela disponibilização de recursos acessíveis voltados ao cuidado integral, constituindo-se um conteúdo preponderante para a fisioterapia, surgiu a necessidade de realizar a introdução aos conhecimentos nesta área extremamente abrangente. Sendo assim, ainda no ano de 2015 deu-se início às primeiras aproximações com as PICS no curso de fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa.

Essa aproximação iniciou-se primeiramente pela criação de um grupo de estudo em plantas medicinais denominado *Fito em Fisio*, composto por dois professores coordenadores e oito acadêmicos do curso de fisioterapia, que a princípio, possuiu o intuito de debater acerca das possíveis correlações dos recursos fisioterapêuticos associados a fitoterápicos, e obter conhecimentos voltados à fitoterapia propriamente dita. Além disso, objetivava conhecer e promulgar dentro do ambiente acadêmico a contribuição de diversas plantas de fácil acesso à saúde da população geral.

A partir da constituição do grupo supracitado, e dando continuidade às ações do mesmo, foi desenvolvida uma pesquisa acerca do conhecimento popular a respeito das plantas medicinais, com o objetivo de confrontar os saberes populares referentes aos efeitos de determinadas plantas na saúde, já conhecidas por esta população, com os observados pela literatura vigente. Com os dados obtidos na mesma, o grupo deu início à produção de uma cartilha informativa com informações coletadas por meio de pesquisa em bases de dados científicas acerca das principais plantas elencadas pelos voluntários, correlacionando com suas possíveis utilizações em diversas áreas da fisioterapia para tratamento de diferentes afecções.

Embora o grupo fosse caracterizado em primazia pelo estudo da fitoterapia, terapêutica esta, incluída nas PICS, foram realizados outros momentos de aproximação com diversas atividades que poderiam constituir diferentes modalidades terapêuticas, sendo elaboradas discussões relativas à Medicina Antroposófica e Ayurvédica, tratamentos realizados por meio de usos de florais, e outros recursos pertencentes a aromaterapia, dentre outros.

Cabe ressaltar que, o fortalecimento e empoderamento dos conhecimentos acerca das políticas regentes no processo de regulamentação sobre as diversas modalidades das PICS, é tido como um dos enfoques principais do grupo, com o intuito de se fortalecer, ainda na graduação, objetivando o maior conhecimento, por

parte do futuro profissional da fisioterapia, no que concerne às suas áreas de atuação, sempre focando a formação no cuidado integral e resolutivo. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude, que abrange um momento de atenção com ocupação, preocupação, responsabilidade e desenvolvimento efetivo como o outro (BOFF, 1999).

Quanto aos procedimentos adotados na experiência, buscou-se sempre as metodologias ativas como processo de descoberta e apropriação do conhecimento, a partir de situações problematizadoras. Os processos de busca e produção do conhecimento exigem a presença de educadores e de educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes (FREIRE, 2005). Tendo o estudante como sujeito no processo de transformação, foram elaboradas reuniões dialogadas que tinham como pauta principal a melhor elucidação e apresentação desses processos.

3 | IMPACTOS

A vivência por meio do grupo de estudos teve como finalidades construir diálogos e sensibilizar os acadêmicos de fisioterapia quanto à importância da busca de conhecimentos sobre as Práticas Integrativas e Complementares, assim como promover a conscientização acerca da sua utilização no campo de atuação fisioterapêutica. Ademais, o fato de associar às práticas, vem trazendo a promoção de ações intersetoriais e interdisciplinares, visto que as PICS não consistem em abordagens integradas na prática do cuidado. No ano de 2017, o Ministério da Saúde afirma que a busca pelas práticas integrativas vem crescendo devido ao grande reconhecimento da efetividade terapêutica pelas evidências científicas, e ainda pelo o efeito pragmático observado pelos beneficiados (BRASIL, 2017).

Outrossim, na atual conjuntura, percebe-se a elevação do número de profissionais capacitados e habilitados, tendo maior valorização dos saberes tradicionais, os quais constituem a origem de grande parcela dessas práticas. Em consonância, a OMS vem apoiando esse movimento de inserção e incentivando os países a utilizarem alternativas ao cuidado em saúde.

Ainda, diante da experiência, vem se observando que apesar da novidade frente à formação fisioterapêutica, alguns discentes do curso já demonstram interesse sobre o assunto, e uma gradativa aproximação com as PICS. A procura em participar de eventos relacionados à temática (oficinas teórico-práticas, estudos, congressos...) e para desenvolver Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) tendo as práticas alternativas como objeto de estudo, são situações presenciadas no cotidiano da atividade acadêmica.



Figura 1 Síntese dos impactos do processo de sensibilização na graduação em fisioterapia no Centro Universitário de João Pessoa no período entre 2017/2018.

Fonte: dados dos autores.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que aos poucos, através da inserção de um projeto voltado para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, o processo de sensibilização às práticas de saúde na graduação de fisioterapia foi ganhando espaço no meio acadêmico, desde a busca do conhecimento teórico até o desempenho prático. Esse processo vem despertando em cada discente o interesse e caminhos para um novo perfil para a formação em saúde, possibilitando aos futuros profissionais fisioterapeutas, a capacidade de ter um senso crítico, e um olhar humanizado, afim de perceber o ser humano em sua totalidade.

Por fim, acredita-se que a implementação de um componente curricular voltado para as PICS durante a graduação de fisioterapia proporcionaria profissionais ainda mais qualificados e aptos para cuidar, educar e promover saúde. Sendo assim, faz-se necessário a continuidade do desenvolvimento e a abrangência dessa sensibilização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC-SUS**. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 145, de 13 de janeiro de 2017**. Amplia oferta de PICS. Brasília, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 702 de 21 de março de 2018**. Inclui novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Brasília, 2018.

COFFITO. **ACÓRDÃO Nº 611**, de 1º de abril de 2017. Normatização da utilização e/ou indicação de substâncias de livre prescrição pelo fisioterapeuta. Brasília: COFFITO, 2017.

COFFITO. **RESOLUÇÃO COFFITO nº. 380**, de 3 de novembro de 2010. Regulamenta o uso pelo

Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências.
Brasília: COFFITO, 2010.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do Humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P. E.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, ano 15, p. 152-7, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414366018.pdf>> Acesso em: 09 ago. 2011.

DIÓGENES, M.A.R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 3, n. 24, dez. 2003. Disponível em: <[http://seer.ufrgs.br/RevistaGaucha de Enfermagem/article](http://seer.ufrgs.br/RevistaGaucha%20de%20Enfermagem/article)> Acesso em: 22 julho 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GUIMARÃES, D. A.; SILVA, E. S. da. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2551-2562, 2010.

LUZ, T. M., BARROS N. F. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: uma análise sócio-histórica e suas relações com a cultura atual. In: Campos, G. W.S., *et al.* (ORG) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec Editora, 2013. pp. 317-340.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf

COMPETÊNCIA CULTURAL NA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DISCENTES EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO RIO GRANDE DO NORTE

Matheus Madson Lima Avelino

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte,
Faculdade de Enfermagem – Programa de
Residência Multiprofissional em Atenção Básica/
Saúde da Família e Comunidade. Mossoró, Rio
Grande do Norte.

Marina Lyra Cabral Fagundes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Fisioterapia – Programa de Pós
Graduação em Fisioterapia. Natal, Rio Grande do
Norte.

Evelyn Capistrano Teixeira Da Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Passagem,
Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Passagem-
Rio Grande do Norte.

Lilian Lira Lisboa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Fisioterapia - Instituto de Ensino
e Pesquisa Alberto Santos Dumont, Centro de
Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi.
Macaíba, Rio Grande do Norte.

Carolina Araújo Damásio Santos

Instituto Santos Dumont, Centro de Educação e
Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi. Macaíba, Rio
Grande do Norte.

Reginaldo Antônio de Oliveira Freitas Junior

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Tocoginecologia - Instituto
de Ensino e Pesquisa Alberto Santos Dumont,
Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita
Garibaldi. Macaíba, Rio Grande do Norte.

RESUMO: Competência cultural é entendida como uma combinação de conhecimentos, atitudes e habilidades para que profissionais da saúde sejam hábeis em interagir eficazmente com populações cultural e etnicamente diversas. Este trabalho tem por objetivo relatar a experiências de discentes da graduação em fisioterapia em uma comunidade quilombola do Rio Grande do Norte, com o foco no impacto desta experiência à formação em saúde. A experiência consistiu em uma intervenção na comunidade quilombola Capoeira dos Negros, localizada no município de Macaíba no Rio Grande do Norte, e foi resultado das discussões da disciplina Competência Cultural na Atenção à Saúde da Mulher Quilombola. Vivências que promovam o desenvolvimento das competências culturais de profissionais da saúde tem impacto positivo na formação em fisioterapia, levando à prática do conceito ampliado de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Competência Cultural, Fisioterapia, Educação Baseada em Competências, Promoção da Saúde

ABSTRACT: Cultural competence is understood as a combination of knowledge, attitudes and skills so that health professionals are able to interacting effectively with culturally and ethnically diverse populations. This study reports the experiences of physical therapy

undergraduate students in a quilombola community in Rio Grande do Norte, focusing on the impact of this experience on health education. The experience consisted of an intervention in the quilombola community called Capoeira dos Negros, located at the municipality of Macaíba in Rio Grande do Norte, and was the result of the discussions of the discipline “Cultural Competence in the Health Care of Quilombola Women”. Experiences that promote the development of cultural competencies of health professionals have a positive impact on physical therapy education, leading to the practice of the expanded concept of health.

KEYWORDS: Cultural Competence, Physicaltherapy, Competency-Based Education, Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

Estudos apontam as questões étnicas e raciais enquanto um determinante no processo de formação de desigualdades em saúde entre diferentes grupos sociais, fenômeno verificado em diversos países (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015). Estas desigualdades podem ser explicadas devido às disparidades na situação socioeconômica entre os grupos raciais, bem como às situações de discriminação racial que levam indivíduos a uma maior vulnerabilidade e adoecimento (NAZROO, 2003; WILLIAMS; STERNTHAL, 2010).

No Brasil, estas desigualdades ganham forma através do racismo institucional, expresso no Sistema Único de Saúde (SUS) em processos que vão desde a negligência dos principais agravos desta população, à restrição de acesso aos serviços e uma pior assistência à saúde nestes, bem como à discriminação racial entre os próprios profissionais do serviço (KALCKMANN et al., 2007). Alguns autores apontam uma falha na formação dos profissionais da saúde em não tratar de temas como a saúde da população negra, em especial da mulher negra, e afirmam que a inexistência das discussões sobre o racismo na saúde dentro dos aparelhos de formação reforçam estas opressões raciais (KALCKMANN et al., 2007; WERNECK, 2016).

É neste contexto que surge a necessidade de se desenvolver competências na formação profissional que atuem no sentido de reduzir estes processos de discriminação racial, em especial a competência cultural, que é entendida como uma combinação de conhecimentos, atitudes e habilidades para que profissionais da saúde sejam hábeis em interagir eficazmente com populações cultural e etnicamente diversas (SEELEMAN et al., 2014).

Outro modelo de definição da competência cultural produzido pelo Centro Nacional de Competência Cultural do Centro Universitário Georgetown para o Desenvolvimento Humano e Infantil expõe mais explicitamente a competência cultural como uma capacidade organizacional ou de sistema que requer compreensão dos contextos sociais, culturais, políticos e econômicos de organizações de saúde (GOODE et al., 2006). Assim, a melhoria da competência cultural leva à redução das disparidades

nos serviços de saúde, bem como, a diminuição dos preconceitos e discriminações (BUTLER et al., 2016).

O desenvolvimento dessas competências pressupõe uma necessidade de reorientar tanto as práticas de ensino-aprendizagem, como as práticas assistenciais de saúde, de forma a fortalecer o SUS enquanto um agente de justiça social, através das políticas de equidade em saúde, conforme seus princípios doutrinários. Sendo assim, este trabalho tem por objetivo relatar a experiências de discentes em fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em uma comunidade quilombola do Rio Grande do Norte (RN), com o foco no impacto desta experiência à formação em saúde, assim como trazer as reflexões sobre a prática profissional da fisioterapia.

2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência consistiu em uma intervenção na comunidade quilombola Capoeira dos Negros, localizada no município de Macaíba no Rio Grande do Norte, e foi resultado das discussões da disciplina Competência Cultural na Atenção à Saúde da Mulher Quilombola. Esta trata-se de um componente curricular interdisciplinar que propõe discussões sobre cultura e história do povo afro-brasileiro e suas necessidades de saúde, de forma contextualizada à prática na comunidade acima citada, sendo um oportuno cenário para o processo ensino-aprendizagem no desenvolvimento da competência cultural dos discentes.

A ação aconteceu na igreja católica da comunidade e tinha por objetivo a promoção da saúde por meio do resgate cultural afro-brasileiro, sendo constituída por dois momentos. O primeiro, intitulado *Brincar e Resistir*, foi realizado junto as crianças da comunidade, onde primeiramente foi efetuada uma contação de história, de forma lúdica, sobre a trajetória do negro no Brasil e depois brincadeiras previamente estabelecidas, de matriz africana, a fim de estimular desenvolvimento infantil através do brincar e ressaltando o valor histórico e cultural das brincadeiras. O segundo momento, foi realizado com as mulheres da comunidade, sendo intitulado *Maquina de Ritmos*, onde foi proposta uma oficina de dança afro, proporcionando a valorização da cultura e promovendo o bem estar, autoconhecimento e interação interpessoal através da dança e dos ritmos.

3 | IMPACTO E RELEVÂNCIA DA EXPERIÊNCIA

As comunidades quilombolas, de acordo com de acordo com o Artigo 2º do Decreto 4.887/2003, são grupos étnicos raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionadas com a resistência à opressão histórica sofrida. Estas populações mantem fortes tradições culturais, e ligações com

o trabalho rural. Estas lutam pautam, principalmente, pela igualdade de direitos, posse e regularização fundiária e equidade em saúde, nesse sentido, uma das demandas desta população é o acesso às políticas, bem como o acesso a serviços de saúde locais, o que gera grande vulnerabilidade e adoecimentos, piorando seus indicadores de saúde (FREITAS et al., 2011).

A vivência dentro da comunidade ao longo de toda a disciplina, e que resultou na experiência relatada, proporcionou uma proximidade entre os discentes e as pessoas da comunidade, favorecendo a formação de vínculos, levando a um melhor conhecimento das demandas de saúde da população, sendo assim a inserção em um cenário real de prática contribui para um processo de ensino-aprendizagem mais contextualizado com os problemas reais existentes. Esta aproximação foi fundamental para desenvolver práticas que promovessem o respeito e o compartilhamento de saberes, quebrando a ideia de hierarquia dentro das comunidades e entre profissionais e população.

Ações de promoção em saúde devem levar em consideração a valorização da dimensão cultural dos indivíduos envolvidos, e que são alvos destas ações, a fim de melhorar o impacto do cuidado em saúde, bem como de refletir sobre a cultura enquanto um determinante e condicionante dos comportamentos e ações dos indivíduos, refletindo em sua situação de saúde (MELLO, 2012). Isto foi levado em consideração durante o processo de elaboração e planejamento da atividade pelos discentes, pois desde a concepção da ideia até sua execução diversos aspectos desta foram pensados, a fim de se realizar uma intervenção culturalmente competente, o que implicou em pensar desde a linguagem a ser utilizada na transmissão das informações, à contextualização das temáticas com a realidade da população.

A cultura, em suas várias nuances, carrega a força da resistência, da capacidade de organização e expressão das ancestralidades de um povo. Sendo assim, a ação executada propôs fazer este resgate cultural de forma a fortalecer as práticas da comunidade para estimular as diversas formas de se expressar e produzir saúde em seu aspecto ampliado seja através da dança, das brincadeiras ou do próprio reconhecimento de lugar histórico e social.

Essa forma de trabalho se mostrou como uma quebra de paradigma na prática e na formação em fisioterapia, pois historicamente, esta área da saúde esteve mais preocupada com a dimensão biológica dos indivíduos, limitando-se a uma prática curativa e reabilitadora, sem preocupação com os aspectos sociais e culturais (Bispo Júnior 2009; Bispo Júnior, 2010). Nesse sentido, todo o caminho percorrido durante a elaboração e planejamento desta experiência se configurou enquanto um processo de ressignificação da prática para os discentes, já que a intervenção não envolveu uma abordagem mais técnica da fisioterapia e sim, conhecimento, competências e habilidades mais ligadas à educação em saúde, as competências culturais e o conhecimento dos determinantes no processo saúde-doença desta população, dialogando com uma prática orientada ao modelo ampliado de saúde.

Por fim, foram incitadas reflexões quanto aos significados do que é ser profissional da saúde, levando a uma percepção profissional pra além daquele que busca promover um bem estar físico, atuando especificamente na queixa do indivíduo, de forma individual, mas enquanto um ator na redução das iniquidades, atuando nas coletividades e sobre os processos que determinam a saúde, além de promover a reflexão sobre o racismo institucional, sobre a lacuna no currículo acerca destas discussões, bem como de problematizar as reproduções da opressão racial nas práticas de saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O racismo atinge a população negra de diversas formas, sendo uma característica estruturante nas relações sociais. As negligências e vulnerabilidades enfrentadas refletem agravos não somente na saúde do povo negro diaspórico, mas também em todos os outros aspectos básicos de suas existências. Sendo necessário se desenvolver estratégias que superem as vulnerabilidades e desigualdades na população negra.

Vivências que promovam o desenvolvimento das competências culturais de profissionais da saúde tem impacto positivo na formação em fisioterapia, levando à prática do conceito ampliado de saúde. As ações de promoção de saúde culturalmente competentes implicam em repensar as práticas de cuidado da fisioterapia, tendo em vista um modelo mais integrativo. É necessário que os processos ensino-aprendizagem ocorram em cenários reais de prática de forma a contextualizar a formação com os problemas de saúde da população, levando a uma formação socialmente responsável e culturalmente competente.

REFERÊNCIAS

ARCAYA, Mariana C.; ARCAYA, Alyssa L.; SUBRAMANIAN, S. V.. **Inequalities in health: definitions, concepts, and theories.** *Global Health Action*, [s.l.], v. 8, n. 1, p.1-12, 24 jun. 2015. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1627-1636, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000700074>.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p.655-668.

BUTLER, Mary et al. **Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities.** Minneapolis: Minnesota Evidence-based Practice Center, 2016. 170 p. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361126/pdf/Bookshelf_NBK361126.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

FREITAS, Daniel Antunes et al. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura.** *Revista Cefac*, [s.l.], v. 13, n. 5, p.937-943, 20 maio 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462011005000033>.

GOODE, Tawara D. et al. **The evidence base for cultural and linguistic competency in health care.** Washington: The Commonwealth Fund, 2006. 58 p.

KALCKMANN, Suzana et al. **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.146-155, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902007000200014>.

MELLO, Claudia Helena Mantelle Silva. **A valorização dos aspectos culturais da população como estratégia para melhorar a adesão da comunidade às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.** *Aurora*, Marília, v. 5, n. 1, p.9-24, 2012. Disponível em: <<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/2360>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

NAZROO, James Y. **The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism.** *American Journal Of Public Health*, Washington, v. 93, n. 2, p.277-284, fev. 2003.

SEELEMAN, Conny et al. **A students' survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum.** *Bmc Medical Education*, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-10, 11 out. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-216>.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra.** *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 25, n. 3, p.535-549, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

WILLIAMS, David R.; STERNTHAL, Michelle. **Understanding Racial-ethnic Disparities in Health: Sociological Contributions.** *Journal Of Health And Social Behavior*, [s.l.], v. 51, n. 1, p.15-27, mar. 2010. SAGE Publications.

A COMPETÊNCIA DOCENTE E O REFLEXO NA FORMAÇÃO DO PERFIL DO EGRESSO PREVISTO NAS DCN DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Maura Nogueira Cobra

Universidade Estácio de Sá, Curso de Graduação em Fisioterapia.

Campos dos Goytacazes, RJ.

Maria Aparecida Monteiro da Silva

Centro de Ensino Superior – CENSUMAR, Diretoria de Ensino.

Maringá, PR.

Eduardo Shimoda

Universidade Candido Mendes, Curso de Engenharia de Produção,

Campos dos Goytacazes, RJ.

RESUMO: A prática docente competente ocorre por meio do uso de estratégias de ensino que favoreçam a formação profissional. As abordagens da pesquisa foram quantitativa e qualitativa, do tipo exploratória, por meio de estudo de caso. Para a recolha de dados foram utilizados três instrumentos. Na análise quantitativa foi aplicado questionário e os resultados apresentados graficamente. Para a análise qualitativa, foi realizada entrevista semiestruturada e observação direta e os conteúdos analisados para posterior triangulação. O estudo foi realizado em uma universidade privada em Campos dos Goytacazes-RJ, Brasil, sendo os sujeitos o corpo docente do curso de graduação em fisioterapia. O objetivo geral foi analisar em que medida

as competências docentes desenvolvidas no curso de fisioterapia em uma universidade privada da cidade de Campos dos Goytacazes - RJ atendem ao cumprimento das DCN do curso de fisioterapia e seus reflexos sobre o perfil profissional referente à integralidade do saber, a formação ética/bioética, humanista, generalista, crítica e reflexiva. Foram investigadas as competências: organizar e dirigir situações de aprendizagem; administrar a sua própria formação docente; trabalhar em equipe; conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; utilizar novas tecnologias; administrar a progressão das aprendizagens; envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho. As competências foram associadas ao perfil de formação previstos nas DCN. A pesquisa concluiu que as diretrizes são cumpridas pelo curso de fisioterapia pesquisado, existe a necessidade de aprimoramento das deficiências e seus reflexos nos perfis de formação humanista, formação crítica, reflexiva e generalista.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Diretrizes curriculares; 2. Ensino superior; 3. Competência docente; 4. Graduação em fisioterapia.

ABSTRACT: The competent teaching practice occurs through the application of teaching strategies that favor professional qualification. The present research was based on quantitative

and qualitative approaches, exploratory type, through a case study. For data collection three instruments were used. The quantitative analysis was applied questionnaire and the results graphically. For qualitative analysis, semi-structured interviews and direct observation and data analyzed for further triangulation was performed. The study was conducted at a private university in Campos dos Goytacazes RJ, Brazil, being the subject faculty of Physiotherapy graduation course. The overall goal was to analyze to what extent the teaching skills developed in the Physiotherapy graduation course of a private university in Campos dos Goytacazes, RJ, fulfill the DCN for the Physiotherapy graduation courses. And the impacts these teaching skills have upon the professional profile expected comprehensive knowledge and ethical/bioethical, humanist, generalist, critical and reflective training. Competencies were investigated: organizing and directing learning situations; managing their own teaching training; teamworking; developing and evolving the devices of differentiation; using new technologies; managing the progression of learning; engaging students in their learning and their work. Competencies were associated with the training profile, according to the DNC. The present research found that the National Guidelines are fulfilled by the Physiotherapy graduation course researched. However, improvement is required, given the shortcomings pointed out and their impacts on the humanist, critical, reflexive and generalist training.

KEYWORDS: 1. Curricular guidelines; 2. Higher education; 3. Teaching competency; 4. Graduation in physiotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

A partir da Resolução CNE/CES 4/2002, (BRASIL, 2002), todas as instituições de ensino superior que ofereciam ou passaram a oferecer graduação em Fisioterapia, adotaram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que constituem orientações para a elaboração dos currículos de graduação e orientam o perfil do egresso/profissional em sua formação (BRASIL, 2002).

Os princípios para adoção das propostas visavam assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização do currículo, definir percentuais da carga horária para estágios curriculares, evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos, incentivar a formação geral, estimular as práticas de estudo independente visando autonomia intelectual e profissional, encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referem à experiência profissional. Favorecer a articulação entre a teoria e a prática como atividades de estágio e extensão, inclusão de orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar as instituições, os docentes e os discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2001).

Os currículos criados a partir das orientações das DCN dos cursos de graduação em Fisioterapia tratam a integralidade do saber, modificaram a duração do curso para 5 anos, ajustaram a carga horária total, bem como as horas de estágio supervisionado (BRASIL, 2002). Os cursos de graduação passaram a ser orientados em seis aspectos: 1) Perfil do formando egresso/profissional, 2) Competências e habilidades gerais e específicas, 3) Conteúdos curriculares, 4) Estágios e atividades complementares, 5) Organização do curso, 6) Acompanhamento e avaliação.

A relevância social do estudo se faz presente por visar a qualidade da formação do profissional fisioterapeuta e a possibilidade de sugerir adequação do curso em relação a carga horária, a estrutura curricular, a formação continuada do professor na educação, fatos que refletirão na formação do futuro profissional.

2 | OBJETIVOS

O estudo propõe a apresentação dos resultados de estudo realizado em uma universidade privada do município de Campos dos Goytacazes, RJ em 2016, onde o objetivo geral foi analisar em que medida as competências docentes desenvolvidas no curso de fisioterapia atendem ao cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e seus reflexos sobre o perfil profissional que se espera formar referente à integralidade do saber, a formação ética/bioética, humanista, generalista, crítica e reflexiva. Foram investigadas as competências: organizar e dirigir situações de aprendizagem; administrar a sua própria formação docente; trabalhar em equipe; conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; utilizar novas tecnologias; administrar a progressão das aprendizagens; envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho. As competências foram associadas ao perfil de formação correspondente, previstos nas DCN.

3 | METODOLOGIA

As abordagens da pesquisa foram quantitativa e qualitativa, do tipo exploratória, por meio de estudo de caso. Para a recolha de dados foram utilizados três instrumentos. Na análise quantitativa foi aplicado questionário e os resultados apresentados graficamente. Para a análise qualitativa, foi realizada entrevista semiestruturada e observação direta e os dados apresentados em grelhas e os conteúdos analisados para posterior triangulação. O estudo foi realizado em uma universidade privada em Campos dos Goytacazes - RJ, Brasil, sendo os sujeitos o corpo docente do curso de graduação em fisioterapia. Para amostra quantitativa foi aplicado questionário validado. A amostra foi censitária composta por 20 docentes do curso estudado, onde 18 responderam e 2 não se disponibilizaram. Para a amostra qualitativa foi aplicada entrevista semiestruturada e realizada observação direta em diferentes cenários. A

recolha dos dados da entrevista semiestruturada realizou-se até se atingir o ponto de saturação, ou seja, quando nenhum novo tema ou informação pudessem ser registrado, de acordo com metodologia proposta por Thiry-Cherques (2009). 10 docentes foram entrevistados. A observação direta realizou-se até atingir o ponto de saturação e foram observados 6 docentes em diferentes cenários, sendo, 2 em sala de aula, 2 em laboratórios e 2 em núcleos de estágio. Recorreu-se a Perrenoud (1999) e Masetto (2012) para aprofundamento teórico a respeito de competência docente e o desenvolvimento destas no ensino superior, onde foi possível relacionar cada perfil de egresso previsto nas DCN às competências docentes. Os perfis de egresso e as conexões com as competências docentes foram apresentadas em um fluxograma para melhor compreensão. Para debate a respeito de um enfoque construtivista, no qual o ambiente de aprendizagem favorece a expressão de diferentes ideias, o respeito pelo outro, a ética, e o diálogo, recorreu-se a Paulo Freire (1996).

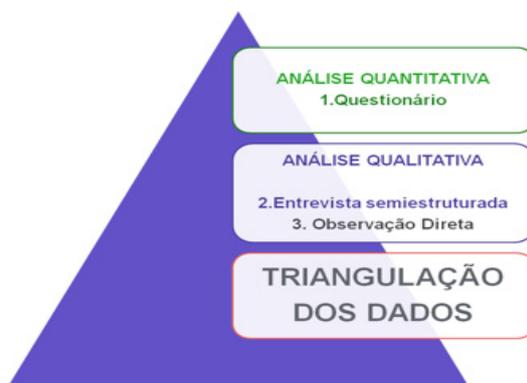


Imagem 1: Ilustração das etapas da metodologia aplicada

Fonte: A autora, 2016.

4 | DESENVOLVIMENTO

Em consonância com as premissas de Perrenoud (1999), ao fazer uso de competências, é necessário levar em consideração os conhecimentos prévios que se tem domínio em relação à situação envolvida, mobilizar recursos em determinada situação visando resolvê-la e levar em consideração dos esquemas de pensamento que propiciam isso.

Masetto (2012) pondera que os professores universitários começaram a se conscientizar de que seu papel no ensino superior, como o exercício de qualquer profissão, exige capacitação própria, específica que não se restringe ao diploma de bacharel, mestre ou doutor, ou apenas a sua vasta experiência profissional. Defende que deve ser isso tudo, além de competência pedagógica.

Foram eleitas oito competências pressupostas por Perrenoud (1999) que se relacionam diretamente com o tema deste estudo: 1. Organizar e dirigir situações de aprendizagem; 2. Administrar sua própria formação contínua; 3. Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão; 4. Conceber e fazer evoluir os dispositivos de

diferenciação; 5. Trabalhar em equipe; 6. Utilizar novas tecnologias; 7. Administrar a progressão das aprendizagens; e 8. Envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho.

Cada competência global pressupõe competências específicas. O desenvolvimento de cada competência relaciona-se com uma característica específica de perfil do egresso do curso de Fisioterapia pressuposto pelas DCN (BRASIL, 2002), sendo: 1. Integralidade do saber; 2. Formação ética e bioética; 3. Formação humanista; 4. Formação generalista; e 5. Formação crítica e reflexiva.

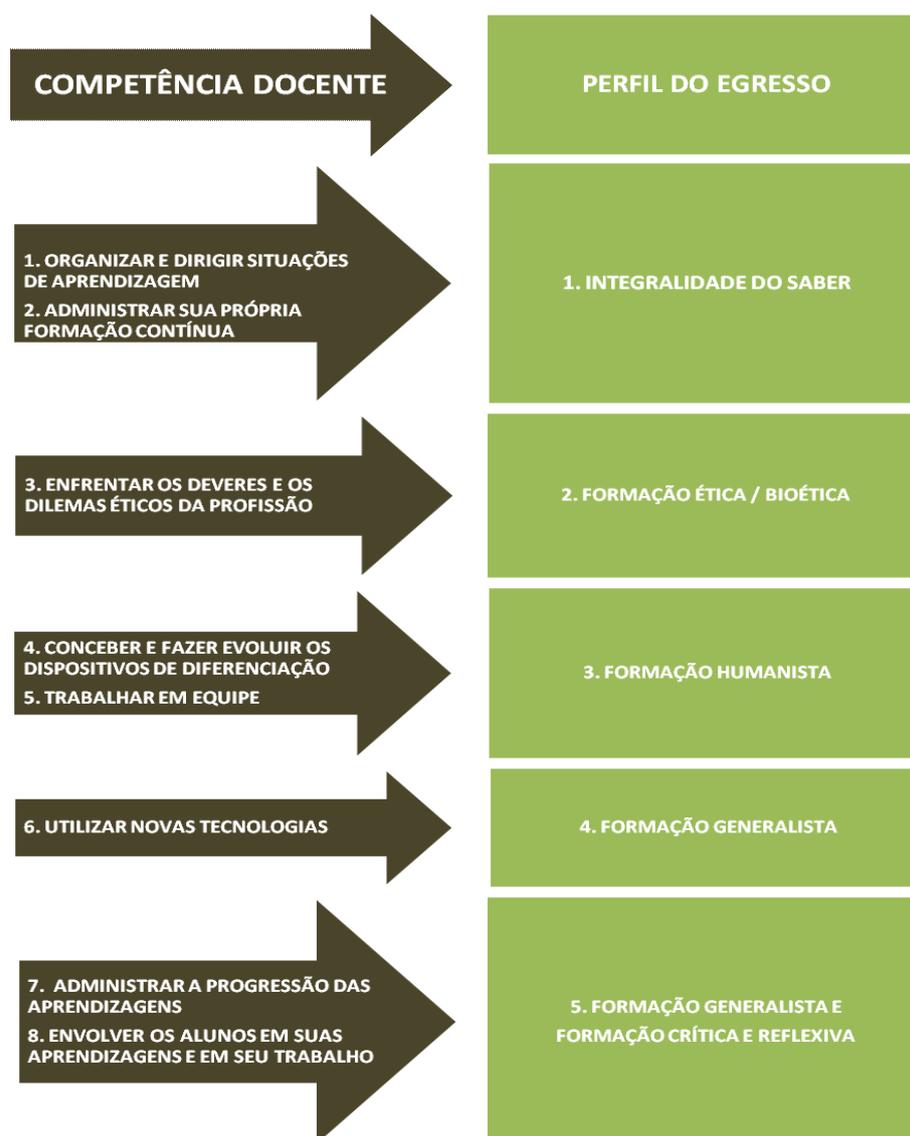


Imagem 2: Fluxograma explicativo da relação entre as competências docentes e reflexos na formação do perfil do egresso disposto nas DCN dos cursos de fisioterapia

Fonte: A autora, 2016.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil do corpo docente foi obtido por meio do questionário aplicado na primeira etapa, sendo possível definir dados referentes à titulação, eixo de atuação, tempo de

atuação no ensino superior, quantitativo de cursos realizados na área de educação e em área específica nos últimos três anos. Os dados podem ser observados no Gráfico 1.

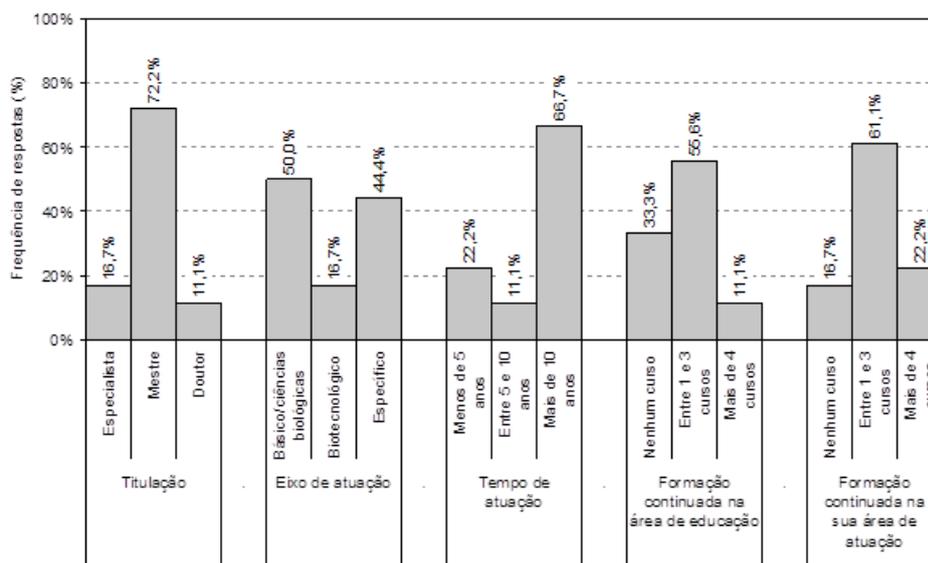


Gráfico 1 - Perfil do corpo docente do curso

Fonte: A autora, 2016.

Demonstra-se que 83% dos docentes eram mestres e doutores: sendo 72,2% mestres, 11,1% doutores e 16,7% especialistas. Justifica-se a porcentagem elevada de mestres e doutores no curso pelo fato de que, desde 2010, a partir da implantação de um novo modelo de ensino institucional, a IES já se adequava à Lei SINAES, Lei n. 10.861/2004 (BRASIL, 2014), e à Portaria Normativa 40/2010 (BRASIL, 2010) referente às normas da educação superior.

Do corpo docente pesquisado, 50% lecionavam no eixo básico/ciências biológicas, 16% no eixo biotecnológico, 44,4% no eixo específico. Quanto ao tempo de atuação, 66,7% estão há mais de 10 anos no ensino superior, 11,1% entre cinco a dez anos, 22,2% menos que cinco anos. Quanto à formação continuada na área de educação nos últimos três anos, 33,3% dos entrevistados não realizaram nenhum curso, 55,6% realizou até três cursos e 11,1% realizou quatro ou mais cursos.

A instituição de ensino possui uma universidade corporativa que oferece um programa de educação continuada, intitulado Programa de Qualificação Docente (PIQ). Os cursos são disponibilizados na modalidade à distância (EAD) e o docente tem acesso por meio da sua própria plataforma institucional. As turmas abrem todo início de semestre e diferentes disciplinas na área educacional são oferecidas. Ao cursar todo o programa, o docente recebe certificado de pós-graduação *lato sensu*. Considerando que questionamos sobre o total de cursos realizados nos últimos 3 anos e que o programa institucional PIQ está disponível desde 2011, a adesão dos

entrevistados ao programa parece muito baixa.

Quanto ao número de cursos realizados na área específica de atuação nos últimos três anos, 16.7% docentes não realizaram nenhum curso, 61,1% realizaram entre um a três cursos e 22.2% realizaram mais de três cursos. É interessante constatar que os docentes da área, fisioterapeutas, parecem investir mais em cursos específicos da área do que em cursos voltados para o aperfeiçoamento no ensino superior.

Foram examinadas as competências docentes no processo ensino-aprendizagem o reflexo no perfil do egresso proposto pelas DCN (BRASIL, 2002). Sobre a análise da competência docente ORGANIZAR E DIRIGIR SITUAÇÕES DE APRENDIZAGEM e seu reflexo no perfil do egresso, INTEGRALIDADE DO SABER, foram encontrados, discordância nos resultados entre as análises quantitativa e qualitativa sobre o perfil docente. Na análise quantitativa foram os doutores que mais afirmaram cumprir a competência, porém, a análise quantitativa destacou que há desenvolvimento dela pelos especialistas. Conferiu-se domínio da competência pela maioria dos docentes. Quando questionados em considerar o *feedback* dos alunos, pareceu que a competência estivesse prejudicada pelo tempo curto das aulas, principalmente nos ambientes de aula prática (laboratórios), sendo mais bem desenvolvida em sala de aula. Deve-se considerar que o aprendizado por competência se constrói por meio das atividades práticas e poderá falhar na formação dos futuros profissionais, prejudicar o desempenho dos alunos no ENADE e especificamente, na integralidade do saber, caso a competência não seja cumprida, o tempo das aulas práticas otimizados bem como uma melhor adequação curricular.

Recorrendo a Perrenoud (1999, p. 27), para melhor refletir sobre a competência, o autor cita em uma de suas obras uma frase do escritor francês Pierre Boileau (1906-1989) que diz; “O que concebe bem se anuncia claramente, e as palavras para dizê-lo afloram com facilidade”.

Quanto a competência docente ADMINISTRAR A SUA PRÓPRIA FORMAÇÃO DOCENTE e seu reflexo no perfil do egresso, INTEGRALIDADE DO SABER, os resultados revelaram que o perfil docente que mais se preocupa com a formação contínua são os doutores e os especialistas, do eixo biológico e biotecnológico, com menos tempo de atuação, com 1 a 3 cursos na área da educação e com mais cursos da área específica. Os especialistas buscam melhor titulação, e os doutores pareciam comprometidos com o aprimoramento. Os mestres não manifestaram muita preocupação, sendo observada certa acomodação para esse perfil. Houve concordância entre a análise quantitativa e qualitativa. A formação continuada na área da educação é uma fragilidade apesar da política institucional favorável, com oferta de programas de qualificação próprios.

Prigol e Behens (2004), em estudo desenvolvido em uma universidade do Paraná, Brasil, analisaram a formação inicial e continuada dos professores, objetivando identificar mudança da concepção prática pedagógica conservadora. As autoras identificaram primeiramente que a formação continuada adquirida através de programas

stricto sensu não possui preparação didática pedagógica para exercício da docência. O segundo aspecto considerado é que os docentes nesta condição de não formação específica para o exercício da docência são os que sentem maior necessidade de formação continuada no que se refere ao processo ensino-aprendizagem, orientações que norteiam as ações em sala de aula, como as novas metodologias, estratégias e técnicas de ensino, de forma que a formação possibilite-o atuar com competência.

Sobre a competência docente, TRABALHAR EM EQUIPE e seu reflexo no perfil do egresso, FORMAÇÃO HUMANISTA, os resultados demonstram que o perfil docente que melhor desenvolve a competência são os mestres e os doutores, não havendo variação expressiva quanto eixo, ao tempo de atuação, nem quanto à formação continuada. A análise quantitativa expressou fragilidade no cumprimento da competência. Houve concordância entre as análises quantitativa e qualitativa.

Perrenoud (1999, p. 160) esclarece que professores capazes de explicitar suas práticas pedagógicas obterão melhor proveito da formação continuada e que essa competência é base para a autoformação. O autor conclui que dentre os procedimentos para essa competência, podem-se mencionar a leitura, a experimentação, o trabalho em equipe e a participação em um projeto da instituição ou a simples discussão com os colegas.

Lizarraga (2010, p. 20) esclarece que existem três grupos de competências genéricas desenvolvidas na educação superior, as instrumentais, as interpessoais e as sistêmicas. Sobre as interpessoais, a autora define que são aquelas em se desenvolve a capacidade crítica e autocrítica. Elas se materializam quando são desenvolvidas habilidades interpessoais, trabalhos em equipe e interdisciplinares e reflete na formação contínua docente.

Lizarraga (2010), ao apresentar as competências gerais em sua obra, define que as competências interpessoais dão capacidade para trabalhar em equipe, em grupos interdisciplinares, apreciar a diversidade e a multiculturalidade. Trabalhar em grupo exprime compromisso ético com o todo. Uns com os outros se corresponsabilizam com as ações. Participar de projetos em comum, dirigir reuniões, administrar situações complexas são competências que reforçam o compromisso com a coletividade. Perrenoud (2000) conclui que trabalhar em equipe é, portanto, uma questão de competências e pressupõe igualmente a convicção de que a cooperação é um valor profissional.

Com relação a competência docente CONCEBER E FAZER EVOLUIR OS DISPOSITIVOS DE DIFERENCIAÇÃO e seu reflexo no perfil do egresso, FORMAÇÃO HUMANISTA, os resultados apontam que essa foi a competência para qual os docentes expressaram maior dificuldade. O perfil docente que melhor expressou desenvolver a competência são os doutores e mestres, do eixo básico e biotecnológico, com maior tempo de atuação e menor número de cursos tanto na área de educação quanto na área de atuação. Na análise quantitativa conferiu fragilidade em seu desenvolvimento. Houve concordância entre as análises quantitativa e qualitativa quanto à dificuldade

docente. Os ambientes que melhor favoreceram o desenvolvimento da competência foram os de aula prática e estágio.

O perfil que se pretendeu examinar sobre formação humanista dependerá da formação ética e das relações interpessoais desenvolvidas pelos docentes. Conceber e evoluir dispositivos de diferenciação são facilitados quando se desenvolve adequadamente a competência, sob o ponto de vista de progredir situações de aprendizagem que coloque cada um dos alunos em uma situação favorável, para que não haja o fracasso e a evasão acadêmica.

Sobre administrar a heterogeneidade da turma e ampliar a gestão da classe para o diálogo, Freire (1996, p. 60) defende que ensinar exige respeito à autonomia do educando. O comportamento do professor frente aos seus alunos exige bom senso. O autor condena o docente que ironiza o aluno, como uma transgressão dos princípios éticos. Discorre sobre o tema destacando a postura do professor autoritário, que afoga a liberdade do educando, assim como o professor licenciado rompe com a radicalidade do ser humano.

Acerca de examinar a competência docente, UTILIZAR NOVAS TECNOLOGIAS e seu reflexo no perfil do egresso, FORMAÇÃO GENERALISTA, os resultados exprimem que o perfil docente que apresentou as maiores médias de respostas na análise quantitativa foi dos mestres e especialistas, do eixo biotecnológico, com 1 a 5 anos de atuação. O ambiente observado no qual mais se utilizaram os recursos tecnológicos foi a sala de aula. Houve concordância entre as análises quantitativa e qualitativa.

Um estudo descritivo de uma série de 53 casos realizado na mesma universidade do curso pesquisado, com amostras de três campi e cursos diferentes sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação, concluiu que o perfil docente que usava de forma avançada os recursos tecnológicos do modelo de ensino institucional era os doutores e especialistas, com menor tempo de atuação no ensino superior e que tinham sido contratados próximo ao período de implantação do modelo de ensino institucional que vigora até o momento. Ou seja, os docentes receberam treinamento ao ingressarem e logo se adequaram ao modelo de ensino. Os docentes mais antigos, de acordo com o estudo, apresentavam maior resistência ao uso de tecnologias no ensino (COBRA, 2014, p.60-62).

Para Moran (2000, p.30) e Delors (2001, p. 84), a utilização da Informática, para construção do conhecimento, é um recurso que pode auxiliar os professores na prática docente.

A respeito da competência docente, ADMINISTRAR A PROGRESSÃO DAS APRENDIZAGENS e seus reflexos no perfil do egresso, FORMAÇÃO CRÍTICA, REFLEXIVA E GENERALISTA, os resultados apresentados revelaram que foram os doutores e mestres, com mais tempo de atuação, mais cursos na área de educação, que melhor cumprem a competência. Os ambientes que mais favoreceram. O desenvolvimento da competência foram os ambientes de estágio. Há fragilidade no

desenvolvimento da competência, pois, observou-se em sala de aula a teorização sem problematização, ou seja, sem a participação do aluno no processo de aprendizagem (modelo de educação bancária). Não foi comum entre os avaliados o uso da avaliação formativa para analisar a possibilidade de progressão. Alunos e professores somente tomam conhecimento das dificuldades de aprendizado, a partir dos resultados das provas previstas no calendário institucional. As avaliações formativas estão presentes nos ambientes de estágio onde os critérios avaliativos são diferenciados.

E finalmente, quanto a competência docente, ENVOLVER OS ALUNOS EM SUAS APRENDIZAGENS E EM SEU TRABALHO e seus reflexos na FORMAÇÃO CRÍTICA, REFLEXIVA E GENERALISTA. Os resultados demonstraram que houve discordância entre a análise quantitativa e qualitativa sobre o perfil docente. Todas as titulações exprimiram desenvolver a competência. As médias das opções de resposta, MUITAS VEZES na análise quantitativa foram frequentes. Pode-se concluir que há cumprimento da competência pela maioria dos docentes do curso, e em todos os ambientes de aprendizado foram observados o cumprimento da competência.

A investigação revelou que os docentes se preocupam com o aprendizado do Código de Ética Profissional da Fisioterapia, pelo fato de a disciplina Ética na Saúde ser otimizada a diferentes cursos da área da saúde.

Silva (2014, p. 1) explica que a ética implica um compromisso moral com suas próprias ações, atitude vital para o professor, que hoje, além de educador tecnicista é um educador global, que prepara o indivíduo para a sociedade. Se a docência é uma profissão, esta precisa ser aprendida, ninguém nasce professor, aprende-se ao longo do exercício e estudo e, sobretudo, num mundo em constantes mudanças que é preciso sempre aprender (SCHULZ, 2010, p. 10). Dessa forma, quanto melhor a formação continuada e maior o tempo de experiência maior aperfeiçoamento docente para o desenvolvimento da competência.

A formação ética sucede no processo da ação docente (práxis) de uma forma circular, mesclando-se entre conhecimento e sabedoria, pela prática das virtudes, num intercâmbio do desenvolvimento cognitivo e emocional/moral (SILVA, 2014).

Cyrino (2004) revela que os conhecimentos científicos buscados no momento da teorização integram percepções, conhecimentos, representações de pessoas envolvidas no problema e permitem que diferentes saberes sejam conjugados no processo de construção do conhecimento.

A problematização é importante para a aprendizagem significativa e conseqüentemente para a formação de profissionais capacitados para atuar no SUS. Ferreira et al (2010) afirmam que a problematização requer do professor uma mudança de postura para o exercício de um trabalho reflexivo com o aluno, exigindo a disponibilidade do professor de pesquisar, de acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do estudante, o que frequentemente coloca o professor diante de situações imprevistas, novas e desconhecidas.

Bordenave (1998, p. 10) opta pela educação libertadora, ou dita problematizadora,

oposta à educação bancária ou convergente. O autor propõe trabalhar com metodologias ativas nas quais a problematização parta das seguintes ideias: 1) parte-se da realidade, do problema concreto, 2) a solução do problema implica na participação ativa, o aluno é desafiado a solucionar uma situação problema, 3) a solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo entre aluno e professor, 4) a aprendizagem torna-se uma pesquisa onde o aluno passará de uma visão global para uma visão analítica, isso ocorrerá a partir da teorização e nascerão às hipóteses de solução. 5) a atividade se transforma em realidade e concebe a práxis.

Perrenoud (1999) considera que a aparente simplicidade das opções oferecidas sistematicamente, como o caso das atividades complementares, por professores constituem caminhos equivalentes para alcançar os mesmos objetivos.

Em suma, apresenta-se:

- Reflexo positivos:

Competência 1: Organizar e dirigir situações de aprendizagem : Reflexo POSITIVO no perfil do egresso Integralidade do saber.

Competência 2: Administrar a própria formação docente: Reflexo POSITIVO com ponto de atenção para o perfil do egresso Integralidade do saber, devida certa acomodação em educação continuada pelos mestres e principalmente em temas da área do ensino superior.

Competência 3: Enfrentar dilemas éticos da profissão: Reflexo POSITIVO com ponto de atenção no perfil Formação ética e bioética, devido a disciplina Ética na Saúde ser oferecida intercursos, no eixo básico,, não sendo trabalhados os códigos de ética profissional de cada área.

Competência 6: Uso de tecnologias: Reflexo positivo no perfil do egresso Formação generalista, devido à política institucional favorecedora e a adesão do corpo docente às tecnologias no ensino.

Competência 8: Envolver alunos em situação de aprendizagem: Reflexos positivos na formação do perfil generalista crítico e reflexivo, sendo bem exemplificadas pelos docentes, e desenvolvidas nos núcleos de estágio.

- Reflexos negativos:

Competência 4: Conceber e fazer evoluir dispositivos de diferenciação: Reflexo NEGATIVO no perfil Formação Humanista devido ter sido a competência que expressou maior fragilidade pelos docentes, onde em sala de aula há pouca observação sobre a heterogeneidade da turma.

Competência 5: Trabalhar em equipe: Reflexo NEGATIVO no perfil Formação humanista devido o corpo docente trabalhar mais de forma isolada, havendo pouco desenvolvimento em projetos comuns do curso.

Competência 7: Administrar a progressão da aprendizagem: Reflexo NEGATIVO no perfil Formação generalista, crítica e reflexiva. Fragilidade na competência, sala de aula com teorização sem problematização. Avaliações somativas com poucas

formativas para aferição das dificuldades ao longo do semestre.

6 | CONCLUSÃO

O estudo revelou que as diretrizes são cumpridas pelo curso de fisioterapia pesquisado, sob os aspectos da concepção curricular, do desenvolvimento do projeto pedagógico pautado na tríade ensino, pesquisa e extensão, porém, existe a necessidade de aprimoramento das fragilidades apontadas e seus reflexos nos perfis de formação humanista, formação crítica, reflexiva e generalista. Recomenda-se ao Núcleo Docente Estruturante adequações curriculares do eixo de conhecimento das ciências sociais e humanas mais especificamente a oferta da disciplina Ética na Saúde, por atualmente ser oferecida intercursos, deve-se rever o estudo dos códigos de ética profissionais de cada área. Deve-se avaliar a complementação de carga horária das disciplinas práticas. Aos órgãos de classe, propõe-se incentivar maior adesão dos docentes na formação continuada em educação superior. Aos responsáveis pelas Políticas Públicas Educacionais, a necessidade de implantar estratégias de aprimoramento nos currículos de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, para uma formação profissional dos bacharéis da saúde mais adequada para a atuação no ensino superior.

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1.210 de 10 de dezembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 dez. 2001, Seção 1, p. 22. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf>. Acesso em: 6 set. 2015.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. de 2002. Seção 1, p. 11. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2015.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Conselho Nacional de Avaliação da Educação Superior. Resolução nº1, de 17 de junho de 2010. **Normatiza o Núcleo Docente Estruturante**. Brasília - DF. Disponível em: <http://www.pucsp.br/cpa/downloads/21_03_11_nucleo_docente_estruturante_resolucao_conaes_1__17_junho_2010.pdf>. Acesso em: 6 set. 2015.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Articulação com os Sistemas de Ensino. **Planejando a Próxima Década: Conhecendo as 20 Metas do Plano Nacional de Educação, 2014**. Brasília, DF, Ministério da Educação. 2014. Disponível em: <http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_conhecendo_20_metas.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2016.

COBRA, Maura Nogueira. **O uso das TICs no Ensino Superior**. Linha Direta. ISSN. 2176-4417.v.1, série 193. p. 60-62. Impresso. 2014.

CYRINO EG, TORALLES-PEREIRA ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004; v. 20 p. 780-788.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC: UNESCO, 2001.

FERREIRA, Ricardo Corrêa et al. Formação no SUS sob a Perspectiva Docente. **Revista brasileira de educação médica**, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo. Paz e Terra, 1996.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LIZARRAGA, M. L. S. de Acedo. **Competencias cognitivas em educación superior**. Narcea. Madrid, 2010.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. 2ª. Edição. São Paulo: Summus, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAN, J. M. Ensino e aprendizagem inovadores com tecnologias audiovisuais e telemáticas. In: MORAN, J. M. (Org). **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. Campinas. Papirus, 2000.

PRIGOL, Edna Liz; BEHRENS, Marilda Aparecida. **A formação continuada do docente do ensino superior e sua relação com sua prática pedagógica**. Florianópolis: X ANPED SUL, 2004.

SILVA, Mariana Siqueira. Um Pensar Sobre a Ética nas Relações Docente e Aluno no Ensino Superior. **Estação Científica**, Juiz de Fora, n. 11, jan./jun. 2014.

SCHULZ, Almiro. Formação ética para o exercício da docência (Ethical formation for the exercise of the teaching profession). In: Congresso Internacional de Filosofia e Educação. Caxias do Sul, maio 2010, ISSN. 2177674X.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-revista Pmkt**, São Paulo, v. 3, n. 1, p.20-27, set. 2009.

AVALIAÇÃO PRÁTICA POR COMPETÊNCIAS: OSCE NA FISIOTERAPIA

Erica Passos Baciuk

Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ
Jaguariúna – SP

Juliana Valéria Leite

Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ
Jaguariúna – SP

RESUMO: Nas metodologias ativas, aprendizado se dá a partir de situações reais; as mesmas que os alunos vivenciarão depois na vida profissional, de forma antecipada, durante o curso. Tomando por base este, dentre muitos argumentos, somados à filosofia do futuro baseado na prática, missão de nossa Instituição, buscamos um instrumento de avaliação condizente com estas metodologias. No início de 2017, implantamos a avaliação integrativa prática (AIP) baseada no sistema OSCE (Objective Structured Clinical Examination), cujo objetivo foi avaliar o que os alunos fazem e não apenas o que eles sabem. Esta se baseia em estações simuladas. Algumas habilidades avaliadas foram comunicação e interação com pacientes e familiares; anamnese; exame físico geral e especial; raciocínio clínico e formulação de hipóteses de diagnóstico; interpretação de exames laboratoriais; proposição e execução de ações; orientação e educação ao paciente; e resolução de problemas. Quando comparada a percepção dos alunos de 5º e 7º períodos,

que realizaram esta avaliação pela primeira vez, foi evidente a percepção mais positiva do 7º período. Quando analisado de maneira longitudinal, o desempenho e a percepção dos alunos do 5º período de 2017, enquanto cursaram 5º, 6º e 7º semestres, observou-se melhora no desempenho e na percepção ao longo do curso. A experiência da implantação da AIP foi exitosa em todos os aspectos, desde sua construção coletiva, envolvendo todos os professores fisioterapeutas, a execução, os resultados e a avaliação da percepção dos alunos quanto à AIP, que mostrou que estamos no caminho certo para a formação de profissionais autônomos e competentes.

PALAVRAS-CHAVE: Metodologias Ativas; Avaliação; Competências; Fisioterapia.

ABSTRACT: When using the active methodologies in teaching, learning takes place from real situations simulation; the same ones that the students will experience later in their professional life, but in advance, during their graduation. Based, mostly, on this argument, and on the philosophy of our Institution, which is future based on practice, we sought an instrument of evaluation consistent with these methodologies. In early 2017, we implemented the OSCE (Objective Structured Clinical Examination) system, and introduced the Practical Integrative Assessment (AIP), which aimed to assess what

students really do and not only what they know. This occurred in simulated stations. Some skills evaluated were communication and interaction with patients and their families; anamnesis; general and specific physical examination; clinical reasoning and formulation of diagnostic hypotheses; interpretation of laboratory tests; proposition and execution of actions; patient orientation and education; and troubleshooting. When comparing the perception of the students from the 5th and 7th periods, both performing this evaluation for the first time, the most positive perception was from students from the 7th period. In a longitudinal analysis, the performance and perception of the students that went from the 5th period (2017) through the 7th semester (2018), had an improvement during the course. The experience in implantation the AIP was successful in all aspects, from its collective construction, involving all physiotherapist teachers, the execution, the results and the evaluation of the students' perception regarding the AIP, which showed that we are on the right track for the training of autonomous and competent professionals.

KEYWORDS: Active methodologies in teaching; Assesment; Competence; Physiotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a escola nova distingue-se da tradicional pela presença, em todas as suas atividades, do fator psicológico do interesse. Neste contexto, as mudanças na estruturação pedagógica dos cursos são fundamentais, mesmo tendo sua implantação de maneira progressiva, mantendo-se o modelo curricular predominantemente disciplinar e implantando-se metodologias ativas que priorizem o maior envolvimento do aluno (BACICH e MORAN, 2015; GOMES et.al., 2009).

A utilização de Metodologias Ativas no ensino superior é cada vez mais frequente e tem se mostrado bastante eficiente (GOMES et.al., 2009). Isso se justifica porque a atual geração de alunos que faz graduação tem amplo acesso à informação e necessita de estratégias de ensino que estimulem a reflexão sobre estas informações e sua aplicação.

O interesse e a motivação dos graduandos nas aulas aumentam quando a aplicabilidade do conhecimento na atuação profissional futura é evidente (MORÁN, 2015).

Os docentes de ensino superior apresentam conhecimentos aprofundados em temas específicos, assim como experiência em pesquisas, o que permite a utilização de metodologias ativas.

A diferença fundamental que caracteriza um ambiente de aprendizagem ativa é a atitude ativa do aluno de analisar, sintetizar, pesquisar, resolver, em contraposição à atitude passiva, geralmente associada aos métodos tradicionais de ensino (MORÁN, 2015).

A Metodologia Ativa está associada ao mundo real, e ajuda a desenvolver

competências ou habilidades cognitivas superiores que permanecem mesmo com o passar do tempo (RODRIGUES e FIGUEIREDO, 1996).

Nas metodologias ativas de aprendizagem, o aprendizado se dá a partir de problemas e situações reais. Os mesmos que os alunos vivenciarão depois na vida profissional, de forma antecipada, durante o curso (MORÁN, 2015; TAVARES, 2003).

Neste ambiente, o docente deve apresentar postura crítica e reflexiva e considerar cada aluno trabalhador único em meio às suas temporalidades (DE DOMENICO e MATHEUS, 2009).

Tomando por base estes, dentre muitos argumentos, somados à filosofia do futuro baseado na prática, missão de nossa Instituição, nos fez buscar um instrumento de avaliação condizente com estas metodologias.

A proposta de nosso trabalho é tornar os estudantes mais independentes em relação ao seu aprendizado, de forma a fazer com que ele seja parte ativa nesse processo, utilizando diversas estratégias de metodologias ativas, assim como construindo uma avaliação condizente com estas metodologias (FRANCO *et. al.*, 2015; NUNES *et. al.*, 2008).

2 | A AVALIAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS

No início de 2017, implantamos uma avaliação semestral baseada no sistema OSCE (Objective Structured Clinical Examination) aplicado inicialmente aos cursos de medicina no Brasil (ANDRADE *et.al.*, 2013; NUNES *et. al.*, 2008), a qual se denominou Avaliação Integrativa Prática.

Esta avaliação teve peso de 20% na nota do segundo bimestre letivo de todas as disciplinas cursadas pelo aluno naquele período. Vale salientar, que as Avaliações Integrativas Teóricas, com conteúdos acumulativos, sempre foi uma prática institucional, com peso de 20% na nota bimestral das disciplinas.

A Avaliação Integrativa Prática teve por objetivo avaliar o que os alunos fazem e não apenas o que eles sabem, tendo visto que para avaliar o que eles sabem utiliza-se a Avaliação Integrativa Teórica.

Esta avaliação se baseia em estações simuladas (FRANCO *et. al.*, 2015), onde são selecionadas cinco competências, fundamentadas naquelas apresentadas no quadro 1, para cada uma das quatro estações.

COMPETÊNCIAS	ATENDE	NÃO ATENDE
Demonstra postura e ética		
Realiza o exame físico-funcional com competência		
Desenvolve o raciocínio clínico		
Realiza prática fisioterapêutica de forma integrada		
Mostra-se acessível ao paciente		

Quando necessário encaminha o paciente adequadamente					
Demonstra iniciativa e capacidade de tomar decisões					
Toma decisões com base em eficácia e custo-efetividade					
Comunica-se adequadamente com a equipe de trabalho					
Comunica-se adequadamente com o paciente e sua família					
Realiza anamnese com competência					
Orienta adequadamente o paciente acerca dos seus problemas de saúde e tratamento					
Orienta o paciente com objetivos de promoção de saúde					
Realiza com competência a comunicação escrita (receituário, prontuário e atestado)					
Quando necessário é capaz de assumir posição de liderança na equipe					
Demonstra compromisso e responsabilidade na sua prática					
Demonstra polidez e cortesia nas suas relações de trabalho					
Demonstra capacidade de gerenciar os diferentes recursos de trabalho em campo de prática					
Demonstra habilidade para gerenciamento de informações					
Demonstra interesse em aprender					
Demonstra autonomia para buscar novas informações					
Demonstra capacidade de orientar a equipe de trabalho com vista a aprimoramentos da qualidade do cuidado					
Atenção à saúde	Tomada de decisões	Comunicação	Liderança	Administração / gerenciamento	Educação permanente

Quadro 1: Competências a serem avaliadas na Avaliação Integrativa Prática

As principais competências avaliadas foram comunicação e interação com pacientes e familiares; anamnese; exame físico geral e especial; raciocínio clínico e formulação de hipóteses de diagnóstico cinético funcional; interpretação de exames laboratoriais; proposição e execução de ações; orientação e educação ao paciente; e resolução de problemas.

Foram quatro estações, com cinco minutos para leitura do caso e execução das tarefas e um minuto para devolutiva do examinador. Ao término das quatro estações, o aluno recebeu o resultado quantitativo sobre o seu desempenho e, na sequência foi convidado a responder a um breve questionário de percepção sobre a avaliação, baseado no questionário de percepção da prova do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes- ENADE (INEP, 2016).

Os questionários não eram identificados. A cada final de avaliação, a coordenação fez a análise quantitativa e qualitativa da percepção dos alunos e apresentou aos docentes.

Definiu-se que esta avaliação seria aplicada semestralmente para as turmas de quinto a oitavo período do curso de fisioterapia, com possibilidades futuras de ser ampliado para as demais turmas, inclusive último ano.

Até o momento, os alunos de último ano, nono e décimo períodos, apresentam-

se de maneira voluntária para compor os cenários de práticas das estações simuladas.

3 | DESEMPENHO DOS ALUNOS NA AVALIAÇÃO

A primeira Avaliação Integrativa Prática foi realizada no primeiro semestre de 2017, para as turmas de quinto e sétimo períodos do curso de fisioterapia, totalizando 57 e 54 alunos respectivamente.

Na análise transversal de desempenho dos alunos que realizaram a avaliação no primeiro semestre de 2017, pode-se observar que o desempenho da turma de 5º período e de 7º período, foi respectivamente, igual ou superior a cinquenta por cento de desempenho, 33,3% (19) e 55,6% (30); e igual ou inferior a vinte e cinco por cento do desempenho, 19,3% (11) e 3,7% (2) dos alunos, conforme apresentado na tabela 1. A partir destes resultados é possível concluir que a turma de 7º período apresentou melhores resultados no desempenho, em relação à turma de 5º período. Provavelmente pela estrutura da matriz curricular do curso, disciplinar, concentrar maior número de disciplinas clínicas, profissionalizantes, a partir do 6º período letivo, o que possibilita um trabalho com questões clínicas mais complexas em sala de aula. Por outro lado, pode ser decorrente do grau de maturidade intrínseca do aluno, mais desenvolvido em semestres mais avançados.

Desempenho na avaliação	Turma 5º período	Turma 7º período
Igual ou superior a 50%	33,3% (19)	55,6% (30)
25%<x<50%	47,4% (27)	40,7% (22)
Igual ou inferior a 25%	19,3% (11)	3,7% (2)
TOTAL	100% (57)	100% (54)

Tabela 1: Desempenho da turma de 5º e 7º períodos de 2017.

Quando realizada a análise longitudinal de desempenho dos alunos da turma de 5º semestre de 2017, enquanto cursaram 5º, 6º e 7º semestres, totalizando em cada período respectivamente, 57, 63 e 64 alunos, conforme apresentado na tabela 2.

Desempenho na avaliação	5º período 2017-1	6º período 2017-2	7º período 2018-1
Igual ou superior a 50%	33,3% (19)	38,1% (24)	59,4% (38)
25%<x<50%	47,4% (27)	50,8% (32)	35,9% (23)
Igual ou inferior a 25%	19,3% (11)	11,1% (7)	4,7% (3)
TOTAL	100% (57)	100% (63)	100% (64)

Tabela 2: Desempenho da turma de 5º período de 2017 ao longo do tempo (2017-1, 2017-2 e 2018-1).

Os dados mostraram melhora no desempenho durante o curso do 5º, 6º e 7º semestres, sendo respectivamente, igual ou superior a cinquenta por cento de desempenho, 33,3% (19), 38,1% (24) e 59,4% (38); e igual ou inferior a vinte e cinco

por cento do desempenho, 19,3% (11), 11,1% (7) e 4,7% (3) dos alunos.

A análise dos resultados apresentados na tabela 2 mostrou que ao longo do tempo, a turma de 5º período de 2017 apresentou melhora de desempenho na Avaliação Integrativa Prática, o que confirma um amadurecimento dos alunos em relação a questões clínicas cada vez mais complexas, e conseqüentemente o desenvolvimento das habilidades para as competências exigidas na profissão. E ainda, refletindo maior familiarização com a metodologia implantada, reflexo de um curso cada vez mais embasado em processos metodológicos ativos.

4 | PERCEPÇÃO DOS ALUNOS SOBRE A AVALIAÇÃO INTEGRATIVA PRÁTICA

Com relação à percepção dos alunos de 5º e 7º períodos, que realizaram a Avaliação Integrativa Prática pela primeira vez no ano de 2017, quanto ao grau de dificuldade na realização da mesma foi para 5º e 7º respectivamente, 26% e 50% médio, 37% e 41% difícil, e 37% e 7% muito difícil, conforme ilustrado na figura 1.

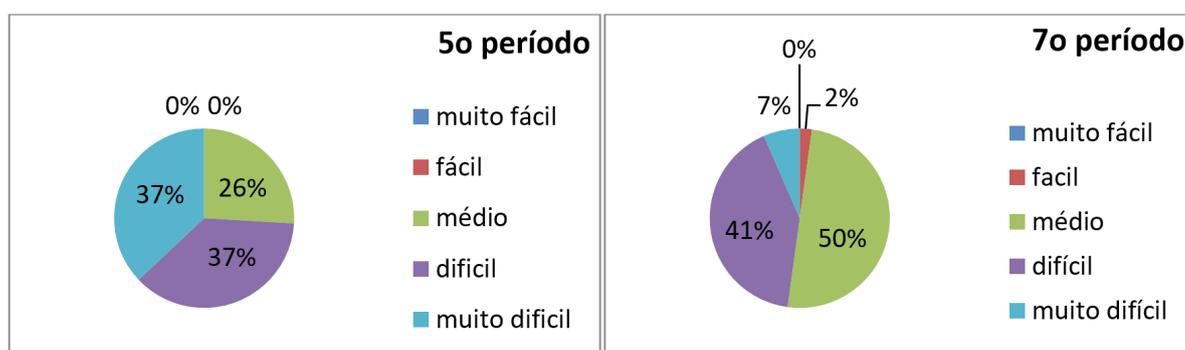


Figura 1: Grau de dificuldade referida pelas turmas de 5º e 7º períodos ao realizar a Avaliação Integrativa Prática pela primeira vez.

Quanto às instruções fornecidas para a resolução das tarefas serem suficientes para a resolução da tarefa, 7% e 36% responderam sim, em todas elas, 24% e 22% na maioria delas, 54% e 26% responderam somente em algumas, e 13% e 4% responderam não, em nenhuma delas (Figura 2).

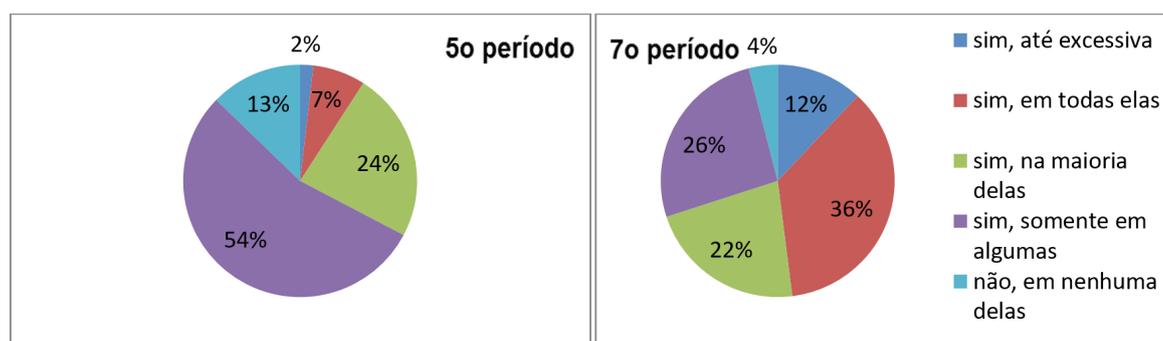


Figura 2: Quanto as instruções nas estações foram suficientes para as turmas de 5º e 7º períodos realizarem a Avaliação Integrativa Prática pela primeira vez.

Quanto à percepção da abordagem dos conteúdos em cada estação, 29% e 18% estudou alguns desses conteúdos, mas não os aprendeu, 28% e 43% estudou a maioria desses conteúdos, mas não os aprendeu, 29% e 30% estudou e aprendeu muitos desses conteúdos (Figura 3).

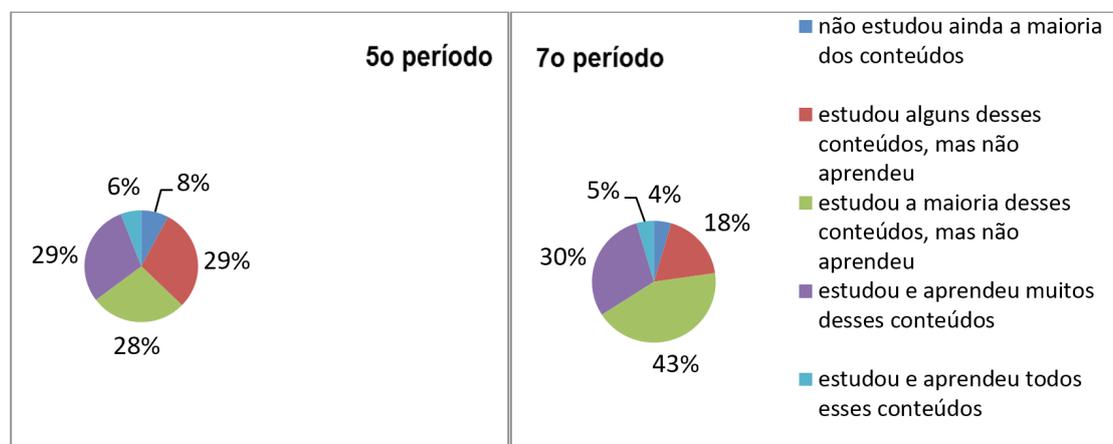


Figura 3: Consideração sobre os conteúdos abordados nas estações, referida pelas turmas de 5º e 7º períodos ao realizar a Avaliação Integrativa Prática pela primeira vez.

Quando realizada a análise longitudinal da percepção dos alunos da turma de 5º período de 2017, enquanto cursaram 5º, 6º e 7º semestres, totalizando em cada período respectivamente, 57, 63 e 64 alunos, os dados mostraram que houve melhora na percepção dos alunos, conforme apresentados na tabela 3.

Percepção sobre a avaliação		5º período 2017-1	6º período 2017-2	7º período 2018-1
Quanto as instruções nas estações foram suficientes	sim, até excessivas	1,8% (1)	3,1% (2)	7,8% (5)
	sim, em todas elas	7,3% (4)	32,8% (21)	37,5% (24)
	sim na maioria delas	26,3% (13)	28,1% (18)	32,8% (21)
	sim, somente em algumas	54,5% (30)	29,7% (19)	20,3% (13)
	não, em nenhuma delas	12,7% (7)	1,6% (1)	1,6% (1)
Tempo total para execução da prova	muito longa	0% (0)	1,6% (1)	4,7% (3)
	longa	5,5% (3)	7,8% (5)	17,2% (11)
	adequada	58,2% (32)	59,4% (38)	71,9% (46)
	curta	25,5% (14)	21,9% (14)	6,3% (4)
	muito curta	10,9% (6)	4,7% (3)	0% (0)
Clareza e objetividade dos roteiros nas estações	sim, todos	7,3% (4)	15,6% (10)	17,2% (11)
	sim, a maioria	40,0% (22)	37,5% (24)	45,3% (29)
	apenas cerca da metade	14,5% (8)	18,8% (12)	18,8% (12)
	poucos	32,7% (18)	17,2% (11)	15,6% (10)
	não, nenhum	5,5% (3)	0% (0)	0% (0)

Consideração sobre os conteúdos abordados nas estações	não estudou ainda a maioria dos conteúdos	7,3% (4)	14,1% (9)	4,7% (3)
	estudou alguns desses conteúdos, mas não os aprendeu	27,3% (15)	18,8% (12)	14,1% (9)
	estudou a maioria desses conteúdos, mas não os aprendeu	25,5% (14)	28,1% (18)	29,7% (19)
	estudou e aprendeu muitos desses conteúdos	27,3% (15)	20,3% (13)	40,6% (26)
	estudou e aprendeu todos estes conteúdos.	5,5% (3)	7,8% (5)	6,3% (4)
Grau de dificuldade da prova	muito fácil	0% (0)	1,6% (1)	0% (0)
	fácil	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	médio	25,5% (14)	29,7% (19)	60,9% (39)
	difícil	36,4% (20)	40,6% (26)	31,3% (20)
	muito difícil	36,4% (20)	17,2% (11)	4,7% (3)
TOTAL		100% (57)	100% (63)	100% (64)

Tabela 3: Percepção sobre a avaliação, turma de 5º período de 2017 ao longo do tempo (2017-1, 2017-2 e 2018-1).

As melhoras foram evidenciadas pelo maior número de alunos que consideraram as informações fornecidas para a resolução das tarefas suficientes (7,3%; 32,8%; 37,5%), que o tempo de execução foi adequado (58,2%; 59,4%; 71,9%).

Com relação à clareza e objetividade dos roteiros nas estações, também houve melhora na percepção, pois somando as respostas sim todos e sim a maioria, obteve-se 47,3%; 53,1%; 62,5%, respectivamente no 5º, 6º e 7º períodos.

Outro dado relevante foi o conteúdo abordado e sua coerência, pois nas avaliações de 2017 os alunos consideraram que haviam estudado a maioria dos conteúdos ou alguns dos conteúdos, porém não os tinha aprendido (52,8%; 46,9%; 43,8%). Em 2018, a maioria dos alunos considerou que estudou e aprendeu a maioria ou todos os conteúdos abordados (32,8%; 28,1%; 46,9%).

Este dado pode refletir uma adequação com relação ao conteúdo abordado na avaliação e a maneira como ele é transmitido em sala de aula. Abordar um conteúdo em aulas com sistemas puramente tradicionais de ensino e exigir do aluno desenvoltura crítica reflexiva durante uma avaliação representaria incoerência por parte do corpo docente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da implantação da Avaliação Integrativa Prática, baseada no método OSCE, foi exitosa em todos os aspectos, desde sua construção coletiva, envolvendo todos os professores fisioterapeutas, a execução, os resultados e a avaliação da percepção dos alunos quanto à avaliação, que mostrou que este modelo

contribui substancialmente para a formação de profissionais autônomos, reflexivos e competentes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.F.; MADEIRA, C.A.G.; AIRES, S.F. **OSCE virtual**: simulação de avaliação de casos clínicos. II Congresso Brasileiro de Informática na Educação (CBIE 2013). Workshops (WCBIE 2013). DOI: 10.5753/CBIE.WCBIE.2013.454

BACICH, L.; MORAN, J. Aprender e ensinar com foco na educação híbrida. **Revista Pátio**, n. 25, junho, 2015, p. 45-47. Disponível em: <http://www.grupoa.com.br/revista-patio/artigo/11551/aprender-e-ensinar-com-foco-na-educacao-hibrida.aspx>.

DE DOMENICO, E.B.L.; MATHEUS, M.C.C. Didática em saúde: representações de graduandos em Enfermagem e utilização de metodologia inovadora de ensino. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 3, p. 413-419, set., 2009.

FRANCO, C.A.G.S.; FRANCO, R.S.; SANTOS, V.M.; UIEMA, L.A.; MENDONÇA, N.B.; CASANOVA, A.P.; SEVERO, M.; FERREIRA, M.A.D. OSCE para competências de comunicação clínica e profissionalismo: relato de experiência e meta-avaliação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.3, p. 433- 441, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02832014>

GOMES, R.; FRANCISCO, A.M.; TONHOM, S.F.R.; COSTA, M.C.G.; HAMAMOTO, C.G.; PINHEIRO, O.L.; MOREIRA, H.M.; HAFNER, M.L.M.B. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.71-83, jan./mar., 2009.

INEP. Ministério da Educação. **Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes- ENADE**, 2016.

MORAN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. In: SOUZA, C. A.; MORALES, O. E. T. (orgs.). **Coleção Mídias Contemporâneas**. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Vol. II. PG: Foca Foto-PROEX/UEPG, p. 15-33, 2015.

NUNES, S.O.V.; VARGAS, H.O.; LIBONI, M.; MARTINS NETO, D.; VARGAS, L.H.M.; TURINI, B. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.2, p. 210-216, 2008.

RODRIGUES, M.L.V.; FIGUEIREDO, J.F.C. Aprendizado centrado em problemas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, p. 396-402, oct./dec., 1996.

TAVARES, C.M.M. Integração curricular no curso de graduação em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, p. 401-404, jul/ago, 2003.

PROGRAMA CANDEAL: PRÁTICA INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Lavínia Boaventura Silva Martins

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador - BA

Renata Roseghini

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador - BA

Cláudia de Carvalho Santana

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador - BA

Bárbara Nascimento Rocha Ribeiro Soares

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador - BA

Sidney Carlos de Jesus Santana

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador - BA

Léa Maria dos Santos Lopes Ferreira

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador - BA

Ubton José Argolo Nascimento

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Salvador - BA

RESUMO: Apresenta-se uma proposta inovadora no campo da formação em Saúde que articula os eixos de ensino, pesquisa e extensão de forma arrojada e criativa. Trata-se da implementação do Programa Candéal, criado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), em resposta às

orientações dispostas nas das Diretrizes Curriculares Nacionais para favorecer práticas interprofissionais em diferentes cenários, utilizando metodologias ativas de aprendizagem e buscando responder as demandas sociais de saúde, em especial com o Sistema Único de Saúde. Atualmente o Programa está integrado a um componente curricular que agrega aproximadamente 300 estudantes de todos os cursos oferecidos pela EBMSP, distribuídos em 30 Grupos de Educação em Saúde, sob tutoria de 21 professores e beneficiando comunidades de dois Distritos Sanitários do município de Salvador-BA. Ações de Educação em Saúde são planejadas, executadas e avaliadas por alunos organizados em equipes multiprofissionais, sob a tutoria de um professor. Ocorrem nas comunidades em diferentes cenários (escolas, associações comunitárias, unidades de saúde, igrejas, creches, entre outros), de forma continuada, ao longo do semestre letivo. O foco é promoção da saúde, estimulando autocuidado e autoestima dos participantes, buscando qualidade de vida. O Programa tem experimentado um vasto crescimento tanto a nível quantitativo e quanto qualitativo. Sistemas avaliativos foram criados e os resultados são apresentados sob a perspectiva dos atores envolvidos - docentes, discentes e comunidades. Uma prática humanística, crítica e reflexiva tem sido o principal resultado das

ações que vem sendo divulgadas em eventos científicos de educação e extensão a nível local, nacional e internacional.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Superior. Relações Comunidade-Instituição. Promoção da Saúde.

1 | O CONTEXTO

As propostas de reorganização curricular, elaboradas para os diversos núcleos do campo da saúde a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais e de políticas implementadas para uma formação de qualidade, humanística, que possa atender a demandas de um sistema único de cuidados com a saúde da população no Brasil, têm sido motivo de atenção por parte de universidades e Instituições de Ensino Superior (IES), a exemplo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

Essas diretrizes, que constituem orientações para a elaboração dos currículos, encorajam o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridos fora do ambiente escolar, fortalecendo a articulação da teoria com a prática, valorizando, com isso, os estágios e a participação em atividades de extensão durante a formação. Tais currículos devem se constituir em matrizes dinâmicas para a construção de habilidades e competências, possibilitando a substituição do modelo tradicional do saber estruturado, pela criação de outros cenários de aprendizagem, em que está incluída a inserção precoce do jovem em formação, nos contextos reais das práticas de cuidado em saúde, as quais possibilitam fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. Além disso, devem favorecer as práticas interdisciplinares e interprofissionais levando à uma compreensão dos futuros profissionais, sobre as intercessões dos campos do conhecimento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) traz que a educação interprofissional é um passo importante da força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, para que esteja mais bem preparada para responder às necessidades de saúde locais.

É fato que as habilidades e atitudes desenvolvidas por graduandos na sua atuação frente aos problemas concretos da realidade, exercem grande influência sobre a sua postura profissional e contribuem para torná-los profissionais de saúde com visão ampliada da realidade social, do processo saúde-doença-cuidado dos indivíduos e coletividades.

Seguindo nesta direção, a EBMSP tem incentivado ações pedagógicas que potencializem o diálogo entre os núcleos profissionais do campo da saúde, e o Programa Candeal é uma destas propostas.

2 | O PROGRAMA CANDEAL

O Programa Candeal, apresentado nessa proposta, é uma prática curricular

interdisciplinar, interprofissional e extramuros, alicerçada no tripé ensino-pesquisa-extensão que ocorre desde agosto de 2006, com o foco na Saúde Coletiva, sobretudo na Promoção da Saúde através de práticas de Educação em Saúde. Seus objetivos são organizados em dois grandes eixos – pedagógicos e de extensão.

OBJETIVO GERAL

ACADÊMICO	EXTENSÃO
<p>Possibilitar a vivência em equipes multiprofissionais, desenvolvendo aptidões para o trabalho interdisciplinar e interprofissional com grupos de Educação em Saúde na comunidade, em parceria com organizações sociais, de saúde, educacionais, dentre outras.</p>	<p>Promover práticas educativas na comunidade, com equipes multiprofissionais, com foco na prevenção de doenças e agravos e na promoção da saúde, com diretrizes interdisciplinares.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

PEDAGÓGICOS	EXTENSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Promover ao aluno o exercício da prática contínua de Educação em Saúde na comunidade, incluindo os seguintes propósitos: • Levantar as demandas de uma comunidade para trabalhos de prevenção de doenças/agravos e promoção da saúde; • Sensibilizar a comunidade para a prática dos cuidados em Atenção Primária à Saúde; • Elaborar planos de intervenção de Educação em Saúde. • Realizar o acolhimento e os trabalhos de grupo com o foco na saúde. • Realizar a avaliação do trabalho junto à comunidade. • Construir relatórios das práticas de intervenção. • Exercitar, no âmbito acadêmico, a valorização do saber popular, das raízes histórico-culturais de cada comunidade e a humanização. • Estimular a discussão da dimensão social e política da sua prática entre os discentes e a comunidade. • Levar os alunos e professores ao aprendizado do trabalho em equipes multidisciplinares, valorizando os conhecimentos específicos e a complementaridade entre os diversos núcleos do saber. • Estimular a pesquisa acadêmica e a produção científica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir as práticas de Educação em Saúde no Distrito Sanitário de Brotas e do Cabula-Beirú; • Sensibilizar e mobilizar a comunidade para o autocuidado e/ou o cuidado com o outro, tendo em vista a saúde integral. • Disseminar práticas saudáveis estimulando a qualidade de vida. • Fomentar o conhecimento da comunidade sobre saúde, direitos e deveres, estimulando seu protagonismo e buscando elevar sua autoestima. • Promover a Educação Continuada de profissionais do Sistema Único de Saúde • Integrar o conhecimento da academia às ações do SUS, prioritariamente em unidades de saúde.

Inicialmente a participação dos alunos no Programa equivalia a uma atividade complementar. Posteriormente, o interesse entre as coordenações de curso em aproximar os conteúdos dos seus respectivos componentes curriculares relativos à Saúde Comunitária em uma prática comum, foi se construindo. Aliando-se a isso, uma tendência institucional de apoio a ações interdisciplinares e de organização de um núcleo comum (componentes curriculares comuns a todos os cursos) foi se delineando, levando em 2010 a uma composição nas matrizes curriculares dos cursos de graduação para que uma mesma atividade servisse a todos os graduandos dos cursos da EBMS (Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Psicologia), tendo-a como uma prática curricular obrigatória de ensino/extensão.

Foi em meio às mudanças curriculares dos cursos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública que nasceu o Programa Candeal. Precisávamos, cada vez mais e mais precocemente, inserir nossos alunos em atividades na atenção básica, precisávamos que experimentassem a maravilhosa sensação de estar junto às pessoas onde elas estivessem, em suas comunidades, em suas casas, nas Unidades de Saúde da Família, oferecendo cuidado efetivo. Precisávamos que aprendessem a trabalhar em equipes multiprofissionais, para que depois de formados não se sentissem uns mais importantes que os outros. Precisávamos que soubessem liderar e ser liderados, em busca dos melhores resultados para todos. Precisávamos que adquirissem habilidades no lidar com grupos. (...) Precisávamos achar uma maneira de aproximá-los de um mundo desconhecido, que parecia muito distante, diferente e perigoso. (Maria Luisa C. Soliani, diretora da EBMS - prefácio do livro “Educação em Saúde na Comunidade: elementos pedagógicos de uma prática interdisciplinar”, ARAÚJO, 2012).

Atualmente, o Programa Candeal é realizado através do componente curricular “Prática Interprofissional em Saúde”, que integra alunos e professores de todos os cursos de graduação da IES. Semestralmente, cerca de 300 estudantes distribuem-se em uma média de 30 equipes multiprofissionais de 10 a 12 participantes, e atuam sob a coordenação de um professor-tutor, também dos diversos cursos, podendo haver a participação de representante da instituição parceira, conforme seu interesse.

Os grupos de Educação em Saúde acontecem semanalmente, de forma contínua e sistemática nos territórios de dois Distritos Sanitários de Salvador (DS de Brotas e DS do Cabula/Beirú), onde estão situadas as Unidades Acadêmicas da Escola Bahiana, a partir de parcerias intersetoriais entre a EBMS e outras organizações governamentais e não governamentais, sendo algumas delas: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Secretaria Municipal de Educação de Salvador, Colégio Estadual Governador Roberto Santos, Núcleos Estaduais de Orquestras Juvenis e Infantis da Bahia, associações comunitárias do Candeal (Brotas) e Amazonas (Cabula), entre outros equipamentos sociais.

A ação propriamente dita para atingir aos objetivos descritos anteriormente, segue um roteiro prévio que incluiu:

- A identificação de possíveis parceiros na comunidade;
- O levantamento das demandas sociais para grupos educativos em saúde a partir das lideranças locais e gestores parceiros;

- A apresentação e submissão das propostas de trabalho de grupo a esses últimos, com a delimitação do público alvo e das contrapartidas; organização da infraestrutura; plano de sensibilização da comunidade e de sua inscrição nos grupos de educação em saúde.

Além disso, os estudantes são preparados durante cinco semanas que antecedem o início dos trabalhos com as comunidades nas seguintes etapas:

1. Seminário de abertura para todos os alunos, com exposição da metodologia e cronograma de trabalho bem como a formação das equipes multiprofissionais.
2. Encontro de Integração I para formação do grupo, discussão sobre tipos de grupo, metodologias em grupo e dinâmicas para o fortalecimento do trabalho em grupo tendo como base diversas fontes bibliográficas da área.
3. Encontro de Integração II para discussões de temáticas relacionadas ao grupo (políticas públicas, indicadores, aspectos metodológicos, território e territorialidade) através da discussão de artigos científicos, documentos institucionais, documentários e dinâmicas de grupo.
4. Encontro de Integração III para o planejamento da divulgação do grupo na comunidade, das atividades de acolhimento e de identificação das demandas próprias de cada grupo.
5. Visita à Comunidade para identificação do território a ser vivenciado em seu contexto social e observação da estrutura física disponível na comunidade para a realização das práticas. Neste encontro, muitos dos alunos já interagem com alguns atores da comunidade como profissionais de saúde, gestores, líderes comunitários e a população local para divulgação dos trabalhos.

A sensibilização da comunidade é realizada das mais diversas formas, planejada pelas equipes – folders; cartazes; performances; cine-debates; feiras de saúde, entre outras, de acordo com o contexto de cada uma. A partir destes encontros, a equipe passa a frequentar semanalmente a comunidade para a realização das atividades de Educação em Saúde por, aproximadamente, mais 10 (dez) encontros ao longo do semestre.

No plano de trabalho, os grupos fazem contato com o cotidiano da população participante, de forma sistemática e contínua, ao longo do semestre letivo. Com essa prática aprendem a identificar determinantes – biológicos, culturais, psicológicos, sociais – do processo saúde-doença, planejam e realizam intervenções educativas de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. As ações de educação em saúde são voltadas para os diversos ciclos de vida (criança, gestantes, adolescentes, adultos e idosos) e para populações com demandas específicas de saúde – tabagismo, diabetes, hipertensão, portadores do Vírus T-linfotrófico humano - HTLV, pessoas com deficiência e com transtorno mental.

No decorrer dos trabalhos, os estudantes são estimulados a compreender a necessidade que tem de verificar o quanto estas pessoas conhecem seu corpo, seu estado e condição de saúde, suas doenças, suas potencialidades, limitações e suas características, a influência do território no processo de saúde-doença-cuidado, a fim

de realizarem o trabalho educativo. Eles vão se dando conta de que, em muitos casos, mesmo havendo informações, há uma grande dificuldade em se promover mudança nos hábitos de vida para o autocuidado e promoção da saúde. Emerge então uma necessidade, ao longo das intervenções, de abordar aspectos causais mais complexos dos processos de saúde-doença tais como: padrões comportamentais, autoestima, resistência à mudança de atitudes, disciplina com o corpo, vícios e força de vontade. Trabalhos com esses enfoques surgem como desdobramento do processo de autoconhecimento pelo qual passam todos os participantes.

Ao longo dos processos grupais, os estudantes assumem o papel de coordenador e relator das atividades educativas em saúde, que são planejadas e executadas em equipe. As atividades são desenvolvidas através de metodologias ativas, com dinâmicas de grupo que favorecem uma vivência constante no campo da ludicidade. Revivendo suas brincadeiras de infância, desenvolvendo e expondo suas habilidades artísticas de música, dança, teatro, pintura, artes plásticas, aprendidos ao longo da sua vida, são provocados na sua criatividade, quando estimulados a utilizá-las como ferramentas nas atividades educativas.

Este componente – criatividade – é uma importante competência a ser exercitada pelo aluno e a ludicidade lhe servirá de contexto de trabalho, pois favorecerá a que se agregue valor ao conteúdo a ser mediado junto à comunidade, incentivando-a a uma participação efetiva e à aprendizagem significativa.

Neste Programa, é a valorização do trabalho em equipe e da observação do indivíduo como um todo que trazem a valiosa noção de indissociabilidade das diversas áreas do conhecimento associados ao ser humano. Assim posto, o caminho do trabalho das equipes que pressupõe sempre um planejamento, desenvolvimento e avaliação em conjunto para abordagem dos temas propostos, reflete claramente uma intervenção interdisciplinar e interprofissional.

Ao final dos encontros as equipes realizam uma atividade de avaliação e feedback da comunidade e uma atividade de avaliação e feedback interno com o professor tutor. O encerramento do Programa ocorre no final do semestre letivo com a participação de todos os estudantes e professores envolvidos, onde as diversas experiências são compartilhadas entre todos os atores e novas demandas para os próximos semestres são identificadas pelos professores, que iniciam o planejamento do semestre seguinte.

No que tange à equipe de professores, também dos diversos cursos, essa integração vem se operando: na construção coletiva do planejamento do programa em reuniões pedagógicas regulares, nos encontros de educação continuada para estudos sobre a interdisciplinaridade, interprofissionalidade, temas transversais a estas e ao campo da Saúde Coletiva, assim como sobre processos grupais e nas reflexões sobre o dia a dia do trabalho avaliando sistematicamente os seus resultados e encontrando soluções em conjunto para situações – problemas à medida que vão surgindo.

3 | OS FRUTOS DO PROGRAMA

O Programa Candeal beneficia aproximadamente 523 pessoas semanalmente. As ações realizadas através dos Grupos de Educação em Saúde (GES) visam sensibilizar a comunidade para o autocuidado, disseminando práticas saudáveis que estimulam a qualidade de vida. Em contrapartida, para a comunidade acadêmica, é promovida a integração entre o conhecimento da academia às ações do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, passaremos a apresentar os resultados da implementação do Programa a partir do seu impacto sobre os atores envolvidos: docentes, discentes e comunidade.

3.1 Impacto sobre o desenvolvimento docente

Uma das principais evidências do impacto positivo do Programa Candeal sobre o corpo docente envolvido está na disposição em divulgar o trabalho para a comunidade acadêmica em eventos científicos locais, nacionais e internacionais, a fim de estimular a reprodução de iniciativas como essa em outras Instituições de Ensino Superior em Saúde.

Em 2011, quatro professores representaram os demais no XI Congresso Iberoamericano de Extensão Universitária (Santa Fé, Argentina) apresentando o trabalho: “Determinantes De Una Práctica Interdisciplinar en la Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública” (ARAÚJO *et al.*, 2011). No ano seguinte, 2012, outra significativa produção o livro “Educação em Saúde na Comunidade: elementos pedagógicos de uma prática interdisciplinar”. O impacto do Programa na formação acadêmica e pedagógica dos professores segue consolidando-se.

No campo da pesquisa e extensão, os professores vêm se desenvolvendo. Recentemente, uma professora desenvolveu um jogo digital educativo (*Role Playing Game- RPG*), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, como ferramenta para ser utilizado pelos alunos do Programa Candeal em grupos de adolescentes e por outros programas e serviços. Esse jogo resultou de três anos de pesquisa sobre o contexto social e de saúde dos adolescentes de um dos grupos do Programa a fim de beneficiar adolescentes em situação de vulnerabilidade, assim como de favorecer a formação dos graduandos para atuação nessa área complexa e desfalçada de profissionais habilitados.

A área da Saúde tem experimentado uma mudança de paradigmas que requer profundas transformações no campo da formação do sujeito-profissional e, conseqüentemente, na formação do sujeito-professor. No Programa Candeal, o enfrentamento dos desafios impostos nesse contexto é favorecido pelo suporte dado ao professor impulsionando-o a uma prática reflexiva que repercute nas suas demais áreas de atuação. A equipe de professores encontra-se mensalmente para avaliação dos trabalhos desenvolvidos em cada subgrupo, participa de oficinas de aperfeiçoamento e encontra-se semestralmente numa atividade denominada “imersão” destinada à integração e motivação dos professores.

Um relato de experiência apresentado no 49º Congresso de Educação Médica (SANTANA, 2011) sumariza o impacto do Programa sobre o (1) desenvolvimento da escuta empática aos alunos através do trabalho em pequenos grupos sensibilizados pelas experiências vivenciadas na comunidade; (2) desenvolvimento da própria subjetividade, ao dispor de ambientes favoráveis ao compartilhamento de experiências; (3) aprimoramento da habilidade de trabalhar em equipe interdisciplinar, nas constantes situações em que não se distingue o professor-tutor, o aluno, nem os participantes da comunidade, pois todos se encontram no lugar comum da promoção da saúde; (4) desenvolvimento acadêmico e do fazer pedagógico através das discussões teóricas e da convivência com colegas docentes, de diferentes áreas de formação e atuação profissional, idades e tempo de magistério.

3.2 Impacto sobre a formação do profissional em saúde - o discente

A experiência interdisciplinar e interprofissional na extensão proporciona a construção de vínculo. Este vínculo faz-se necessário aos trabalhos em equipe, de forma peculiar as de Atenção Primária à Saúde e em ações que tem como foco a promoção da saúde. Dessa maneira, as dinâmicas de grupo aprendidas durante a graduação e as habilidades técnicas pertinentes a cada curso também se unem ao conjunto de ferramentas utilizadas para dinamizar os trabalhos nas comunidades.

De acordo com as opiniões de estudantes o Programa Candeal é, de fato, enriquecedor e construtivo para a formação dos discentes. A atuação interdisciplinar/interprofissional é unificadora e inovadora com relação aos conhecimentos trazidos para as atividades, uma vez que alunos dos diferentes cursos trazem diferentes conceitos que, quando compartilhados, sedimentam ideias e sensibilizam a todos.

No Programa adotamos três formas de avaliar o impacto sobre os discentes: primeira – avaliação processual durante a dinâmica dos grupos pelo tutor; segunda – apresentação em mostra de atividades realizadas no encontro de encerramento com todos os grupos; terceira – através de sínteses reflexivas construídas individualmente pelos alunos.

Em uma das sínteses o discente coloca:

Acredito que, esse último ponto (estímulo ao potencial criativo), sempre trabalhado e bem evidente nas vivências do Candeal, de um trabalho livre, exemplifica um meio de educação que buscamos nos tempos contemporâneos: a quebra de um modelo formatado e rígido de sala de aula, típico dos tempos mais antigos, substituído por uma educação livre e criativa em sua essência, que serve como alicerce para materializarmos a capacidade inventiva de cada um. Com plena certeza, esse foi um dos pilares e ensinamentos mais fixos do programa pra mim, pela forma como foi demonstrado que, uma vez em conjunto e com o privilégio de ser livre na forma de planejar uma atividade, consegue-se criar instrumentos diretamente modificadores de realidades sociais. (...) pude perceber que passei por uma desconstrução não só de valores, como de noção em relação à vida. (...) A minha postura frente a toda essa experiência não envolve somente a modificação das minhas formas de comportamento em um grupo coletivo, mas sim uma readequação pessoal, uma vez que todo o semestre se configurou como pequenas sínteses reflexivas, pequenos instrumentos de se fazer pensar, ou melhor, de se repensar muita coisa.

Hoje, finalizo o programa como um acadêmico do ensino superior brasileiro, mas não o mesmo aluno de quatro meses atrás. Agora, carrego comigo uma bagagem de histórias que transpõem o semestre letivo, um conjunto de experiências vividas que ajudaram a construir não só um aluno, mas que modificaram um indivíduo social.

3.3 Impacto sobre a comunidade

Desenvolvimento de matriz avaliativa

A Educação em Saúde, incluída nesta tríade, como uma prática social, é mais que a transmissão de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde a “uma população leiga”, de um encontro efetivo entre pessoas onde “inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de si mesmo e do outro estejam presentes” (AYRES, 2004). Considerando esse pressuposto, avaliar os efeitos de um programa educativo, como o Programa Candeal, sobre uma comunidade não constitui uma tarefa fácil, pois significa mais do que quantificar a população beneficiada, ou os seus efeitos na prevenção de doenças específicas, restringindo-se ao binômio Saúde-Doença. Sendo assim, para responder a essa necessidade e, mais uma vez, aliando pesquisa à extensão e ao ensino, buscamos desenvolver uma Matriz Avaliativa para os Trabalhos de Educação em Saúde do Programa Candeal – esse trabalho foi desenvolvido por duas professoras do Programa e correspondeu à iniciação científica de um aluno de medicina (bolsista PIBIC/FAPESB).

A Matriz Avaliativa possibilitou verificar quatro aspectos de interesse: (1) O acesso do participante ao grupo do Programa Candeal; (2) As expectativas iniciais que levaram o participante àquele específico; (3) Os benefícios conferidos através das atividades educativas, no grupo; e (4) Os fatores que contribuíram para a permanência e assiduidade às atividades do grupo (SANTANA; SANTANA, 2010). Posteriormente, avaliações de diferentes grupos foram realizadas por outros alunos da EBMS e apresentados em Mostras Científicas e sob a forma de Trabalho de Conclusão de Curso. Segue uma amostra dos resultados obtidos através dessa matriz avaliava.

Resposta em grupos de Idosos e de Tabagistas

A partir da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas (guiadas pela matriz avaliativa) foi possível identificar quatro categorias indicativas do valor atribuído às atividades educativas nos grupos de Tabagistas e de Idosos (SANTANA; SANTANA, 2010) e pessoas com Diabetes e/ou Hipertensão (BARBOSA; ROSEGHINI; SANTANA, 2011). Esses fatores foram considerados dentre as expectativas que levaram o participante ao grupo, dentre os benefícios percebidos por participarem do grupo e como razão para permanecerem participando.

Categoria 1 – Sentiram-se valorizado como indivíduo/benefícios sobre a autoestima.

Fragmentos do discurso: (Idosos) *“fui acolhida e senti muita alegria do pessoal, existe integração”, “nos dão atenção e não tratam o velho como velho”; (Tabagistas) “engordei mais, as pessoas dizem que estou mais bonita”, o grupo tinha a oferecer: “palestra, conversa, diálogo, individualidade; (Doce vida), “ficar em casa no sofá fico me sentindo velho, quando saio pro grupo me sinto jovem!”*, *“quando não vou eles sentem minha falta e perguntam na outra reunião porque faltei”*.

Categoria 2 – Encontraram companhia ou ocupação / possibilidade de socialização.

Fragmentos do discurso: (Idosos) frequentava porque *“as pessoas são agradáveis. Pelo menos não fico sozinha, triste”, “queira estar com essas crianças e com esse carinho”, “eu arranjei novas amigas e antes ficava muito sozinha”* (Tabagistas) *“no grupo conversa, se distrai, dá risada, compartilha problemas, saio bem”*; (Doce Vida) *“Ficar sozinha em casa a velhice toma conta”, “amizade...o pessoal conversa, brinca e o tempo passa”*.

Categoria 3 – Encontraram segurança e apoio.

Fragmentos do discurso: (Idosos) *“antes não ia para o médico”...“tinha pressão alta mas não tomava os remédios regularmente”* (Tabagistas) *“desde o início eu já sabia que só dependia de mim... vocês dão só apoio”, “oportunidade para enfrentar o cigarro” “o incentivo de um para com o outro é um grande estímulo”*; (Doce Vida) *“todo lugar que eu ia eu tinha vergonha, achava que as pessoas me discriminava... Eu achava que ia melhorar a vergonha e melhorou bastante...passei a viver mais, antes eu era presa, eu não era como eu sou agora”, “tenho apoio no grupo...mede minha pressão, vejo como tá”*.

Categoria 4 – Receberam orientação e informações seguras

Fragmentos do discurso: (Idosos) *“Quería saber o que pode e o que não pode comer” “Indicaria ao amigo que tem um caroço na mandíbula, para encaminharem ao médico certo”, “me ajuda a tomar o remédio corretamente”, “minha filha diz que é bom andar com pessoas de mais conhecimento” “é bom ficar mais informada e esclarecida sobre as coisas”* (Tabagistas) dentro do contexto da informação o participante considerou *“coisas que a gente não achou, não tinha oportunidade de participar quando era mais jovem; (Doce Vida) “Vim pra melhorar a saúde, o problema da diabete...” “fazer atividades físicas porque tinha parado de caminhar...conhecer pessoas experientes (referindo-se aos alunos)...coisas boas pra saúde”, “aprendi fazer suco, fazer comida...aprendi a fazer exercício e faço todo dia... antes não tinha esses hábitos...”*

Outras avaliações

Grupo de Gestantes

Em uma avaliação realizada no grupo de gestantes foi observado que a maioria dos alunos declarou aquisição de novos conhecimentos, bem como uma satisfação pelo contato direto com a população. Já as gestantes avaliaram os temas trabalhados em grupo como de relevância, sendo os temas mais citados: cuidados com o bebê, amamentação, gravidez, vacina, saúde bucal, prevenção de acidentes, primeiros socorros e a alimentação do bebê.

Estes relatos culminaram em um trabalho de conclusão de curso. Neste trabalho foi avaliado que a atividade educativa por meio de palestras e diálogos de uma forma criativa ajudou as futuras mães na obtenção de conhecimentos sobre os assuntos abordados nas intervenções. Pôde-se notar através de relatos que os temas abordados foram utilizados no dia-a-dia, como podemos observar nos comentários abaixo:

“Embora considerasse que já sabia o que estava sendo transmitido, pois já tinha outros filhos, refere corrigir forma de dar banho.” (Entrevista 01)

“Apesar de já ter noção dos cuidados com o bebê, adquiridos com as tias quando cuidavam dos primos, eu ficava lembrando e fazia do jeito que foi ensinado nas palestras.” (Entrevista 06)

“Relata que contribuiu muito e descreve êxito na amamentação decorrente da aplicação do que foi aprendido nas palestras.” (Entrevista 07)

Em relação aos conteúdos referidos ao longo das atividades, parto, cuidados com o bebê e o encontro com os pais, foram identificados como os mais importantes:

“o encontro junto com os pais porque eles falaram dos cuidados que o pai tem que ter com o bebê e com a mulher grávida”. “quando se falou de parto, porque eu não sabia o que acontecia e meu medo agora diminui”. “o encontro sobre parto... eu fiquei muito emocionada nesse dia”.

As gestantes também apresentaram uma avaliação positiva sobre a sua participação no grupo:

“ficava muito feliz de ir ao grupo, fiz novos amigos”. “eu ia pra ficar mais feliz, contente, deixei de ser tão nervosa”.. “Era bom para aprender algumas coisas”. “Foi importante pra eu poder aceitar minha filha, porque eu não queria esse filho no começo”.

Além disso, todas as gestantes entrevistadas declararam estar mais próxima da Unidade de Saúde depois do grupo, assim como reiteram a importância do grupo para a vida delas nesse momento. Outro dado importante é que confirmam terem desenvolvido, entre elas, uma relação sólida de amizade e companheirismo. A experiência de aprendizagem dessas mulheres aparece enodada a uma experiência subjetiva de transformação de ser, pois no grupo a emergência do sentimento de maternidade está diretamente agregada aos cuidados com a saúde.

Grupo de Crianças

Nos grupos que contaram com crianças como beneficiárias pôde-se observar importância do brincar e do lúdico associado ao conhecimento. Nestes grupos foi possível obter resultados concretos no que diz respeito a: melhoria no interesse pela escola (Gráfico 1), aumento da disciplina e relação interpessoal (Gráfico 2), além também do aumento na frequência escolar nos dias que acontecia os grupos (Gráfico 3).

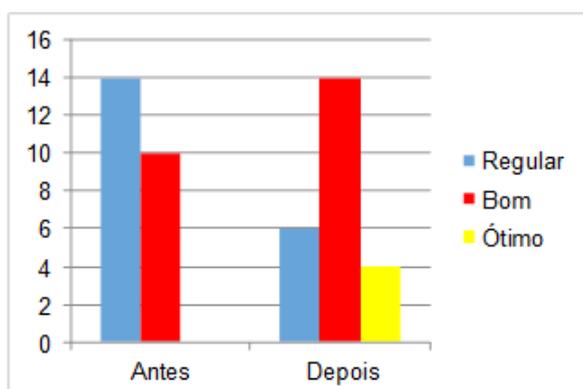


Gráfico 1: Representa o interesse escolar das crianças antes e depois da participação no Programa Candeal

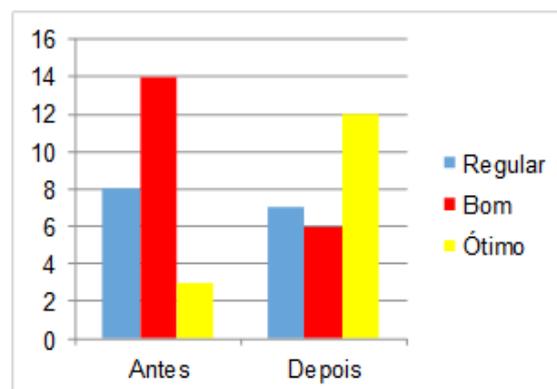


Gráfico 2: Representa a disciplina escolar das crianças antes e depois da participação no Programa Candeal

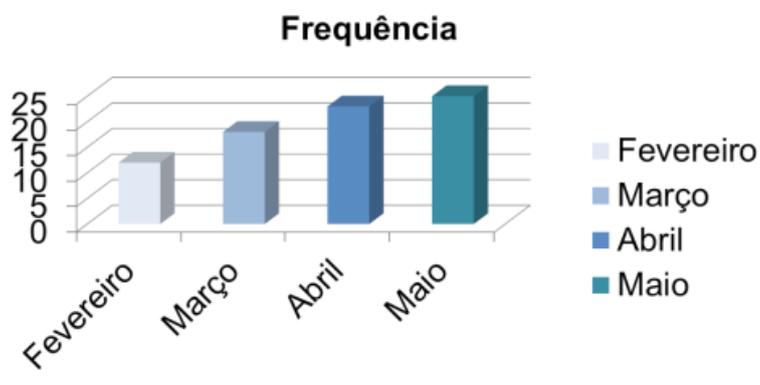


Gráfico 3: Representa a frequência escolar das crianças nas quartas-feiras de fevereiro a maio do ano de 2015

*A participação das crianças no Programa Candeal foi iniciada no mês de março e encerrada no início do mês de junho.

Os professores responsáveis que acompanharam as crianças durante o ano letivo relataram com detalhes os benefícios do Programa. Vale ressaltar o relato de uma educadora que destacou a importância da atuação dos estudantes da EBMS na escola, sendo estes referenciados como exemplo.

“As crianças perceberam que, além de mim e das pessoas que trabalham na escola, agora tinha mais gente que se importava com a aprendizagem, crescimento e desenvolvimento deles. Hoje, ouço alguns alunos dizerem que querem estudar para serem iguais a eles. Muito emocionante!” (Educadora)

Os achados descritos anteriormente são reforçados quando o feedback recebido tanto das escolas quanto das crianças se caracterizam como positivos. Percebemos a aceitação da metodologia aplicada, o que enriquece o eixo de interação ensino-comunidade. Como certificação deste fortalecimento, o Programa Candeal e suas abordagens trouxeram novas perspectivas não só para os alunos da escola, mas também para os alunos que desenvolviam as intervenções. Foi possível evidenciar uma assiduidade crescente das crianças, o que motivava os acadêmicos a continuarem com empenho as ações em saúde.

Grupo de Pessoas com Deficiência

Já o grupo de pessoas com deficiência tem mostrado uma grande e contínua evolução ao que se refere a coordenação motora e cognitiva. Isso pôde ser evidenciado pelas peças artesanais construídas por eles, servindo, inclusive como forma de aumentar a própria renda familiar.

Associado a melhoria cognitiva, as pessoas com deficiência tem se mostrado motivadas com a participação no Programa Candeal. Os integrantes do grupo participam ativamente, trazendo suas demandas e anseios, melhorando a cada encontro sua autoestima, e conseqüentemente, sua qualidade de vida. Além disso, é relatado a redução do *stress* e do sentimento de abandono, como pode ser evidenciado pela frase dita por um dos membros:

“Hoje sinto um aumento na minha autoestima e ocupo o meu tempo ocioso, me sinto útil na comunidade.”

De fato, os grupos acabam se constituindo como redes de apoio social, assim definida por Andrade e Vaitzman (2002) como grupos que promovem uma oportunidade para a troca de conhecimento e cooperação entre seus participantes. Uma das maneiras pelas quais podem ser compreendidas as influências positivas da rede social na saúde – em particular, quando nos referimos a ações terapêuticas prolongadas, até para a vida toda – é a constatação de que a convivência entre as

peças favorece comportamentos de monitoramento da saúde. Passando a cuidar uns dos outros percebemos que somos alguém, que temos importância para o outro e que estamos sendo observados.

Por fim, é necessário considerar o ineditismo dessa proposta e o arrojo em implementá-la dentro do ensino de graduação universitária. É de muita valia novas possibilidades de formação para profissionais de saúde que atendam às necessidades e demandas das populações e das políticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), de contar com profissionais comprometidos com escuta aos indivíduos e coletividades, atentos aos territórios (geográfico e processo - nas relações desenvolvidas pelos indivíduos e coletivos na, com e para a comunidade); é um instrumento fundamental para auxiliar as comunidades a encarar os desafios do paradigma que perpassa a humanidade que é a melhoria da qualidade de vida de todos, respeitando a diversidade e a cultura de cada um e promovendo o movimento inclusão amparado pelo reconhecimento das diferenças entre as pessoas é a Condição Humana por excelência (ARENDE, 2004).

Além disso, a OMS (2010) afirma a educação interprofissional como propícia para efetiva prática colaborativa que, por sua vez, otimiza os serviços de saúde, fortalece os sistemas de saúde e estimula melhorias de resultados na saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.7, n.4, p.925-934, 2002.

ARAÚJO, M.A.N. **Educação em saúde na comunidade: elementos pedagógicos de uma prática interdisciplinar**. Salvador: EDUNEB, 2012.

ARAUJO, M. A. N.; NASCIMENTO, U. J. A. ; ROSEGHINI, R. ; SANTANA, C. C. . LA ENSEÑANZA, LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y LA EXTENSIÓN: DETERMINANTES DE UNA PRÁCTICA INTERDISCIPLINAR EN LA 'ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA'. In: XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria, 2011, Santa Fé (Argentina). XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria : integración, extensión, docencia e investigación para la inclusión y cohesión social. Santa Fé (Argentina): Universidad Nacional del Litoral, 2011. p. 471-472.

ARENDE, Hannah. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

AYRES, J. R. (2004). Norma e formação. *Horizontes Filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde*. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(3), 583-592.

BÁRBOSA, M. T. de C.; ROSEGHI, R.; SANTANA, C. C. Avaliação da influência das atividades de educação em saúde no grupo de diabéticos e hipertensos do programa candeal. 2011 (Trabalho de conclusão de curso)

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA. Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2014-2018**. Salvador, 2014.

SANTANA, T. P.; SANTANA, C. C. . Roteiro de Obtenção de Indicadores para Construir uma Matriz Avaliativa para Trabalhos de Educação em Saúde. 2010. (Apresentação de Trabalho/Outra).

CAPACITAÇÃO DE DISCENTES DE FISIOTERAPIA PARA APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): DESAFIOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Karoleen Oswald Scharan

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba- Paraná

Tauane Gomes da Silva

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba- Paraná

Rafaella Stradiotto Bernardelli

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba- Paraná

Katren Pedroso Correa

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba- Paraná

Fernanda Cury Martins

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba- Paraná

Auristela Duarte de Lima Moser

Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba- Paraná

RESUMO: Uma linguagem sistematizada capaz de descrever estados de saúde relacionados à funcionalidade pode complementar e enriquecer a descrição das condições de saúde registradas atualmente. A Organização Mundial da Saúde recomenda a Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para operacionalizar tal linguagem, portanto, a CIF deve ser objeto de estudo na formação profissional. O presente estudo objetivou identificar a potencial contribuição de um diagrama baseado na CIF durante a formação em Fisioterapia. O contexto do estudo foi uma clínica escola de uma universidade privada em Curitiba/PR, na qual os discentes registram informações das avaliações fisioterapêuticas em protocolos semiestruturados e ligam os achados às categorias da CIF expressando-os por meio de um diagrama. Os diagramas construídos entre março e maio ano de 2016, foram analisados quanto à estrutura, organização, clareza, categorias da CIF ligadas e seleção dos qualificadores. Para o estudo, foi selecionado para análise um diagrama típico, com predomínio de categorias referentes às Funções do Corpo, e baixa exploração do conteúdo relatado no item anamnese. Acredita-se que as informações provindas desse item podem revelar potencial ligação a todos os componentes da CIF com maior enfoque em Atividades e Participação e Fatores Ambientais, que norteariam o tratamento e orientações, ampliando o foco das intervenções fisioterapêuticas, indo além do domínio físico-estrutural. A análise permitiu identificar as potencialidades do uso do diagrama para operacionalizar a CIF, bem como resultou em

considerações para o aperfeiçoamento do aprendizado na formação do discente ressaltando a importância de utilizar a classificação de maneira complementar a avaliação para gerar informações com uma linguagem sistematizada e padronizada.

PALAVRAS-CHAVE: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Fisioterapia, Educação

ABSTRACT: A systematized language capable of describing health conditions related to the functionality may complement the description of currently registered health conditions. The World Health Organization recommends using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to operationalize such language. Therefore, the ICF should be studied in professional qualification. The present study aimed to identify the potential contribution of a diagram based on the ICF in the qualification of Physiotherapy students. The context of the study was a school clinic of a private university in the city of Curitiba / PR, in which the students record the information of the physiotherapeutic evaluations in semistructured records and link the findings to the categories of the ICF expressing them through a diagram. The diagrams constructed between march and may were analyzed for structure, organization, clarity, linked ICF categories and selection of qualifiers. For this chapter a typical diagram was selected, in which a predominance of categories was related to the Functions of the Body and low exploitation of the content reported in the anamnesis item. It is believed that the information derived from this item is related to all the components of the ICF with a greater focus on Activities and Participation and Environmental Factors, which would guide the treatment and orientations and would broaden the focus of the students' interventions going beyond the physical- structural domain. The analysis allowed to identify the potentialities of the use of the diagram to operationalize the ICF, as well as resulted in considerations for the improvement of the learning in the formation of the student emphasizing the importance of using the classification in a complementary way the evaluation to generate information with a systematized and standardized language.

KEY-WORDS: International Classification of Functioning, Disability and Health, Physiotherapy, Education

1 | INTRODUÇÃO

A saúde da população tem sido um objetivo chave mundial nas últimas décadas devido ao aumento do envelhecimento populacional e da prevalência de condições crônicas em saúde (STUCKI e BICKENBACH, 2017; WHO, 2016). Essas características tem requerido a ampliação do olhar dos profissionais da saúde para além dos aspectos biofisiológicos, uma vez que necessitam integrar informações de como os indivíduos experienciam a saúde a partir do aspecto social, ou seja, como participam e agem na sociedade, e possíveis influências positivas ou negativas do ambiente em que eles vivem (STUCKI e BICKENBACH, 2017; STUCKI, 2016). Dessa forma, os atuais dados

relacionados às condições de doenças constituem apenas uma parte da informação em saúde de um indivíduo (BICKENBACH, CIEZA, SARABIEGO, 2016).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e, por meio da resolução 54.21, urgiu os países membros a utilizá-la para descrever estados de saúde relacionados à funcionalidade permitindo a complementação das descrições das condições de saúde registradas atualmente, a fim de estabelecer uma linguagem sistematizada em diferentes áreas.

As informações de saúde de qualquer indivíduo podem ser classificadas pela CIF, tendo ele ou não uma doença (OMS, 2015), pois ela compreende a a funcionalidade, traduzida no completo estado de bem-estar físico, mental e social, e as repercussões dos estados de saúde de um indivíduo a partir dos componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividade e Participação, e Fatores Ambientais (WHO, 2001).

Um dos objetivos da CIF, segundo a Política Nacional de Saúde Funcional, é ser utilizada como ferramenta educacional na elaboração de programas educacionais para monitoramento das ações realizadas, bem como tornar visível a qualidade dos processos das atividades profissionais de saúde (BRASIL, 2011). A CIF representa um modelo consensual e seu uso tem sido cada vez mais frequente em diferentes áreas de estudo e pesquisa (OMS, 2015; RUARO et al., 2012; CERNIAUSKAITE et al., 2011). O uso conjunto da CIF em avaliações clínicas, por exemplo, pode complementar as informações coletadas permitindo a identificação, a qualificação e associação de fatores em diferentes doenças e em condições de saúde (BROCHOW et al., 2004; CIEZA et al., 2002).

Em 2009, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por meio da resolução 370, resolveu que os fisioterapeutas sob sua jurisdição adotarão a CIF como ferramenta clínica, estatística, de pesquisa e educacional (COFFITO, 2009). Outro marco importante do reconhecimento do uso da CIF no Brasil foi em 2012, quando o Conselho Nacional de Saúde, por meio da resolução 452, firmou a adoção e apontou usos fundamentais da CIF no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar (WHO, 2001; BRASIL, 2012). Apesar do aumento de pesquisas e do uso da CIF no Brasil, ainda se carece de pesquisas científicas envolvendo a CIF em educação como uma ferramenta de ensino-aprendizagem. Portanto, a CIF deve ser objeto de estudo na formação profissional.

Assim, tanto internacional quanto nacionalmente instituições de ensino iniciaram a operacionalização da CIF e seu modelo biopsicossocial como objeto da formação profissional (SWISS PARAPLEGIC RESEARCH, 2016; ANDRADE, 2010; MAINI et al, 2008; JELSMA e SCOTT, 2011). Andrade (2010), relacionou o conteúdo sobre competências e habilidades estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Fisioterapia com o conteúdo da CIF. Tal estudo pode fundamentar a orientação de conteúdos da avaliação proposta pelo Ministério da Educação e abrange a abordagem biopsicossocial proposta pela OMS. No entanto, o

estudo não incluiu o uso da CIF pelos discentes em suas práticas clínicas.

Silva et al. (2016) discutiram as características da formação fisioterapêutica frente ao processo de adoção e aplicação da funcionalidade no processo de reabilitação de pacientes com alterações ortopédicas. O referido estudo também não incluiu o uso da CIF pelos discentes como um exercício de aplicação proposto. Os autores compararam os conteúdos advindos das avaliações fisioterapêuticas com os componentes da CIF. Após a análise de avaliações clínicas de discentes de Fisioterapia, os autores concluíram a prevalência de informações relacionadas aos componentes Funções do Corpo e Estruturas do Corpo comparada com as informações sobre Atividades e Participação e sobre os Fatores Ambientais na funcionalidade do paciente. A ausência de informações dos demais componentes de funcionalidade indicou a influência de um modelo biomédico, focado mais na avaliação dos aspectos físico estruturais dos indivíduos, e um distanciamento entre os conceitos da funcionalidade mais modernos e a formação fisioterapêutica.

O presente capítulo, por sua vez, apresenta uma experiência realizada em um serviço de Fisioterapia que objetivou identificar a potencial contribuição de um diagrama baseado na CIF elaborado pelos discentes do curso, durante o processo de formação deles. A partir dessa análise foi proposta uma versão atualizada do diagrama, baseada na interação dos componentes da CIF, o que favorece o estabelecimento de intervenções e acompanhamentos mais abrangentes, e permite ao discente e docente identificar mudanças no quadro do paciente pela variação do qualificador ao longo do tempo. A análise resultou em considerações para o aperfeiçoamento do aprendizado no estágio ressaltando a importância de utilizar a CIF de maneira complementar a avaliação já utilizada e gerar uma linguagem sistematizada e padronizada.

2 | MÉTODO

O contexto do estudo foi uma clínica escola de uma universidade privada na cidade de Curitiba/PR, na qual os discentes registram as informações das avaliações fisioterapêuticas em fichas semiestruturadas que contém os seguintes tópicos: identificação, diagnóstico clínico ou queixa, anamnese e exame físico. Em seguida, os discentes são estimulados a ligar os achados da avaliação fisioterapêutica com o conteúdo da CIF que seja mais representativo para cada achado. Então, expressamos por meio de um diagrama, o qual é habitualmente construído no *software Simple mind*.

Os diagramas foram desenvolvidos na área de musculoesquelética, por discentes do último ano da graduação, no cumprimento suas atividades de estágio obrigatório. Diagramas realizados entre março e maio de 2017 foram analisados em relação à sua estrutura, organização, clareza, conteúdos ligados aos conteúdos da CIF e suas categorias, e o uso de seus qualificadores.

Para este capítulo foi selecionado um diagrama típico e foi criado um nome fictício

para representar o paciente do referido diagrama. A partir da análise desse diagrama típico e dos demais diagramas foram propostas melhorias com relação ao conteúdo e estrutura dele.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos diagramas percebeu-se que os discentes registraram categorias representativas da CIF sempre quando identificavam mudanças ou limitações nos itens da avaliação fisioterapêutica. No diagrama típico, representado pela figura 1, houve predomínio de categorias referentes às Funções do Corpo. Porém, as categorias de Estruturas do Corpo também se mostraram mais presentes em outros diagramas.

O predomínio de informações referentes a esses dois componentes reflete o fato de que a estrutura da avaliação é influenciada por um modelo biomédico de saúde, uma vez que é predominantemente baseada em inspeção, testes físicos e testes específicos que direcionam ao diagnóstico fisioterapêutico clínico. Essa situação restringe as informações coletadas aos aspectos físico-estruturais, ainda que se preconize nos currículos e nos conteúdos disciplinares um olhar mais global sobre o indivíduo. Silva et al. (2008) também reportaram resultados similares ao analisar as fichas de avaliação de discentes de Fisioterapia realizadas em um contexto ortopédico de atendimento. O modelo biomédico, representado por uma estrutura linear de causas e consequências, acaba por concentrar-se mais na doença do que no potencial de saúde dos indivíduos (ARAÚJO, 2013).

O componente Funções do Corpo também é prevalente em estudos que ligam instrumentos da prática clínica, como questionários e escalas com o conteúdo da CIF. Tais instrumentos também foram construídos baseados em um modelo linear (PHILBOIS et al., 2016; FRÉZ et al., 2014; NICOL et al., 2016; FORGET e HIGGINS, 2014).

Em todos os diagramas o item anamnese foi pouco explorado, e acredita-se que as informações desse item têm um grande potencial de prover informações de cunho biopsicossocial tanto para a estrutura do diagrama quanto para a da avaliação fisioterapêutica, pois se relacionam a todos os componentes com maior enfoque em Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Sendo assim, explorar por meio de uma pergunta aberta o relato do paciente sobre suas dificuldades e limitações do dia-a-dia e em relação ao ambiente em que vive pode nortear os discentes no delineamento de metas e tratamento, bem como de orientações aos indivíduos, indo além do domínio físico-estrutural, ampliando o foco das intervenções.

Observou-se também que alguns diagramas não representaram interação das categorias com os itens avaliados mostrando dificuldade na compreensão de ligar o conteúdo da avaliação com o da CIF para expressar o que se foi coletado, de forma sistematizada.

Com relação aos qualificadores da CIF eles podem ser selecionados a partir de uma questão gerada durante o interrogatório ao paciente, podem advir de uma avaliação prévia, ou de outros registros em saúde, como exames clínicos e complementares (CIEZA et al., 2002; CIEZA e STUCKI, 2005). Nesse sentido um código é gerado caracterizando a condição do estado de saúde do indivíduo.

No presente, nenhum discente relatou o método de escolha dos qualificadores, ou seja, se a resposta foi obtida por entrevista clínica, se por questionários ou testes, como é sugerido na literatura a fim de possibilitar a replicação da coleta dos dados.

No diagrama selecionado, não foi possível identificar como o qualificador foi gerado. A literatura recomenda o registro de como a informação foi acessada para que haja fidedignidade na coleta por outro acadêmico ou profissional e que o parâmetro utilizado seja replicado na reavaliação do paciente (CIEZA et al., 2016). É importante então que os discentes se apropriem da literatura relacionada à CIF e que documentem a forma de acesso às informações para consubstanciar e registrar suas informações. Ao fazer isso, será possível monitorar os dados do mesmo paciente, ainda que ele seja avaliado por diferentes discentes durante seu período de tratamento ao longo do estágio deles, uma vez que utilizam a mesma estrutura.

Notou-se também nos diagramas a ausência do uso do qualificador zero, que indica ausência de dificuldades. Esse qualificador permite registrar, em dado período, que o estado de saúde não apresentava alterações. Assim, permite-se registrar informações que possam ser comparadas em outros ciclos de vida, ao longo de períodos de tempo. Tais registros podem contribuir para a identificação do momento de mudança no estado de funcionalidade e permite que o paciente, sendo ativo durante o processo de reabilitação, visualize a manutenção ou evolução de seu estado de funcionalidade.

Outra reflexão que pode ser feita a partir do parágrafo acima é a da ausência de valorização do potencial de saúde do indivíduo, a que chamamos de paciente. Essa premissa nos leva a buscar os sinais e sintomas como o único norteador da abordagem terapêutica, traçando um raciocínio que nos restringe no modelo de atenção terciária, esquecendo que as dimensões da funcionalidade que não estão comprometidas, se bem monitoradas e mantidas por ações de promoção de saúde e prevenção, são justamente aquelas que podem alavancar respostas funcionais que manterão a qualidade vida do indivíduo.

Embora o cenário do estudo tenha sido a atenção secundária e terciária, com processos de intervenções e reabilitação respectivamente, também é possível utilizar a CIF na atenção primária, pois a funcionalidade é um construto multidimensional e se manifesta de diferentes maneiras e intensidades, pedindo um olhar e uma abordagem característica a cada situação.

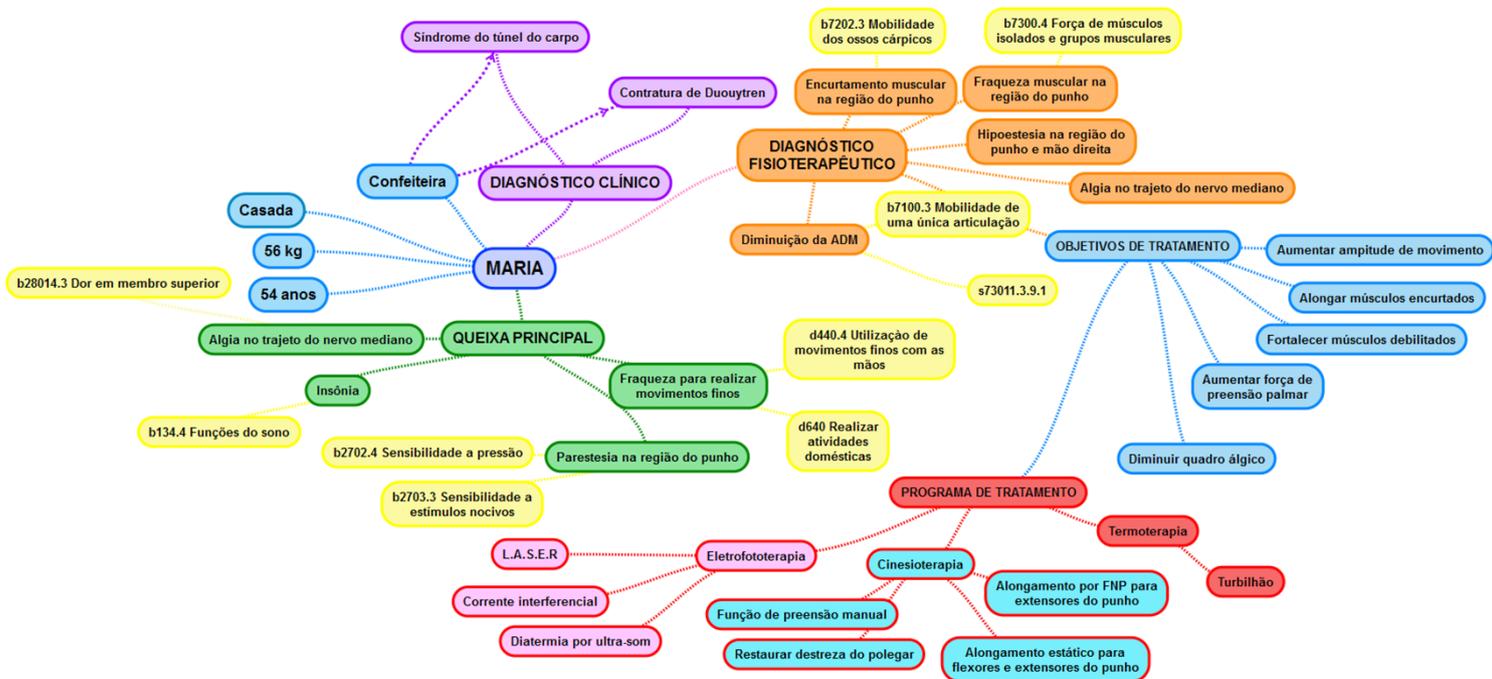


Figura 1 Diagrama típico selecionado

Uma vez que o modelo biopsicossocial pode ser visto por várias perspectivas e construtos, a informação coletada por meio de categorias com qualificadores pode guiar os discentes e servir de base para estabelecer metas para o seguimento de tratamentos, e orientações para execução de atividades ou, ajustes nos ambientes do indivíduo e até mesmo encaminhamento para outras áreas profissionais, reduzindo recidivas.

Ao ampliar a coleta de informações, como reportado por Stallinga et al. (2012) na avaliação de pacientes com esclerose múltipla, é possível identificar mais pontos em que a intervenção é necessária, quando usa-se o modelo biopsicossocial em vez do modelo biomédico. Porém, acrescentamos que não se trata de obter um acréscimo apenas quantitativo nas possibilidades de intervenção, mas, um aprofundamento da qualidade da atenção transportando para a prática conceitos já exaustivamente abordados e adotados nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação.

Com relação à apresentação dos dados do diagrama selecionado, percebeu-se que houve uma ordem sequencial dos eventos avaliados e que as categorias da CIF selecionadas interagem com os itens da avaliação. Entretanto, esse padrão não foi observado em todos os diagramas, sendo que em alguns, as categorias selecionadas não interagem com nenhum item. Estes achados demonstram além da ausência de padronização da abordagem da CIF junto aos discentes, a resultante dificuldade dos discentes em compreender que o conteúdo da CIF é complementar às informações que advém da avaliação, e que as informações do conjunto da avaliação são traduzidas pelas categorias da CIF padronizando a linguagem utilizada, conforme recomenda a OMS.

A conscientização e a capacitação dos estudantes torna-se um dos principais objetivos a serem alcançados para melhorar a compreensão da classificação e sua

inserção na rotina clínica de acordo com estudiosos da CIF. Jelsma e Scott (2011), observaram um melhor desenvolvimento de planos de conduta, intervenção e melhor percepção da influência dos fatores ambientais e dos fatores pessoais, e um melhor entendimento dos componentes de Atividades e Participação depois de sensibilizar discentes de Fisioterapia em um contexto clínico de atendimento pediátrico.

A partir dessa análise uma proposta inicial para reorganizar os dados do diagrama é que cada informação seja disposta com seu respectivo componente: Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais. Tal proposta está apresentada na figura 2. O diagrama foi elaborado no *SimpleMind* e será aplicado de forma piloto para seu aperfeiçoamento.

O novo formato proposto deve considerar os objetivos e metas do paciente. Assim, espera-se que o uso da CIF como uma ferramenta educacional no contexto clínico possa gerar a sistematização dos dados coletados relacionados à condição de saúde e ciclo de vida, e também, contribuir para o processo de aprendizagem. Ainda, favorece a integração e a operacionalização dos conteúdos recebidos durante a formação acadêmica, sendo um balizador para esse processo, bem como permite integrar conteúdos de diferentes disciplinas, inclusive de diferentes áreas da saúde (STEPHENSON e RICHARDSON, 2008).

Concordamos com Geertzen et al., 2011 e Allan et al., 2006, quando afirmam que o uso do modelo biopsicossocial proposto pela CIF no sentido de atender às necessidades do paciente pode influenciar diretamente a reformulação do processo de educação de profissionais de saúde bem como aumenta o trabalho relacionado à equipe multidisciplinar, o qual pode levar a benefícios às condições de saúde da população, dos próprios profissionais de saúde e dos sistemas de saúde.

A experiência apresentada neste capítulo foi realizada sem interferir no funcionamento habitual da clínica-escola para preservar seu caráter pragmático no que se refere à abordagem das condições musculoesqueléticas. Se outras avaliações, como as da área de neurologia, por exemplo, fossem analisadas, talvez outros componentes pudessem ser melhor explorados, uma vez que as limitações sociais e ambientais são mais facilmente identificadas. Este fato reforça o caráter multidimensional da atenção em saúde e destaca a importância de se diferenciar os cenários de abordagem clínica aos pacientes, mas sem perder de vista nosso objetivo de construir uma linguagem comum para o compartilhamento dos registros em saúde, sem esquecer que esses registros são oriundos de informações prestadas pelos usuários dos serviços de saúde ou de dados coletados por outras fontes, mas, que pertencem a aos próprios usuários e deverão servir à construção de práticas assistenciais que respeitem o ser humano na sua totalidade integradora.

4 | CONCLUSÃO

Os diagramas construídos pelos discentes mostraram potencial contribuição e favorecimento à aplicação da CIF, porém, o uso amplo de todos os componentes precisa ser incorporado inicialmente pela avaliação fisioterapêutica a fim de ampliar as informações coletadas padronizando e sistematizando a linguagem. Acredita-se que os ajustes propostos favorecerão o uso e a operacionalização de todos os componentes pelos discentes e docentes. Ainda, o diagrama proposto permitirá que o mesmo paciente seja avaliado e acompanhado por diferentes discentes dentro de um período de tempo, uma vez a que as informações tenham sido coletadas de uma maneira sistematizada

O fato de buscar inserir o modelo biopsicossocial durante o processo de formação representa mais um passo para a mudança do paradigma de saúde do modelo biomédico para o biopsicossocial que irá, ao longo de um período de tempo, se refletindo na ampliação das informações coletadas padronizando e sistematizando a linguagem utilizada.

Uma das descobertas deste estudo é que as ferramentas e protocolos de avaliação podem ser a chave para auxiliar na transposição do conceito CIF para a prática clínica, preparando os futuros fisioterapeutas para uma rotina de trabalho que muitas vezes, ainda, não lhe proporcionará o tempo necessário para avaliar, diagnosticar e traçar e metas alinhadas com o modelo biopsicossocial, sem que lhe sejam fornecidas já na graduação as ferramentas adequadas.

Acredita-se que os ajustes sugeridos irão favorecer a aplicação da CIF beneficiando discentes e docentes na operacionalização de todos os componentes da classificação. Tal modelo será alvo de aplicação piloto para aprimoramento no contexto do estudo.

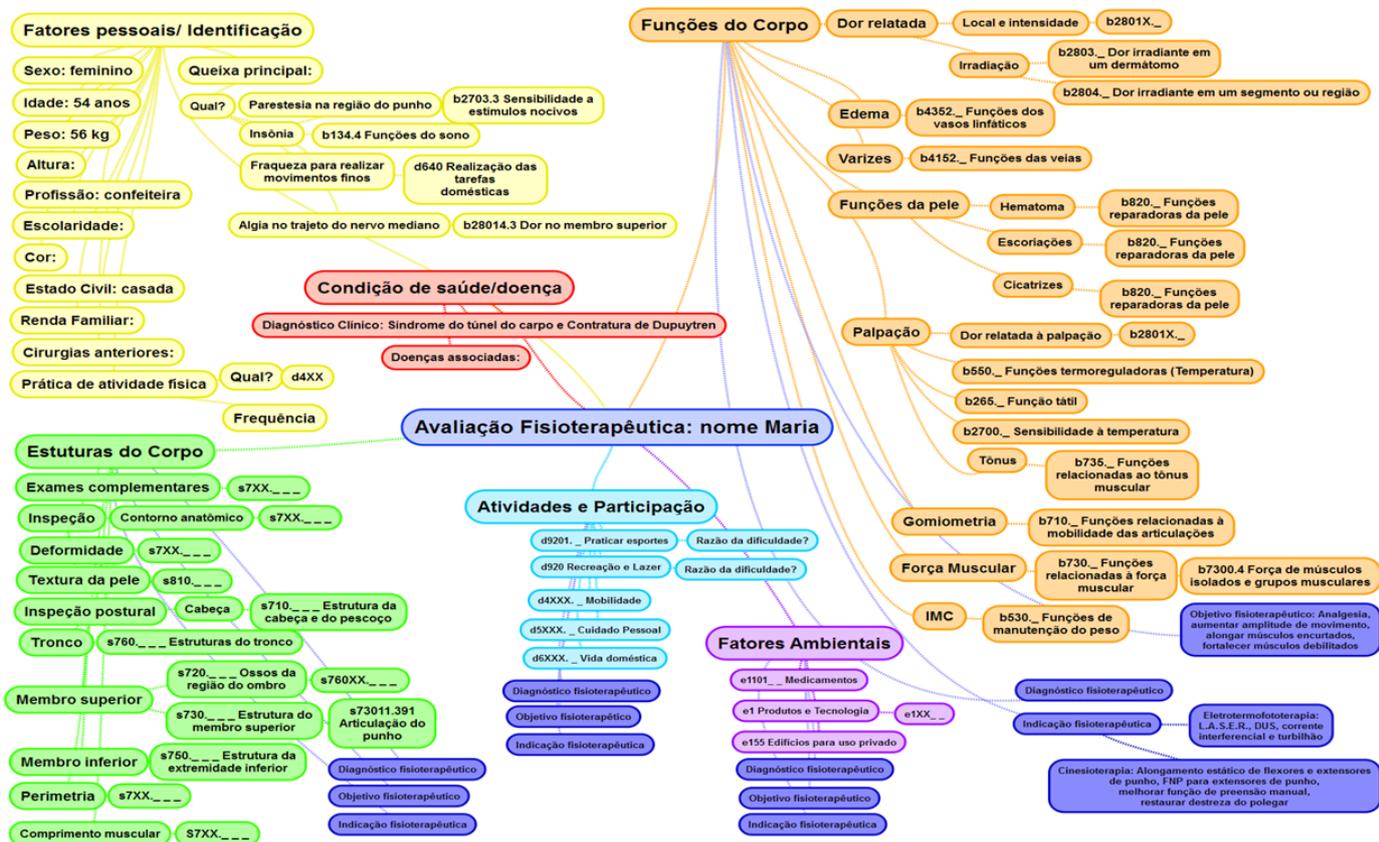


Figura 2 – Diagrama proposto para teste piloto

REFERÊNCIAS

- ALLAN, Chris M. et al. **A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**. Journal of Interprofessional Care, v. 20, n. 3, p. 235-245, 2006.
- ANDRADE, Peterson Marco. **Avaliação do estágio da Fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde**. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior, v. 15, n. 2, p. 121-130, 2010.
- ARAUJO, Eduardo Santana de. **CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial**. Fisioterapia & Saúde Funcional, v. 2, n. 1, p. 6-13, 2013.
- BICKENBACH Jerome E., CIEZA Alarcos, SARABIEGO Carla. **Disability and Public Health**. International Journal of Environmental Research and Public Health, v.13, n. 1, 2016.
- BRASIL. 2011. **Política Nacional de Saúde Funcional. (PNSF): Construindo mais saúde para a população brasileira**. Ministério da Saúde. Brasília.
- Brasil. Portaria N° 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. 2012.
- BROCKOW, Thomas et al. **Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference**. Journal of Rehabilitation Medicine, v. 36, p. 30-36, 2004.

- CERNIAUSKAITE, Milda et al. **Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation.** Disability and rehabilitation, v. 33, n. 4, p. 281-309, 2011.
- CIEZA, Alarcos et al. **Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health.** Journal of Rehabilitation Medicine, v. 34, n. 5, p. 205-210, 2002.
- CIEZA, Alarcos et al. **Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information.** Disability and rehabilitation, p. 1-10, 2016.
- CIEZA, Alarcos; STUCKI, Gerold. **Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF).** Quality of Life Research, v. 14, n. 5, p. 1225-1237, 2005.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. 2009. **Resolução N° 370**, de 6 de novembro de 2009. DOU nº. 225, Seção 1, em 25/11/2009, página 101.
- FORGET, Nancy J.; HIGGINS, Johanne. **Comparison of generic patient-reported outcome measures used with upper extremity musculoskeletal disorders: linking process using the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF).** Journal of rehabilitation medicine, v. 46, n. 4, p. 327-334, 2014..
- FRÉZ, Andersom Ricardo et al. **Proposed use of the international classification of functioning, disability and health to evaluate quality of life after an amputation.** Fisioterapia em Movimento, v. 27, n. 1, p. 49-56, 2014.
- GEERTZEN, Jan H.B.; ROMMERS, G. M.; DEKKER, Rienk. **An ICF-based education programme in amputation rehabilitation for medical residents in the Netherlands.** Prosthetics and orthotics international, v. 35, n. 3, p. 318-322, 2011.
- JELSMA, Jennifer; SCOTT, Des. **Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study.** Physiotherapy, v. 97, n. 1, p. 47-54, 2011.
- MAINI, M. et al. **An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations.** Disability and rehabilitation, v. 30, n. 15, p. 1146-1152, 2008.
- NICOL, Richard et al. **Linking the Bournemouth Questionnaire for low back pain to the International Classification of Functioning, Disability and Health.** Disability and rehabilitation, v. 38, n. 11, p. 1089-1096, 2016.
- Organização Mundial da Saúde. 2015. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF.** 2 ed. Brasil: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo.
- PHILBOIS, Stella V. et al. **Health professionals identify components of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in questionnaires for the upper limb.** Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 20, n. 1, p. 15-25, 2016.
- RUARO, João A. et al. **An overview and profile of the ICF's use in Brazil-a decade of history.** Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 16, n. 6, p. 454-462, 2012.
- SILVA, Ana Clarissa Lopes; DA FONSECA NEVES, Robson; RIBERTO, Marcelo. **A formação fisioterapêutica no campo da ortopedia: uma visão crítica sob a óptica da funcionalidade.** Acta fisiátrica, v. 15, n. 1, p. 18-23, 2016.
- STALLINGA, Hillegonda A. et al. **Functioning assessment vs. conventional medical assessment: a comparative study on health professionals' clinical decision-making and the fit with patient's**

own perspective of health. Journal of clinical nursing, v. 23, n. 7-8, p. 1044-1054, 2014.

STEPHENSON, Richard; RICHARDSON, Barbara. **Building an interprofessional curriculum framework for health: A paradigm for health function.** Advances in health sciences education, v. 13, n. 4, p. 547-557, 2008.

STUCKI, Gerold; BICKENBACH, Jerome. **Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation.** European journal of physical and rehabilitation medicine, v. 53, n. 1, p. 134-138, 2017.

STUCKI, Gerold. Olle Hook Lectureship 2015: **The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation.** Journal Rehabilitation Medicine. v.48, n.6, p.486-493, 2015.

Swiss Paraplegic Research. **Case studies.** 2007. Available to: www.icf-casestudies.org/.

World Health Organization. **International classification of functioning, disability and health: ICF.** 2001.

World Health Organization. **International classification of functioning, disability and health.** Fifty-Forth World Health Assembly, WHA 54.21. Ninth plenary meeting, 22 mai 2001.

World Health Organization. **World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.** 2016.

ESPAÇOS EDUCA(COLE)TIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RESIGNIFICANDO PRÁTICAS

Josiane Moreira Germano

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem e Saúde. Jequié – Bahia

Daniela Garcia Damaceno

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Programa de Pós-Graduação Doutorado Acadêmico em Enfermagem. Botucatu – São Paulo

RESUMO: Reconhecendo a prática interdisciplinar como forma de (re)significar os serviços de Atenção Primária à Saúde no intuito de alcançar o cuidado integral, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de imersão na Estratégia Saúde da Família e da construção de um espaço educativo entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um relato de experiência de duas residentes multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília. O texto explora a inserção destas no cenário da Atenção Primária a Saúde e a construção de espaços reflexivos utilizando as estratégias do Apoio Matricial e da Educação Permanente em Saúde. Nesse sentido, o texto se organiza em dois eixos temáticos: construção de ações educativas no contexto da Atenção Primária à Saúde e; importância da

residência multiprofissional na formação para o Sistema Único de Saúde, que exploram as complexidades, potencialidades e os desafios que permearam a construção de espaços reflexivos entre uma equipe de saúde da família e uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Percebe-se que a aproximação das equipes repercutiu positivamente na construção do trabalho coletivo e interdisciplinar. A presença do residente contribuiu na (re)significação das práticas coletivas. Estas experiências cooperam para mudanças das práticas e formação dos profissionais com repercussões em uma atenção mais ampliada ao usuário. Assim, a formação do profissional de saúde, de forma crítica e reflexiva, influenciou no sucesso dessas potentes estratégias, na modificação do processo de trabalho e na valorização dos preceitos do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Apoio Matricial; Ensino.

ABSTRACT: Recognizing interdisciplinary practice as a way to (re) signify primary health care services in order to achieve integral care, the objective of this article is to report the experience of immersion in the Family Health Strategy and the construction of an educational space among professionals of primary health care. This is an experience report of two multiprofessional residents in Family and Community Health

at the Faculdade de Medicina de Marília. The text explores the insertion of these in the scenario of primary health care and the construction of reflexive spaces using the strategies of Matrix Support and Permanent Education in Health. The text is organized in two thematic axes: construction of educational actions in the context of PHC and; importance of multiprofessional residency in training for the SUS, which explore the complexities, potentialities and challenges that have permeated the construction of reflexive spaces between a Family Health Team and a Family Health Support Centers. It is noticed that the approach of the teams had a positive impact on the construction of collective and interdisciplinary work. The presence of the resident contributed to (re) significance of the practices of those teams. These experiences cooperate to modify the practices and training of the professionals, directly impacting on a greater attention to the user. Thus, the formation of the health professional, in a critical and reflexive way, influenced the success of these powerful strategies, in the modification of the work process and in the valuation of the precepts of the single health system.

KEYWORDS: Primary Health Care; Matrix support; Teaching.

1 | INTRODUÇÃO

As concepções acerca dos conceitos de saúde e doença, assim como a forma de “fazer saúde” estão presentes desde os primórdios da humanidade, sendo moduladas pelas diferentes culturas, crenças e concepções acerca do processo saúde-doença (BOFF, 2014).

Se nas primícias das sociedades humanas, o fazer saúde estava atrelado a supressão das necessidades físicas e baseava-se no conhecimento empírico da ação de plantas, frutos, raízes e sementes, com a Revolução Industrial o aspecto biológico do indivíduo recebeu destaque (NUNES, 2014).

Neste cenário, este processo passou a sofrer forte influência da vertente tecnicista, fragmentando o sujeito em partes cada vez menores do corpo, perdendo de vista o ser humano em sua totalidade e singularidade (ZEFERINO et al., 2008)

Nesse sentido, as frequentes críticas a este modelo de “fazer saúde” e a necessidade de (re)significar a prática do cuidado, somado ao crescimento do movimento de reforma sanitária, suscitaram reflexões acerca de conceitos como medicina preventiva, promoção da saúde e integralidade do cuidado. Assim, esse processo reflexivo culminou no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e na criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, recebendo o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1999 (NUNES, 2014).

Neste modelo, as equipes de saúde da família (EqSF) passam a ter caráter multiprofissional e interdisciplinar, segundo os princípios do SUS, buscando o desenvolvimento de planos de ação significativos para os usuários.

Com o intuito de ampliar a capacidade de resposta aos desafios encontrados pela ESF na efetivação da rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das

ações da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2014).

O NASF constituído por uma equipe de apoio de diferentes categorias profissionais, funcionaria como “retaguarda” das EqSF compartilhando saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território. Assim, buscava-se superar a lógica fragmentada e hegemônica presente nas práticas dos serviços de saúde, buscando a construção de redes de atenção e cuidado e colaborando para a integralidade do cuidado (BRASIL, 2014).

É com a criação do NASF que se fortalece, também, o conceito de Apoio Matricial (AM). Assim, sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde, apresentando duas dimensões, a assistencial e a técnico-pedagógica (CAMPOS et al, 2014).

Assim, essa ferramenta mostrou-se como uma tecnologia de gestão inovadora no trabalho em saúde, ligando-se diretamente aos pressupostos do NASF e de sua relação com as EqSF.

Outro ponto a ser destacado, é a sinergia da dimensão técnico-pedagógica do AM à proposta de Educação Permanente (EP). Essa proposta implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Desse modo, consiste no desenvolvimento contínuo de atividades educativas problematizadoras com o objetivo a transformação da dinâmica profissional, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo (FALKENBERG et al, 2014).

Contudo, o modo de “fazer saúde” enquanto prática está estreitamente ligado a forma como os profissionais, inseridos em uma determinada sociedade, pensam e constroem sua forma de expressão no fazer cotidiano. Nesse sentido, a hegemonia do modelo tradicional de atenção à saúde e de formação profissional, baseados em modelos flexnerianos e estáticos, dificulta o desenvolvimento de novas práticas de prevenção, promoção e educação em saúde, geradoras de cidadania (SANTOS; CUTOLO, 2003).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) surgiu como uma estratégia de combater a hegemonia do modelo médico-assistencial de atenção à saúde pela inserção de profissionais capacitados a reorganizar a atenção primária baseando-se na lógica do SUS. Assim, visa fortalecer o trabalho em equipe e a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos (ROSA; LOPES, 2010).

Nesse sentido, acreditando na potencialidade da RMS e, principalmente, na prática interdisciplinar como forma de (re)significar os serviços de atenção primária a saúde, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de imersão na ESF e da construção de um espaço educativo entre profissionais da atenção primária à saúde.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de duas residentes multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). O texto reporta a construção de espaços reflexivos, denominados de EPS com profissionais das equipes da ESF e NASF.

A proposta da RMS em Saúde da Família e Comunidade é a imersão completa dos profissionais com os cenários de atuação. Assim, a turma com doze residentes de diferentes categorias profissionais (educação física, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) foram divididos e alocados nas regiões do município.

Como fisioterapeuta e enfermeira, as autoras deste texto, foram designadas a um grupo de NASF e uma Unidade de Saúde da Família que se localizava na região norte do município. Com a imersão no campo observou-se desarticulação dos processos de trabalho, para tanto, com o intuito de contemplar a lógica da educação no serviço organizou-se momentos de EPS que foram iniciados em conjunto com as reuniões de equipe que posteriormente ganharam espaço exclusivo para as discussões.

Foram realizados encontros mensais durante o ano de 2014. Com participação inicial dos seguintes profissionais: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermagem e um profissional do NASF, no decorrer dos encontros o espaço progrediu para a participação completa de ambas equipes.

As temáticas perpassaram pelos seguintes assuntos: micropolítica do processo de trabalho, Projeto Terapêutico Singular, Equipe de Referência, Trabalho em Equipe e Interdisciplinaridade, AM, Família (composição familiar, concepções de família, dinâmica familiar, saúde da família e saúde dos membros da família), Visita Domiciliar e Atenção à Saúde do Idoso.

Utilizou-se da metodologia da problematização para a produção e compartilhamento dos conhecimentos, bem como a utilização de recursos lúdicos como: cartazes, dinâmicas, rodas de conversas e exposições dialogadas, perfazendo um espaço dinâmico.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo estão organizados e serão apresentados sob dois eixos temáticos: Construção de ações educativas no contexto da APS e; Importância da residência multiprofissional na formação para o SUS.

3.1 Construção de ações educa(cole)tivas no contexto da APS

Ao imergir no contexto da ESF, foi possível observar que as equipes apresentavam dificuldade no planejamento coletivo do trabalho. E que as problemáticas cotidianas comungavam na lógica do trabalho individualizado, que culminava em desarticulação

das equipes (SANTOS et al, 2016).

Nesse sentido, apresentavam empasses na efetividade e resolutividade de casos complexos, visto que embora as equipes fossem multiprofissionais com atuação no mesmo território, o trabalho interdisciplinar não se fazia presente.

Tanto a equipe do NASF quanto a ESF realizavam semanalmente, reuniões de equipe isoladas (Figura1) no intuito de: repassar informes, apresentar e discutir casos, e ainda, organização da agenda e planejamento do processo de trabalho da equipe. Entretanto, observou-se que em alguns momentos, esse espaço era subaproveitado, limitando-se em repasse de informações e burocracias (BRANDÃO; OLIVEIRA, 2016).

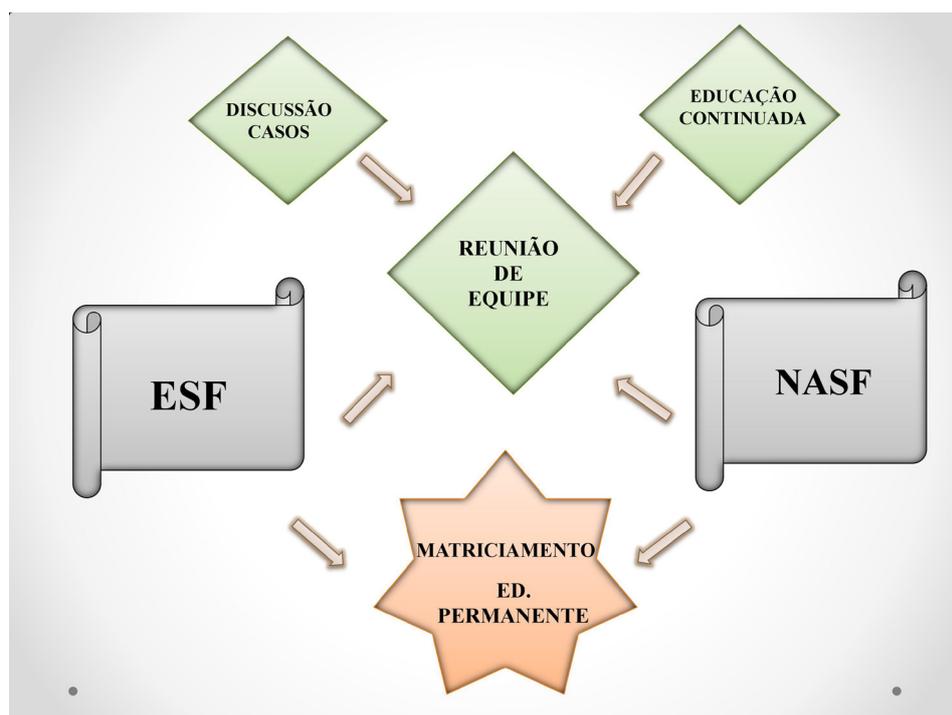


Figura 1. Fluxograma das ações desenvolvidas pelos profissionais após a inserção das residentes nas equipes da APS, Marília/SP, 2014.

Fonte: próprio das autoras.

Ao observarem a potência destes espaços, as autoras, mediante suas experiências prévias, propuseram a construção de um momento reflexivo do processo de trabalho que pudesse ser compartilhado entre as equipes.

A exposição dessas necessidades de reorganização do processo de trabalho, para os preceptores de campo, proporcionou diálogo na busca da produção de um processo de trabalho mais coletivo e interdisciplinar. Diante do exposto, surgiu a possibilidade de utilizar-se do matriciamento dos casos complexos, que embora fosse instituído como uma política nacional era pouco explorada no município.

A proposta do trabalho sob a lógica do AM foi acolhida por parte dos profissionais do NASF e da ESF, embora este seja o alicerce do trabalho do NASF em conjunto com as equipes da ESF. Os sentimentos observados passaram pelo acolhimento, mas também pela desmotivação e receios. Portanto, o AM surge no intuito de inserir os profissionais de saúde em outra proposta de trabalho que distancie do modelo

de atenção burocratizado e centrado na doença sendo atitudes de abertura para o diálogo e para o saber construído coletivamente (BOMFIM et al, 2013).

Durante este processo de construção dos espaços de matriciamento, ressaltase o envolvimento dos profissionais da categoria médica e da enfermagem que possibilitou a consolidação destes espaços. Nesse sentido, a atuação e apoio desses profissionais demonstrou-se crucial para o “ponta pé” inicial na articulação de espaços para problematização e reflexão do processo de trabalho das duas equipes de saúde. Denota-se que a dificuldade em aplicar a proposta do AM no processo de trabalho se dá pela resistência e desconhecimento dos profissionais na inclusão deste método (QUINDERÉ et al, 2013).

Nessa perspectiva, foram pactuadas mensalmente reuniões coletivas que contavam com a participação do médico e da enfermeira da unidade de saúde, ACS das famílias matriciadas, e representantes do NASF, além das duas residentes multiprofissionais. Na reunião de equipe que antecedia os encontros, era discutida, entre todos os profissionais da equipe da unidade de saúde, a relevância dos casos a serem matriciados.

Visto a necessidade de otimização do espaço reflexivo e dialógico optou-se por escolher três casos por reunião mensal, assim a próxima reunião iniciava-se com a resolução dos casos anteriores e a apresentação de três novos casos. Iniciou-se então, um novo espaço de reflexão das práticas, utilizando-se de diferentes ferramentas tecnológicas para a construção interdisciplinar de novos conhecimentos.

Assim, essa construção coletiva incentivou a troca de saberes, o aumento na resolubilidade dos casos, a co-responsabilização dos envolvidos no processo de cuidado e, conseqüentemente, o fortalecimento do vínculo entre as diferentes equipes. O impacto deste espaço inicial desvelou a necessidade de estar em equipe para discutir outras situações enfrentadas no cotidiano da ESF, o que configura este momento potente para o fortalecimento do trabalho em equipe e a reorganização do processo de trabalho (SANTOS et al, 2016).

Diferente dos momentos matriciamento, participavam dessas reflexões, apenas os ACS da unidade de saúde e alguns profissionais do NASF, sendo conduzidos pelas duas residentes. No início desse processo, os profissionais tiveram dificuldades em contagiar-se pelo espaço, já que a primeira estratégia de aprendizagem escolhida se utilizava de textos longos e com linguagem técnica, que afastava o interesse de alguns profissionais.

Após a avaliação negativa do processo de aprendizagem do primeiro encontro, optou-se por utilizar uma abordagem problematizadora das temáticas. Assim, foi utilizado dinâmicas e dramatizações, sendo a resposta imediata e positiva, visto a forma com que os assuntos eram abordados interessava todos os envolvidos e a aprendizagem ganhava significado (SILVA; PETRY; OLIVEIRA, 2017).

Com o crescimento deste espaço e legitimidade da construção da reflexão no e para o trabalho, foi possível expandi-lo para toda a equipe do NASF e da ESF.

A articulação entre equipes constituiu-se de um espaço interdisciplinar, promovendo (re)significação dos fazeres na APS, em busca de um atendimento mais efetivo, humanizado de acordo com as propostas do SUS (SILVA; PETRY; OLIVEIRA, 2017).

No decorrer da caminhada foram percebidos muitos desafios, dentre eles os entraves burocráticos e operacionais proporcionando a desmotivação e a construção da continuidade do processo. Como dificuldades pode-se elencar o distanciamento da instituição de ensino que repercutia diretamente nas condições e na qualidade da prestação dos serviços de saúde, pelo trabalho distanciar-se da proposta das redes de atenção à saúde e da intersetorialidade.

Destaca-se que outro impasse significativo para esse processo foi a mudança do médico, que contribuía para o fortalecimento do espaço, para outro profissional que operava de modo biologicista, hospitalocêntrico que apresentava dificuldade em compreender o impacto de espaços coletivos na (re)significação do processo de trabalho. O que trouxe influência negativa em ambas as equipes, visto que os profissionais que retornaram a reproduzir um modelo curativista e fragmentado de trabalho. Assim, infere-se a importância dos profissionais responsáveis pelo gerenciamento da USF atuarem em consonância com as propostas do SUS (SILVA; SANTANA, 2014).

3.2 A importância da residência multiprofissional na formação para o SUS

Destaca-se a presença das residentes no contexto do processo de organização deste espaço educativo, assim, a RMS, é entendida como um programa que possibilita a formação em serviço dos profissionais da saúde, sendo uma importante estratégia para consolidação do SUS. Mesmo com modelos de programas com características distintas e metodologias próprias, a residência é um canal potente no aprimoramento do processo de trabalho para o SUS (BASSO, 2010).

Faz-se necessário ressaltar que a proposta de formação da RMS contempla a modalidade de integração ensino-serviço que se mostrou fundamental para a construção de conhecimento significativo. Assim, os profissionais que apresentavam formação acadêmica ou especialização em cursos com utilização de estratégias de ensino-aprendizagem mais ativas e problematizadoras, apresentavam um comportamento em maior consonância aos preceitos do SUS.

Nessa perspectiva, esse modelo mostrou-se potente na formação desses profissionais, visto que proporciona ao estudante de graduação ou pós-graduação conhecer a realidade de seu campo de trabalho trazendo significado para o que é explorado em sala de aula (BREHMER; RAMOS, 2014).

Esta experiência traz a tona o despertar para o pensamento crítico, proporcionado as residentes durante a imersão na trabalho em Saúde Coletiva, portanto, o pensamento crítico estimulado e “construído” pela inquietação provocada pelo ensino é um processo de raciocínio complexo, sistemático, dialógico, autodirigido e orientado pela prática que tem a finalidade de buscar, com base nos processos cognitivos,

empíricos e intuitivos, as melhores soluções para os problemas encontrados na prática profissional (BECERRIL et al, 2016).

Assim, essa competência compreende o desenvolvimento de capacidade de análise e síntese, capacidade crítica e autocrítica, gestão da informação, tomada de decisões e resoluções de problemas o que foi fundamental para a construção dos espaços reflexivos potentes para a modificação da prática (BECERRIL et al, 2016).

Contudo, a hegemonia de instituições de ensino que não se utilizam de estratégias de ensino-aprendizagem que contemplam essa competência, focando-se apenas em habilidades técnicas e acúmulo de conteúdo teórico, formam profissionais que reproduzem um “fazer saúde” fragmentado e pouco resolutivo (BECERRIL et al, 2016).

Dessa forma, a mobilização das equipes e a construção desses espaços coletivos de reflexão, somente, foram possíveis pelo caráter interdisciplinar do programa da RMS, assim como a visão ampliada, promovida pela formação, dos profissionais que se envolveram nesse processo. A experiência em questão aborda a complexidade que a APS que contempla em si pela multiplicidade de fatores que podem contribuir para uma prática voltada ao trabalho problematizador, reflexivo e interdisciplinar.

Portanto a inserção de propostas de formação, como a RMS que visam o planejamento, a gestão e a clínica da APS, através do trabalho em equipe multiprofissional com vistas à integralidade da atenção em saúde configuram-se importantes para fortalecimento do SUS (ROSSONI, 2015).

Contudo, como abordado anteriormente a formação profissional em modelos tradicionais de ensino aprendizagem são expressas por práticas fragmentadas e centradas nos aspectos biológicos dos sujeitos insuficientes para uma assistência de qualidade, sendo necessário (re)significar a prática de modo a atingir o cuidado integral (RANGEL et al, 2017).

4 | CONCLUSÃO

É possível afirmar que a aproximação das equipes repercutiu positivamente na construção do trabalho coletivo e interdisciplinar, construiu possibilidades de atuação articulada, satisfatória e problematizadora, que extrapolaram as questões biológicas e curativas do cuidado. Identifica-se o fortalecimento de vínculos, resolutividade e reorganização do processo de trabalho, ainda que, algumas vezes, prejudicado pelos desafios encontrados durante o percurso.

Denota-se a importância da presença do residente para (re)significar as práticas daquelas equipes, além de ser um espaço potente para a sua formação. Essas experiências contribuem para mudanças nas práticas e na educação permanente dos profissionais, por meio da aprendizagem coletiva, impactando diretamente em uma atenção mais ampliada ao usuário.

A formação do profissional de saúde, de forma crítica e reflexiva ou fragmentada, influenciou diretamente no sucesso dessas potentes estratégias que contemplam o ensino-aprendizagem significativo, a modificação do processo de trabalho e na valorização dos preceitos do SUS. Nessa direção, faz-se necessário revisitar conceitos e práticas de formação dos profissionais de saúde no intuito de potencializar as estratégias e fortalecer a APS e o SUS.

REFERÊNCIAS

BECERRIL, L. et al. Presencia del pensamiento reflexivo y crítico en los currículos de enfermería en Iberoamérica: una visión cualitativa . Atas - investigação qualitativa em educação , Salamanca, v. 1, p. 128-137, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/596>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética humana - Compaixão pela terra. 20 ed. Petrópolis, (RJ): Vozes, 2014. 302 p.

BONFIM, Iris Guilherme et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, jun. 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop1013.pdf> >. Acesso em 18 jul. 2018.

BRANDÃO, Gisetti Corina Gomes; OLIVEIRA, Maria Amélia De Campos. O trabalho em equipe em unidades da estratégia saúde da família de um município paraibano . Revista Saúde & Ciência Online, Vitória, v. 5, n. 3, p. 51-62, set./dez. 2016. Disponível em: <www.ufcg.edu.br/revistasauedeeciencia/index.php/rscufcg/article/viewfile/406/260>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, 2014.

BREHMER, Laura Cavalcanti De Farias; RAMOS, Flávia Regina Souza. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa . Revista Eletrônica de Enfermagem, Vitória, v. 16, n. 1, p. 228-37, jan./mar. 2014. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a26.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al . A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000500983&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 July 2015.

FALKENBERG, Mirian Benites et al . Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000300847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jul. 2018.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs.). Tratado da saúde coletiva. 2 ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2014. p.17-37

QUINDERE, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2157-2166, Jul. 2013 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/31.pdf> >. Acesso em 17 Jul. 2018.

RANGEL, R. F. et al. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem . Revista rene, Salamanca, v. 18, n. 1, p. 43-50., jan./fev. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewfile/18866/29599>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, Nov. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000300006&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 July 2018.

ROSSONI, Eloá. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. Physis, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 1011-1031, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000301011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jul. 2018.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa de saúde da família. Arquivos catarinenses de medicina, v. 32, n. 4, p. 983-995, 2003. Disponível em: <www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SANTOS, Rafael da Rocha dos et al. A influência do trabalho em equipe na atenção primária à saúde. Revista brasileira de pesquisa em saúde, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-139, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15144/10725>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre , v. 38, n. 1, 2017 . Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170158779.pdf> . Acesso em 21 Jul. 2018

SILVA, Vinício Oliveira da; SANTANA, Patrícia Maria Mattos Alves de. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 52, p. 121-132, Mar. 2015 . Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-1807-576220140017.pdf>. Acesso em 21 Jul. 2018

ZEFERINO, M. T. et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem . Revista enfermagem uerj, Rio de janeiro, v. 16, n. 3, p. 345-350, jul./set. 2008.

INSTRUMENTAÇÃO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Ledycnarf Januário de Holanda

Instituto Internacional de Neurociências - Edmond
e Lily Safra
Macaíba - RN

Patrícia Mayara Moura da Silva

Instituto Internacional de Neurociências - Edmond
e Lily Safra
Macaíba - RN

Junio Alves de Lima

Instituto Internacional de Neurociências - Edmond
e Lily Safra
Macaíba - RN

Edgard Morya

Instituto Internacional de Neurociências - Edmond
e Lily Safra
Macaíba - RN

RESUMO: O crescimento exponencial de recursos tecnológicos possibilitam o monitoramento de indicadores de saúde durante o dia a dia. O fisioterapeuta é um profissional que tem como ferramenta de estudo o movimento humano em todas as suas potencialidades, e pode utilizar esses novos recursos para potencializar a preservação, o desenvolvimento e a restauração do movimento para favorecer a qualidade de vida. A integração dos conhecimentos de microeletrônica, computação e robótica possibilita desenvolver estratégias inéditas aplicáveis na vida

cotidiana e na reabilitação, mas exige uma estrutura curricular inovadora para preparar os profissionais do futuro. O estudo propôs investigar as disciplinas curriculares dos cursos de Fisioterapia do Brasil, e apresentar demandas relacionadas à instrumentação de recursos tecnológicos. Foi realizada uma busca de artigos em base de dados, em julho de 2018, utilizando os descritores: Fisioterapia, Formação em Fisioterapia, Diretrizes Curriculares, Tecnologia Assistiva, Evolução Tecnológica. Dentre 481 estudos encontrados, 20 possuem conteúdos do interesse. De acordo com o encontrado, a maioria não apresenta conteúdo teórico-prático para desenvolver tecnologias, por isso, a importância da atuação interdisciplinar. Portanto, é necessário avaliar e analisar currículos e projetos pedagógicos para despertar o pensamento crítico e reflexivo a respeito de inovação tecnológica e a atuação do fisioterapeuta, favorecendo uma formação competente, diferenciada e adequada aos tempos atuais. Espera-se que o presente estudo possa incentivar a discussão de novos modelos de formação e colaborar para implementação de propostas inovadoras nas instituições de ensino superior.

PALAVRAS-CHAVES: formação em fisioterapia, diretrizes curriculares, instrumentação, evolução tecnológica.

ABSTRACT: The exponential growth of technological resources allows the monitoring of health indicators on a daily basis. The Physiotherapist is a professional who has as a study tool the human movement in all its potentialities being able to use these new resources to increase the preservation, development and restoration of the movement to promote the quality of life. The integration of knowledge in microelectronics, computing and robotics provides the development of new strategies applicable on everyday life in rehabilitation, it requires an innovative curricular structure to prepare the professionals of the future. The study aimed to investigate the curriculum subjects of Physiotherapy courses in Brazil, and present demands related to instrumentation of technological resources. The database search was held in July 2018, using the descriptors: Physiotherapy, Graduation in Physiotherapy, Curricular Guidelines, Assistive Technology, Technological Evolution. Among 481 studies found, 20 have content of interest. According to the found, most of the Physiotherapists do not have theoretical-practical knowledge to develop technologies thus the importance of interdisciplinary approach. Therefore, it is necessary to evaluate and analyse their curricula and pedagogical projects, awakening critical thinking about technological innovation and the Physiotherapy work, favoring a competent, differentiated and appropriate to current times. It is hoped that the present study may encourage the discussion of news formation models and collaborate to implement innovative proposals in higher education institutions.

KEYWORDS: Graduation in Physiotherapy, Curricular Guidelines, Instrumentation, Technological Evolution.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento exponencial de tecnologias nas áreas de cidades e casas inteligentes, telemedicina e telessaúde favorece o monitoramento de diversos indicadores de saúde, conforme ilustrado na Figura 1. Dentre as tecnologias desenvolvidas, é possível quantificar os níveis de sonolência, estresse, função cardiopulmonar; e realizar a análise bioquímica da saliva, urina e fezes durante atividades de vida diária (AVDs) (A) (GAMBHIR *et al.*, 2018); monitorar o movimento continuamente (B, D) (ASHOURI *et al.*, 2017; DA SILVA *et al.*, 2017, no prelo), e do padrão alimentar (C) (CHUNG *et al.*, 2017) em usuários com faixas etárias distintas.

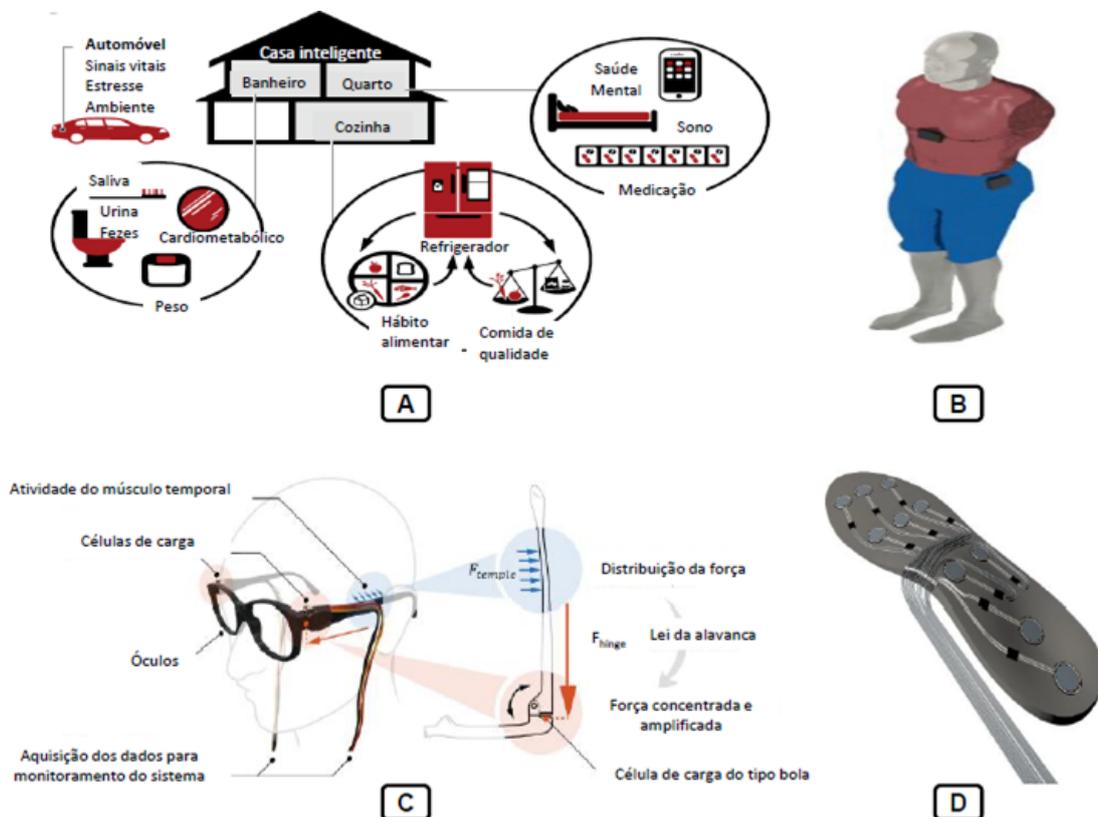


Figura 1. Monitoramento de indicadores de saúde em cidades e casa inteligentes. Fonte: A) Adaptado de GAMBHIR *et al.* (2018), B) Ashouri *et al.* (2017), C) CHUNG *et al.* (2017) e D) Da Silva, De Holanda, Morya (2017).

As tecnologias mais acuradas e precisas favoreceram o desenvolvimento de equipamentos de reabilitação de alta especificidade e desempenho, como sistemas de suspensão dinâmica do peso corporal para treinamento de marcha, como o ZeroG (KING *et al.*, 2015), e dispositivos para treinamento de marcha robótica, por exemplo, Lokomat, LOPES e ARGO (HOLANDA *et al.*, 2017a). Além disso, o rastreamento contínuo e remoto do movimento de segmentos distintos do corpo, por meio de tecnologias vestíveis, tem possibilitado a identificação prévia de quedas e execução incorreta de movimentos (KHURELBAATAR *et al.*, 2015). A partir do monitoramento desses sensores é possível fornecer estímulos sensoriais para melhorar a performance motora, por meio de tecnologias vestíveis de *biofeedback* (DOZZA *et al.*, 2011). O potencial de aplicação desses sistemas vestíveis tem sido de grande interesse, uma vez que pode ser observado uma progressão significativa do desempenho motor. De modo geral, os indivíduos em reabilitação são atendidos em ambulatórios duas vezes por semana por um tempo médio de 30 a 45 minutos. Desse modo, essa fusão de tecnologias potencializa a adesão na reabilitação, e conseqüentemente, melhora a eficiência e reduz o período de tratamento (BELDA-LOIS *et al.*, 2011; JOVANOVIĆ *et al.*, 2005).

Nessa perspectiva, é possível detectar precocemente e em tempo real biomarcadores que não estão enquadrados nos parâmetros ideais dos indicadores de saúde (GAMBHIR *et al.*, 2018), e assim, implementar novas ferramentas para

promover uma melhor qualidade de vida (ARTHANAT *et al.*, 2017). No âmbito da saúde, as tecnologias assistivas (TA) são comumente confeccionadas para favorecer o diagnóstico e a reabilitação (ALVES, EMMEL, MATSUKURA, 2012). A TA é definida como uma área interdisciplinar que envolve o desenvolvimento de dispositivos, serviços, práticas e estratégias, as quais visam o aumento, a manutenção ou o aprimoramento da capacidade funcional (ARTHANAT *et al.*, 2017). Os dispositivos de TA devem ser capazes de oferecer informações relacionadas a evolução de cada usuário de modo acessível, possibilitando o monitoramento remoto, atenuando a interação entre o profissional e o usuário. A interação pode ser feita por meio de gráficos para oferecer *feedback* para o usuário e/ou adição de jogos interativos, e assim, potencializar o progresso continuado dos usuários (MCCONNELL *et al.*, 2017; BELDA-LOIS *et al.*, 2011). Isso torna-se viável a partir da fusão de saberes, por meio de uma atuação multi e interdisciplinar, possibilitando a interação dos conhecimentos de profissionais de ciências da saúde e biológicas, embasados em mecanismos fisiológicos e patológicos do movimento humano, com os conhecimentos das ciências exatas, para desenvolver dispositivos adequados e de fácil adaptação para os usuários, objetivando a melhora da função motora, capacidade funcional e qualidade de vida (DE HOLANDA; DA SILVA; MORYA, 2017).

O entendimento sobre instrumentação de recursos tecnológicos em fisioterapia é essencial para a formação, tendo em vista o crescimento exponencial de tecnologias. O termo instrumentação de recursos tecnológicos corresponde ao desenvolvimento de tecnologias para registrar e alterar parâmetros relacionados ao sistema biológico, utilizando ferramentas da engenharia para pesquisa científica, diagnóstico e reabilitação (KHANDPUR, 2002). A interação dos conhecimentos acerca dos recursos existentes aos de micro/nanoeletrônica, robótica e computação favorece o desenvolvimento de novas estratégias com potencial para serem aplicadas durante as AVDs de cada usuário.

Como descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia, a atual estrutura curricular instrui esses futuros profissionais para oferecer assistência em todos os níveis de atenção à saúde, visando a preservação, desenvolvimento, restauração do funcionamento de órgãos, sistemas e funções (BRASIL, 2002). Portanto, é necessário capacitar esses profissionais para desenvolver novas tecnologias para um mercado em constante desenvolvimento tecnológico. Com base em uma análise da atual estrutura curricular do curso de Fisioterapia, emerge a necessidade de discutir novas propostas e estratégias para atualização da estrutura curricular, visando o desenvolvimento de recursos tecnológicos para reabilitação.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma busca de artigos científicos nas seguintes bases de dados Scielo, MEDLINE, LILACS, em julho de 2018, utilizando os descritores: "fisioterapia",

"formação em fisioterapia", "diretrizes curriculares", "tecnologia assistiva", "evolução tecnológica". Além das bases de dados, foi necessária a inclusão dos sites: portal do Ministério da Educação (MEC) e site de universidades, para analisar a matriz curricular dos principais cursos de Fisioterapia do país.

A seleção dos artigos foi feita a partir de sua relevância de publicação nos últimos 10 anos, por meio de critérios preestabelecidos. Foram incluídos apenas publicações em português e inglês. Artigos duplicados, incompletos e que não possuíam relevância após leitura foram descartados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 481 artigos nas bases de dados quando cruzados os descritores. Foram obtidos 426 artigos relacionados a um ou mais descritores após a leitura do título e resumo. Para leitura foram extraídos 237 artigos que possuíam artigos completos. Foram analisados apenas artigos dos últimos 10 anos (n = 223). Após a análise foram inseridos 20 artigos que possuíam conteúdo de interesse para a discussão da temática, conforme mostrado na figura 2.

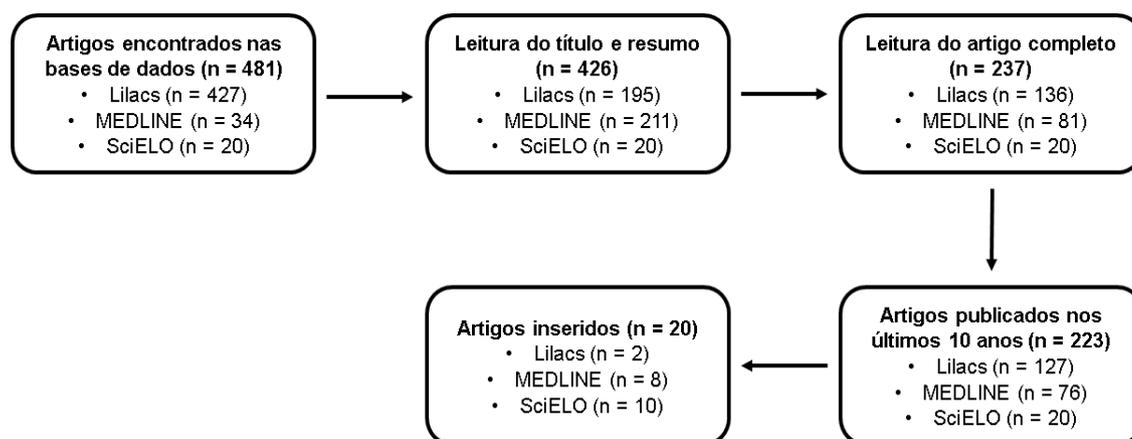


Figura 2. Fluxograma dos resultados do levantamento bibliográfico.

Fonte: Produzido pelos autores.

Segundo o Art. 6º das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002), é conteúdo essencial a integração de conhecimentos biológicos, tecnológicos, sociais e humanos em concordância com os conhecimentos fisioterapêuticos. Especificamente, os conhecimentos biotecnológicos abrange o acompanhamento dos avanços da tecnologia utilizadas nas ações fisioterapêuticas como também permitir incorporar essas inovações à pesquisa e à prática clínica (BRASIL, 2002). O Brasil possui, atualmente, mais de 800 Instituições de Ensino Superior (IES) que ofertam o curso de Fisioterapia (BRASIL, 2018). Os cinco cursos de fisioterapia com melhores desempenhos na avaliação considerando a qualidade de ensino, não possuem em sua matriz curricular disciplinas que oferecem suporte ao desenvolvimento de TA, apenas suportam disciplinas básicas da formação,

como definido nos projetos político-pedagógicos dos cursos das IES. O perfil do fisioterapeuta seguindo as diretrizes do MEC é ter uma formação generalista, sendo capacitado para atuar em todos os níveis de atenção, como também sua formação deve atender ao sistema de saúde vigente no país. Cada IES tem a flexibilidade de montar sua matriz curricular, bem como enriquecê-la e complementá-la, considerando o contexto atual (BRASIL, 2002). Entretanto, o acesso e o desenvolvimento de novas tecnologias se torna importante para um currículo acadêmico de um profissional de saúde na vanguarda do conhecimento. Porém, nota-se uma tendência nos currículos dos principais cursos de fisioterapia do país, na priorização de disciplinas que apenas demonstram tecnologias e não as desenvolvem, como é o caso de disciplinas de próteses e órteses.

Nas últimas duas décadas, houve uma crescente mudança no ensino, a exemplo nos Estados Unidos, onde os cursos da área da saúde começaram a oferecer temas como robótica e dispositivos tecnológicos de auxílio e reabilitação, contemplando mais de 20 horas de formação em tecnologia (PELOSI *et al.*, 2009). Tendo em vista a evolução da tecnologia e a necessidade de profissionais tecnicamente capacitados para atuar com TA, Pelosi *et al.* (2009) implementaram e avaliaram um curso de formação de 40h destinados a profissionais de Saúde nas áreas de TA. O estudo contou com 28 terapeutas ocupacionais e 9 fonoaudiólogos, e foi feito um pré teste para nivelar o conhecimento dos participantes antes do início do curso. Esse curso recebeu boa aceitação porém insuficiente para atender as demandas do grupo, informando que o profissional em formação necessita de interlocutores mais experientes na área para que possam modificar suas atitudes quanto ao uso e ao desenvolvimento de TA.

No entanto, esse diferencial tem sido encontrado em programas de pós-graduação, que visam o estudo do sistema biológico de uma forma quantitativa, por exemplo, a neuroengenharia que corresponde a interação multidisciplinar para compreender o sistema nervoso em seu estado fisiológico e patológico, e a partir disso, criar novas estratégias para restaurar a função sensório-motora (SIMPLICIO *et al.*, 2016). Essa necessidade de utilização e desenvolvimento de TA por profissionais de Saúde vem sendo referenciado na literatura há algum tempo (ALVES, EMMEL, MATSUKURA, 2012; SILVA, 2011; FARMER *et al.*, 2014, DUGGAN *et al.*, 2013; LEUNG, CHAN, 2009). Entretanto, ao desenvolver novas TA devem ser considerados alguns aspectos, como padrões antropométricos, controlabilidade, funcionalidade, estética e conforto de cada usuário e, por conseguinte, aumento do índice de satisfação (MCCONNELL *et al.*, 2017).

A ótica da funcionalidade associada aos conhecimentos de instrumentação de recursos tecnológicos possibilitam o desenvolvimento de novas tecnologias. Nessa perspectiva, é primordial capacitar os docentes e conscientizar a equipe acadêmica sobre a necessidade dessa mudança na formação acadêmica. Para isso, é necessário integrar de fato os profissionais de ciências exatas no corpo docente para construção coletiva do conhecimento sobre instrumentação de recursos tecnológicos, uma

vez que essa troca de saberes possibilitará uma nova visão e perspectiva sobre a atuação e formação profissional. Há necessidade de elaboração de projetos políticos pedagógicos que incluam estratégias de melhor aproveitamento de temáticas ligadas ao avanço tecnológico, e incentivem o pensamento crítico de inovação nesses futuros profissionais.

4 | CONCLUSÃO

Como etapa antecedente ao processo de reformulação da estrutura curricular, é imprescindível que a atuação do fisioterapeuta no desenvolvimento de tecnologias seja estimulada e reconhecida para o crescimento da profissão.

Por meio deste estudo, almeja-se incentivar a mudança de paradigmas, e assim, superar limitações impostas na formação profissional pelo modelo atual, e também estimular a mudança individual para expandir os horizontes da reabilitação, criando, inovando e se reinventado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Ana Cristina Jesus; EMMEL, Maria Luisa Guillaumom; MATSUKURA, Thelma Simões. **Formação e prática do terapeuta ocupacional que utiliza tecnologia assistiva como recurso terapêutico**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-33, 2012.
- ARTHANAT, Sajay; ELSAESSER, Linda-Jeanne; BAUER, Stephen. **A survey of assistive technology service providers in the USA**. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, v. 12, n. 8, p. 789-800, 2017.
- ASHOURI, Sajad et al. **A novel approach to spinal 3-D kinematic assessment using inertial sensors: Towards effective quantitative evaluation of low back pain in clinical settings**. Computers in biology and medicine, v. 89, p. 144-149, 2017.
- BELDA-LOIS, Juan-Manuel *et al.* **Rehabilitation of gait after stroke: a review towards a top-down approach**. Journal of Neuroengineering and Rehabilitation, v. 8, n. 1, p. 66, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior **Resolução n. 4 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia**. 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior **Instituições de Educação Superior e Curso Cadastrados**. 2018. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br>> Acesso em: 19 jul. 2018.
- CHUNG, Jungman *et al.* **A glasses-type wearable device for monitoring the patterns of food intake and facial activity**. Scientific reports, v. 7, p. 41690, 2017.
- DA SILVA, Patrícia Mayara Moura; DE HOLANDA, Ledycnarf Januário; GRANADOS, Edith Elena; MORRYA, Edgard. **Building pressure sensitive foot insoles for public health evaluation in smart cities**. IEEE International Summer School on Smart Cities (IEEE S3C), IEEE, no prelo, 2017.

DE HOLANDA, Ledycnarf Januário; DA SILVA, Patrícia Mayara Moura; MORYA, Edgard. **Instrumentação de Recursos Tecnológicos no Processo de Formação do Fisioterapeuta**. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, v. 4, n. 8, 2017.

HOLANDA, Ledycnarf J. *et al.* **Robotic assisted gait as a tool for rehabilitation of individuals with spinal cord injury: a systematic review**. Journal of Neuroengineering and Rehabilitation, v. 14, n. 1, p. 126, 2017.

DOZZA, Marco *et al.* **What is the most effective type of audio-biofeedback for postural motor learning?**. Gait & Posture, v. 34, n. 3, p. 313-319, 2011.

DUGGAN, Geoffrey B. *et al.* **Qualitative evaluation of the SMART2 self-management system for people in chronic pain**. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, v. 10, n. 1, p. 53-60, 2015.

FARMER, Sybil Eleanor *et al.* **Assistive technologies: can they contribute to rehabilitation of the upper limb after stroke?**. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 95, n. 5, p. 968-985, 2014.

GAMBHIR, Sanjiv Sam *et al.* **Toward achieving precision health**. Science translational medicine, v. 10, n. 430, p. 1-5, 2018.

JOVANOVIĆ, Emil *et al.* **A wireless body area network of intelligent motion sensors for computer assisted physical rehabilitation**. Journal of Neuroengineering and Rehabilitation, v. 2, n. 1, p. 6, 2005.

KHANDPUR, Raghbir Singh. **Handbook of biomedical instrumentation**. Tata McGraw-Hill Education, 2002.

KHURELBAATAR, Tzolmonbaatar *et al.* **Consistent accuracy in whole-body joint kinetics during gait using wearable inertial motion sensors and in-shoe pressure sensors**. Gait & Posture, v. 42, n. 1, p. 65-69, 2015.

KING, Christine E. *et al.* **The feasibility of a brain-computer interface functional electrical stimulation system for the restoration of overground walking after paraplegia**. Journal of Neuroengineering and Rehabilitation, v. 12, n. 1, p. 80, 2015.

LEUNG, Brian; CHAU, Tom. **A multiple camera tongue switch for a child with severe spastic quadriplegic cerebral palsy**. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, v. 5, n. 1, p. 58-68, 2010.

MCCONNELL, Alistair C. *et al.* **Robotic devices and brain-machine interfaces for hand rehabilitation post-stroke**. Journal Rehabilitation Medicine, v. 49, p. 449-460, 2017.

PELOSI, Miryam Bonadiu *et al.* **Formação em serviço de profissionais da saúde na área de tecnologia assistiva: o papel do terapeuta ocupacional**. Journal of Human Growth and Development, v. 19, n. 3, p. 435-444, 2009.

SIGNORELLI, Marcos Cláudio *et al.* **Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares**. Fisioterapia em Movimento, v. 23, n. 2, 2017.

SILVA, Luciele Chequim da. **O design de equipamentos de tecnologia assistiva como auxílio no desempenho das atividades de vida diária de idosos e pessoas com deficiência, socialmente institucionalizados**. 2011. 104f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Engenharia, Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

SIMPLICIO, Hougelle *et al.* **Neurociência Aplicada às Práticas Tecnológicas**. In: SABA, Hugo; DE FREITAS JORGE, Eduardo Manuel; DE SOUZA, Claudio Reynaldo B. Pesquisa Aplicada & Inovação. Salvador: Edifba, 2016. p. 15-32.

INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Patrícia Mayara Moura da Silva

Instituto Internacional de Neurociências Edmond e Lily Safra (IIN-ELS)

Macaíba - Rio Grande do Norte

Ledycnarf Januário de Holanda

Instituto Internacional de Neurociências Edmond e Lily Safra (IIN-ELS)

Macaíba - Rio Grande do Norte

Edgard Morya

Instituto Internacional de Neurociências Edmond e Lily Safra (IIN-ELS)

Macaíba - Rio Grande do Norte

RESUMO: A tecnologia assistiva (TA) é uma área que abrange recursos e serviços para ampliar habilidades funcionais, promovendo maior independência e inclusão. Os recursos incluem desde órteses e próteses, a softwares e *hardwares* especiais para promover a acessibilidade. Os serviços envolvem profissionais que auxiliam na adaptação das pessoas aos recursos de TA. Dentre os profissionais envolvidos nos serviços, o papel do fisioterapeuta é lidar diretamente com o movimento humano. Atualmente, com a constante evolução da robótica, microeletrônica e programação para desenvolver recursos de TA, surge a necessidade de uma maior integração entre os recursos e os serviços. Logo, é necessário acompanhar e entender

as evoluções tecnológicas atuais com a ampliação e capacitação dos futuros profissionais fisioterapeutas. A pós-graduação em Neuroengenharia do Instituto Internacional de Neurociências Edmond e Lily Safra (IIN-ELS) possibilita a vivência entre profissionais de diversas áreas da engenharia, ciências biológicas e da saúde. Essa troca de saberes diferentes leva a aquisição de uma postura profissional crítica reflexiva para pensar adiante e não se acomodar com os conhecimentos adquiridos e restritos na base de formação da graduação. Os profissionais fisioterapeutas neste programa desenvolvem habilidades técnicas em diversos recursos de programação, processamento de sinais, análise e treinamento do movimento humano. Além disso, a partir do conhecimento e entendimento do funcionamento de diferentes recursos de TA existentes no mercado, desperta-se o interesse de melhorá-los ou de desenvolver novos recursos. A inovação tecnológica representa um diferencial na formação profissional do fisioterapeuta para potencializar suas ações de promoção de qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Inovação, evolução, conhecimento.

ABSTRACT: Assistive technology (AT) is an area that encompasses features and services to enhance functional skills, promoting greater

independence and inclusion. The features range from orthotics and prosthetics to special softwares and hardwares to promote accessibility. The services involve professionals who assist in adapting people to AT resources. Among the professionals involved in services, the role of the physiotherapist is to deal directly with human movement. Currently, with the constant evolution of robotics, microelectronics and programming to develop AT resources, there is a need for a greater integration between resources and services. Therefore, it is necessary to follow and understand the current technological developments with the expansion and training of future physiotherapist professionals. The multidisciplinary post-graduation in Neuroengineering of the Edmond and Lily Safra International Institute of Neurosciences (ELS-IIN) enables the experience of professionals from diverse fields of engineering, biological sciences and health. This exchange of different knowledge leads to the acquisition of a reflexive critical professional to think ahead and not to accommodate with the knowledge acquired and restricted in the undergraduate base. The physiotherapists in the master degree program learn technical skills to develop different programming, signal processing, analysis, and human movement training resources. In addition, from the knowledge and understanding of the functioning of different AT resources in the market, the interest to improve them or to develop new resources was aroused. The technological innovation represents a differential of the professional physiotherapist to potentialize the actions of promoting quality of life.

KEYWORDS: Innovation, evolution, knowledge.

1 | INTRODUÇÃO

Tecnologia assistiva (TA) é uma área do conhecimento bastante difundida na literatura, que tem caráter interdisciplinar e engloba diversos aspectos como recursos e serviços com objetivos comuns de ampliar a funcionalidade, e promover a inclusão social (BRASIL, 2009). A TA tem o intuito não só de otimizar e/ou complementar determinadas características da capacidade física do indivíduo como também pode minimizar alguns elementos ambientais que possam impedir a realização dessa capacidade física (FERREIRA *et al.*, 2016). Contudo, a TA destina-se a dar suporte às pessoas que apresentam algum tipo de deficiência (BRASIL, 2012).

Os recursos que envolvem TA englobam qualquer equipamento, produto ou sistemas fabricados sob medida ou em larga escala (BRASIL, 2012). Dentre a fabricação está o desenvolvimento de dispositivos, móveis adaptados, *softwares* e *hardwares* em função de potencializar habilidades funcionais deficientes ou perdas (BRASIL, 2012; FERREIRA *et al.*, 2016). Os serviços são aqueles que auxiliam de forma direta uma pessoa com deficiência em alguma atividade ou no restabelecimento de uma habilidade (BRASIL, 2012). Os serviços englobam a interdisciplinaridade de profissionais com diferentes áreas de conhecimento com objetivo comum de restaurar habilidades funcionais deficientes ou perdas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

A interdisciplinaridade resulta na sobreposição de profissões, promovendo comunicação entre diferentes áreas de conhecimento, gerando inovação no desenvolvimento e implementação de TA com melhora na qualidade de vida das pessoas que apresentam alguma deficiência (DIGIOVINE *et al.*, 2018). Essa interação de diversas áreas de conhecimento geram influências entre as áreas resultando em inovações tecnológicas. Segundo a Lei de Inovação brasileira (nº 10.973/2004), inovação é definida como introduzir uma novidade ou aperfeiçoar algo já existente no mercado, ambos com finalidade de produzir novos produtos, processos ou serviços (LORENZETTI *et al.*, 2012). Segundo Lorenzetti *et al.* (2012), o processo de inovação pode ser radical ou incremental. A radical está relacionado ao desenvolvimento e introdução de produtos inteiramente novos no mercado, esse tipo de inovação pode resultar em mudanças drásticas em diversos setores e no mercado. Por outro lado, a incremental refere-se a melhorar algum produto já existente no mercado com o intuito de aproximá-lo do consumidor.

Partindo dessa ótica, inovar está relacionado a ampliar o conhecimento para novos assuntos além dos adquiridos na formação de base, é se arriscar para novas idéias (DE FARIA *et al.*, 2018). Atualmente, a microeletrônica vem se destacando como uma inovação tecnológica, visto que a partir dela vários setores estão evoluindo, como a robótica, a automação e a programação, todos em função do desenvolvimento de recursos voltados para a TA (LORENZETTI *et al.*, 2012). Na atualidade com a constante evolução da microeletrônica, robótica e programação em função de melhores recursos de TA faz-se necessário que o profissional esteja preparado e disposto para acompanhar a mesma (MARTINEC *et al.*, 2017).

Os profissionais da atualidade precisam acompanhar a evolução sendo cada vez mais requisitado uma formação multidisciplinar. Essa mudança na formação profissional deverá resultar em melhorias nas formas de ensino durante a graduação e pós-graduação nas universidades brasileiras, as quais se encontram em caráter bastante conservador (BRASIL, 2012). Abranger os conhecimentos para acompanhar uma evolução na formação multidisciplinar é um diferencial dos profissionais que inovam em TA. Dentre esses profissionais, o fisioterapeuta se destaca por estar diretamente ligado à reabilitação de pessoas com deficiência visando a restauração do movimento humano (DE SOUZA *et al.*, 2017). O fisioterapeuta é o profissional responsável por restaurar as aptidões físicas do paciente, promovendo melhora da qualidade de vida e retorno deste às suas atividades de vida diária (SUBTIL *et al.*, 2017). Assim, esse profissional diferencia-se dos demais por ser o intermediador entre os recursos de TA existentes e as pessoas com deficiência. Os fisioterapeutas no dia a dia têm um histórico de adaptar, personalizar diversos recursos de TA para atender determinadas necessidades (MCDONALD *et al.*, 2016). Desse modo, é necessário agregar os conhecimentos adquiridos na formação de base aos conhecimentos multidisciplinares para promover inovações tecnológicas. É pensar em formas de desenvolver ou melhorar os recursos mais modernos como os de robótica assistiva,

realidade virtual e redes neurais, tornando-os mais acessíveis para a população.

Para que a TA chegue ao consumidor final é fundamental que o profissional fisioterapeuta esteja atualizado e capacitado para promover essa comunicação com o paciente. A atualização profissional vai além dos conhecimentos conservadores adquiridos nas universidades, exige um interesse profissional para um acompanhamento constante das pesquisas na fronteira da ciência.

2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Após-graduação em Neuroengenharia no Instituto Internacional de Neurociências Edmond e Lily Safra (IIN-ELS) possibilita a vivência de profissionais de diversas áreas da engenharia, ciências biológicas e da saúde. Desde 2006, tem atividades de ensino, pesquisa e extensão no município de Macaíba localizado no Rio Grande do Norte (RN). A proposta de ensino visa promover os conhecimentos básicos para todos os profissionais nas áreas de ciências exatas e neurociência por meio de duas linhas temáticas que é a interface cérebro-máquina e a neuromodulação. O IIN-ELS tem o intuito de capacitar seus profissionais em neuroengenharia. A neuroengenharia é uma área de pesquisa interdisciplinar, a qual integra três grandes áreas que é a neurociência, a engenharia e a medicina. Essas áreas são integradas para entender o funcionamento do sistema nervoso e procurar soluções para melhorar as limitações e disfunções que ocorrem com o mesmo. A neuroengenharia tem o diferencial de enfatizar a metodologia quantitativa aplicada ao sistema nervoso na neurociência e na neurologia. O conhecimento acerca da neuroengenharia possibilita o desenvolvimento e aplicações de diversas tecnologias, como neuromodulação, interface cérebro-máquina, processamento neural, neuroreabilitação, neurociência computacional, sistêmica e translacional (SIMPLICIO *et al.*, 2016).

No programa de pós-graduação em Neuroengenharia, essa área de pesquisa interdisciplinar permite a integração entre os mais diversos profissionais do programa de pós-graduação. A troca de diferentes saberes leva a aquisição de uma postura profissional crítica e reflexiva para pensar adiante, em que o profissional não se acomoda com os conhecimentos adquiridos e restritos a base de formação na graduação. As disciplinas em sala de aula visam técnicas de ensino ativo baseado em discussões. Essa técnica consiste em estimular o aluno a ser o protagonista de seu conhecimento, em outras palavras, o aluno durante o processo de aprendizagem recruta diversas funções como falar, ouvir, escrever, refletir e ler (MARQUES *et al.*, 2018). Assim, os métodos tradicionais de ensino de forma expositiva com transferência de informação do professor para o aluno foram substituídos. O aprendizado de forma ativa têm levado os profissionais a buscarem novos conhecimentos para além da neuroengenharia.

3 | IMPACTOS

As inovações tecnológicas devem ser direcionadas com o intuito de buscar soluções que facilitem a vida dos indivíduos, promovendo a inclusão social desses (LORENZETTI *et al.*, 2012). Digiovine *et al.* (2018) relataram a importância da união entre diferentes profissionais com o intuito de promover inovação, desenvolvimento e implementação de TA resultando na melhora da qualidade de vida dos indivíduos. Pensando nesse contexto as inovações tecnológicas surgem da expansão do conhecimento, a partir do momento em que se começa a pensar além do que está restrito ao dia a dia do profissional. As técnicas de aprendizagem ativa juntamente com a troca de saberes entre os diversos profissionais do IIN-ELS tem impactado de forma positiva no modo de pensar dos pós-graduandos. Dentro do programa de pós-graduação em Neuroengenharia pode-se ver desde profissionais das mais diversas engenharias estudando fundamentos de neuroanatomia e neurofisiologia até profissionais da área de saúde estudando conceitos de programação e engenharia de *software*. Os profissionais fisioterapeutas do programa desenvolvem habilidades técnicas em diferentes recursos de programação, processamento de sinais, análise e treinamento do movimento humano. O conhecimento adquirido vem se tornando um diferencial do profissional nessa constante evolução tecnológica, visto que além de conhecer os recursos de TA existentes no mercado, é despertado o interesse de entender o funcionamento com o intuito de melhorá-los ou de desenvolver novos recursos.

Sabe-se que esses profissionais estão diretamente ligados às pessoas com deficiência, tornando as habilidades técnicas adquiridas no programa de pós-graduação fundamentais para que esses profissionais desenvolvam recursos de TA. O fisioterapeuta em contato direto com o paciente, tem total propriedade de observar determinadas dificuldades e barreiras que possam impedir que o mesmo seja incluído na sociedade. Assim, faz-se necessário a existência de programas de graduação mais dinâmicos para acompanhar a evolução tecnológica, nos quais desperte o interesse do aluno em diversas áreas de conhecimento como por exemplo a microeletrônica aplicada à reabilitação e à saúde.

Com o passar dos anos a ideia de multidisciplinaridade vem se expandindo, gerando mudanças de paradigmas existentes, principalmente, em relação às pessoas com deficiência (SILVA, 2017). Há algumas décadas atrás, pacientes com lesão medular completa eram considerados inválidos, ficando restritos aos seus leitos, pois não existiam recursos que promovessem a sua inclusão. Hoje em dia, essa realidade vem mudando de forma exponencial com o aperfeiçoamento das interfaces que promovem a comunicação entre o homem e a máquina. Dentre as interfaces estão as órteses robóticas para treino de marcha (HOLANDA *et al.*, 2017) e movimentos das mãos (MCCONNELL *et al.*, 2016; MCCONNELL *et al.*, 2017), o uso da realidade virtual na reabilitação (PERUZZI *et al.*, 2016; OGAZ *et al.*, 2018) e os sistemas vestíveis

(DA SILVA *et al.*, 2017).

O uso das órteses robóticas durante a reabilitação da marcha vem mostrando resultados positivos nos pacientes pós lesão medular apresentando melhoras cardiorrespiratórias, somatossensoriais e das funções autonômicas (DONATI *et al.* 2016; HOLANDA *et al.*, 2017). No estudo de Donati *et al.* (2016), o uso dessas órteses a partir de comandos cerebrais (com uso de eletroencefalograma – EEG) em pacientes pós lesão medular mostraram melhora no controle motor voluntário abaixo do nível das lesões. Já os dispositivos existentes na reabilitação de punho e mãos estão relacionados a guiar os movimentos durante o treinamento (MCCONNELL *et al.*, 2017). Assim como as órteses de membros inferiores, as órteses de membros superiores para mãos e punho podem ser associadas a comandos cerebrais (MCCONNELL *et al.*, 2016) como o SOPHIA (MCCONNELL *et al.*, 2017). O uso de órteses para a reabilitação de membros inferiores ou superiores também podem ser associadas ao uso da realidade virtual para criar ambientes muito mais estimulantes.

A realidade virtual tem como vantagem a possibilidade de customização do treinamento, oferecendo *feedback* imediato durante a performance no ambiente virtual (DOS SANTOS *et al.*, 2016). Essa tecnologia vem sendo amplamente utilizada na reabilitação física (SILVA; MOIOLI, 2017). Segundo Corbetta *et al.* (2015), a realidade virtual proporciona o aprendizado motor por meio de estímulos oferecidos ao paciente, em tempo real, mediante execução de determinadas tarefas relativas, por exemplo, às atividades de vida diária. Calabrò *et al.* (2016) consideram a realidade virtual como uma tecnologia inovadora, que proporciona o paciente interagir com a realidade artificial criada ao mesmo tempo em que sua performance pode ser monitorada em tempo real.

A utilização de sensores vestíveis tem sido discutida por Gordt *et al.* (2018) como uma opção promissora, seja no treinamento do controle motor como no monitoramento de performance física ou fisiológica (GAMBHIR *et al.*, 2018). O uso de sensores vestíveis no treinamento pode aumentar a aprendizagem, principalmente, quando são usados enfocando os resultados do movimento durante uma determinada tarefa do que quando o enfoque é no desempenho do movimento (GORDT *et al.*, 2018). Da Silva *et al.* (2017) relataram o uso de sensores vestíveis em palmilhas conectadas a um *smart device* para constante monitoramento da marcha durante as atividades de vida diária. A emissão de *feedback* pelo *smart device* pode melhorar a performance física dos indivíduos. Seguindo essa linha, Gambhir *et al.* (2018) descreveram sobre o monitoramento fisiológico personalizado para a prevenção de doenças, envolvendo o indivíduo na manutenção de sua própria saúde.

4 | CONCLUSÃO

Atualmente, a maioria das universidades de fisioterapia se mantém conservadora frente às evoluções tecnológicas. Cabendo ao aluno e futuro profissional não se

acomodar com a formação atual e buscar novos conhecimentos.

Para o profissional fisioterapeuta, a expansão do conhecimento vem se tornando uma oportunidade ímpar, em termos de somar os conhecimentos prévios adquiridos na academia aos conhecimentos de ciências exatas, tornando-o um profissional diferenciado no mercado de trabalho.

Sabendo que a TA é uma área de conhecimento que promove inclusão social e melhor qualidade de vida, esse relato de experiência serve como motivador para os profissionais e futuros profissionais de fisioterapia a buscar novos conhecimentos continuamente e se adequar às constantes evoluções tecnológicas com o intuito de promover cada vez mais a inclusão e ser um agente de transformação social.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Felipe Alves; BATISTA, Carlos Eduardo. **Auris: system for facilitating the musical perception for the hearing impaired**. In: Proceedings of the 22nd Brazilian Symposium on Multimedia and the Web. ACM, 2016. p. 135-142.

BRASIL. Relatório Final. **Mapeamento de Competências em Tecnologia Assistiva**. Brasília: CGEE, 2012. 449 p.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. **Tecnologia Assistiva**. Brasília: CORDE, 2009. 138 p.

CALABRÒ, Rocco Salvatore et al. **Robotic gait rehabilitation and substitution devices in neurological disorders: where are we now?**. Neurological Sciences, v. 37, n. 4, p. 503-514, 2016.

CORBETTA, Davide; IMERI, Federico; GATTI, Roberto. **Rehabilitation that incorporates virtual reality is more effective than standard rehabilitation for improving walking speed, balance and mobility after stroke: a systematic review**. Journal of physiotherapy, v. 61, n. 3, p. 117-124, 2015.

DA SILVA, Patrícia Mayara Moura; DE HOLANDA, Ledycnarf Januário; GRANADOS, Edith Elena; MORYA, Edgard. **Building pressure sensitive foot insoles for public health evaluation in smart cities**. IEEE International Summer School on Smart Cities (IEEE S3C), IEEE, no prelo, 2017.

DE FARIA, Mônica Alves et al. **EAD: o professor e a inovação tecnológica**. Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância, v. 6, 2018.

DE SOUZA, Bruna Roberta; LOURENÇO, Geresa Ferreira; CALHEIROS, David dos Santos. **Concepção e utilização da tecnologia assistiva por profissionais da área da saúde**. Revista Institucional Brasileira de Terapia Ocupacional, v. 1, n. 3, 2017.

DIGIOVINE, Carmen P. et al. **Rehabilitation engineers, technologists, and technicians: vital members of the assistive technology team**. Assistive Technology, n. just-accepted, 2018.

DONATI, Ana RC et al. **Long-term training with a brain-machine interface-based gait protocol induces partial neurological recovery in paraplegic patients**. Scientific reports, v. 6, p. 30383, 2016.

DOS SANTOS, Luara Ferreira et al. **Movement visualisation in virtual reality rehabilitation of the lower limb: a systematic review**. Biomedical engineering online, v. 15, n. 3, p. 144, 2016.

- FERREIRA, Natasha Reis; RANIERI, Leandro Penna. **O uso da tecnologia assistiva por professores de educação física.** Revista Eletrônica de Educação, v. 10, n. 3, p. 215-229, 2016.
- GAMBHIR, Sanjiv Sam *et al.* **Toward achieving precision health.** Science translational medicine, v. 10, n. 430, p. 1-5, 2018.
- GORDT, Katharina *et al.* **Effects of wearable sensor-based balance and gait training on balance, gait, and functional performance in healthy and patient populations: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** Gerontology, v. 64, n. 1, p. 74-89, 2018.
- HOLANDA, Ledycnarf J. *et al.* **Robotic assisted gait as a tool for rehabilitation of individuals with spinal cord injury: a systematic review.** Journal of neuroengineering and rehabilitation, v. 14, n. 1, p. 126, 2017.
- LORENZETTI, Jorge *et al.* **Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária.** Texto & Contexto Enfermagem, v. 21, n. 2, 2012.
- MARQUES, Ana Paula Ambrósio Zanelato *et al.* **A experiência da aplicação da metodologia ativa team based learning aliada a tecnologia no processo de ensino e de aprendizagem.** CIET: EnPED, 2018.
- MARTINEC, R. **Physiotherapy and Rehabilitation: New Paradigms and Challenges.** J Physiother Rehabil 1: 1. Journal of Physiotherapy and Rehabilitation, v. 2, p. 1035-1045, 2017.
- MCCONNELL, Alistair C. *et al.* **Robotic devices and brain-machine interfaces for hand rehabilitation post-stroke.** J Rehabil Med, v. 49, p. 449-460, 2017.
- MCCONNELL, Alistair C. *et al.* **SOPHIA: Soft Orthotic Physiotherapy Hand Interactive Aid.** Frontiers in Mechanical Engineering, v. 3, p. 3, 2017.
- MCDONALD, Samantha *et al.* **Uncovering challenges and opportunities for 3D printing assistive technology with physical therapists.** In: Proceedings of the 18th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility. ACM, 2016. p. 131-139.
- OAGAZ, Hawkar *et al.* **VRInsole: An unobtrusive and immersive mobility training system for stroke rehabilitation.** In: Wearable and Implantable Body Sensor Networks (BSN), 2018 IEEE 15th International Conference on. IEEE, 2018. p. 5-8.
- PERUZZI, Agnese *et al.* **Effects of a virtual reality and treadmill training on gait of subjects with multiple sclerosis: a pilot study.** Multiple sclerosis and related disorders, v. 5, p. 91-96, 2016.
- SILVA, Igor Macedo; MOIOLI, Renan C. **A method for creating interactive, user-resembling avatars.** PeerJ Computer Science, v. 3, p. e128, 2017.
- SILVA, Leonardo Dantas Rebouças da. **Inovações na tecnologia assistiva: quebrando paradigmas e buscando novos conceitos.** 2017. Dissertação de Mestrado. Brasil.
- SIMPLICIO, Hougelle *et al.* **Neurociência Aplicada as Práticas Tecnológicas.** In: SABA, Hugo; DE FREITAS JORGE, Eduardo Manuel; DE SOUZA, Claudio Reynaldo B. Pesquisa Aplicada & Inovação. Salvador: Edifba, 2016. p. 15-32.
- SUBTIL, Marina Medici Loureiro *et al.* **O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia.** Fisioterapia em Movimento, v. 24, n. 4, 2017.

O QUE OS ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA CONHECEM SOBRE A REALIDADE DE ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS DO NASF DE CAMPINA GRANDE – PB

Késia Rakuel Moraes de Sousa

Universidade Estadual da Paraíba
Campina Grande – PB

Alecsandra Ferreira Tomaz

Universidade Estadual da Paraíba
Campina Grande – PB

Risomar da Silva Vieira

Universidade Estadual da Paraíba
Campina Grande – PB

RESUMO: No Brasil, a organização da Atenção Primária em Saúde (APS) se dá através da Estratégia de Saúde da Família. O fisioterapeuta teve a aproximação formal com APS através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados com o intuito de ampliar as ações em atenção primária. Este trabalho tem como objetivo comparar o conhecimento dos acadêmicos de Fisioterapia sobre a atuação deste profissional na Atenção Primária à Saúde com a realidade vivenciada pelos Fisioterapeutas do NASF de Campina Grande – PB. É um estudo transversal, comparativo, analítico, com abordagem quanti-qualitativa, realizado com os acadêmicos de fisioterapia do 8º e 9º períodos. Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado elaborado a partir do questionário utilizado por Cândido (2015). Pode-se inferir a partir

dos resultados obtidos que os estudantes de fisioterapia que participaram da pesquisa possuem uma visão que condiz com a realidade da atuação do fisioterapeuta na atenção primária em saúde. Os resultados sugerem, ainda, que a Universidade tem dado o suporte e a base necessária para introduzir nos estudantes um conceito de educação em saúde que envolva os diferentes níveis de atenção, enfocando os aspectos da integralidade da assistência em saúde. A visão do fisioterapeuta sobre a prática na atenção primária em saúde tem mudado ao longo da história e, através desse estudo, pode-se deduzir que os estudantes de fisioterapia têm observado essa mudança e buscado se adequar ao novo modelo exigido pelo SUS, reafirmando o modelo de fisioterapia coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária em Saúde; Fisioterapia; NASF.

ABSTRACT: In Brazil, the organization of Primary Health Care (PHC) takes place through the Family Health Strategy. The physiotherapist had a formal APS approach through the Family Health Support Centers (NASF), created with the aim of expanding primary care actions. This work aims to compare the knowledge of Physical Therapy scholars about the performance of this professional in Primary Health Care with the reality experienced by the Physiotherapists of the NASF Campina Grande - PB. It is a

cross-sectional, comparative, analytical study with quantitative-qualitative approach, carried out with the physiotherapy students of the 8th and 9th periods. The data were collected through a semi-structured questionnaire based on the questionnaire used by Cândido (2015). It can be inferred from the results obtained that the physiotherapy students who participated in the research have a vision that matches the reality of the physiotherapist's performance in primary health care. The results also suggest that the University has given the support and the necessary basis to introduce to the students a concept of health education that involves the different levels of attention, focusing on the integral aspects of health care. The physiotherapist's view of the practice in primary health care has changed throughout history and, through this study, it can be deduced that physical therapy students have observed this change and sought to adapt to the new model requiring SUS, reaffirming the model of collective physiotherapy.

KEYWORDS: Primary Health Care; Physiotherapy; NASF.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, 1978 apud LAVRAS, 2011).

No Brasil, a organização da APS se dá através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como objetivos o fortalecimento dos processos de descentralização dos serviços e das ações de saúde, a democratização do acesso, da informação e da participação nos processos de construção da saúde, fomentar o direito à saúde como um direito de cidadania e trabalhar de forma integrada com a comunidade, fortalecendo as ações intersectoriais com vistas à oferta de ações resolutivas (LANCMAN; BARROS, 2011).

Em 2008, com o intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária e apoiar a inserção da ESF, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, configurando-se como equipe de apoio e constituída de diversos profissionais, incluindo o Fisioterapeuta. A participação do Fisioterapeuta no NASF representa a primeira aproximação formal da fisioterapia com a atenção básica, sob o ponto de vista de uma política de saúde (BRASIL, 2009).

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de APS é um processo em construção, tendo em vista que o profissional esteve rotulado durante algum tempo apenas como reabilitador, tratando da doença e suas sequelas. Essa visão restrita foi reformulada a partir da década de 80, passando a incorporar no objeto de trabalho em fisioterapia a promoção e a prevenção da saúde da população como área de atuação (NEVES; ACIOLE, 2011).

A atuação do fisioterapeuta na APS amplia e engloba a fisioterapia reabilitadora,

o objeto da fisioterapia continuará sendo o movimento humano, porém sua atuação será direcionada às coletividades humanas, buscando transformar hábitos e condições de vida, promovendo saúde e evitando, conseqüentemente, distúrbios do sistema locomotor (BISPO JUNIOR, 2010).

Nos documentos oficiais não se encontram atribuições específicas do fisioterapeuta na APS, porém Ragasson et al., (2005) a partir da vivência prática de fisioterapeutas em Residência em Saúde da Família, elaboraram um perfil com as atribuições deste profissional na equipe. As atribuições do fisioterapeuta na APS seriam: executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida; realizar atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas; prestar atendimento pediátrico a pacientes portadores de doenças neurológicas com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, mal formações congênitas, distúrbios nutricionais, afecções respiratórias, deformidades posturais; orientar pais e responsáveis para que o procedimento seja eficaz; realizar técnicas de relaxamento, prevenção e analgesia para alívio da dor nas diversas patologias; atuar no pré-natal e puerpério; desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade prevenindo complicações decorrentes da terceira idade; atender de forma integral às famílias por meio de ações.

Pelo recente crescimento da fisioterapia na APS, torna-se evidente a necessidade de publicações nessa área de atuação, assim como relevante a discussão de como os acadêmicos de fisioterapia compreendem a atuação desse profissional na Atenção Básica. Esse trabalho propõe comparar o conhecimento dos acadêmicos de fisioterapia sobre a atuação deste profissional na Atenção Primária em Saúde com a realidade vivenciada pelos Fisioterapeutas do NASF de Campina Grande – PB.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária em Saúde (APS) compreende a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção à saúde através de um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo. Esse nível de atenção forma a base do sistema de saúde e deve orientar todo o processo de trabalho dos outros níveis de saúde, promovendo a organização das práticas e da distribuição dos recursos, e estabelece-se como porta de entrada do usuário para suas necessidades e problemas. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Os progressos alcançados pela Declaração de Alma-Ata, marco histórico da atenção primária à saúde em 1978, para os Cuidados Primários em Saúde foram base para discussões da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde, na cidade de Ottawa em 1986. Essa conferência apresentou suas intenções através

de uma carta, denominada Carta de Ottawa. Nesse documento fica registrado que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Sendo a saúde o maior recurso para o desenvolvimento econômico, social e pessoal, e, portanto, a promoção em saúde deve ir além dos cuidados em Saúde, tornando-se uma prioridade dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores (OTTAWA, 1986).

No Brasil, a atenção primária, rebatizada como atenção básica, consolidou-se no início dos anos 1990, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do seu precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerada como a principal estratégia de implementação e organização da APS (GALLO; LOPES, 2005; GOMES et al., 2011).

O Programa de Saúde da Família, passando a ser nomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem sua equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, que se tornam referência para aproximadamente 1000 famílias, circunscritas no território específico da Unidade de Saúde da Família. Estas equipes devem estar comprometidas em cuidar da saúde de famílias de forma humanizada, priorizando a constituição do vínculo de confiança, fundamental ao desenvolvimento do trabalho; fortalecer os processos de descentralização dos serviços e das ações de saúde; democratizar o acesso, a informação e a participação nos processos de construção da saúde; fomentar o direito à saúde como um direito de cidadania; trabalhar de forma integrada com a comunidade e fortalecer as ações intersectoriais com vistas à oferta de ações resolutivas (LANCMAN; BARROS, 2011).

Para apoiar a inserção da ESF e ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, o Ministério da Saúde, em 2008, criou os Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF). O NASF não é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), mas configura-se como equipe de apoio, essa equipe é composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade delas (BARBOSA et al., 2008).

A portaria nº 2.488, que atualmente regulamenta os NASF propõe os profissionais que poderão compor os NASF que são: Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo e médicos especialistas em diversas áreas (BRASIL, 2011).

A atuação fisioterapêutica no NASF deve abranger o desenvolvimento de ações preventivas primárias (promoção de saúde e proteção específica). Até a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava restrita à recuperação e à reabilitação, porém, a partir dessa década, a formação em fisioterapia, por meio da redefinição de seu objeto de trabalho, passa a incorporar a promoção e a prevenção da saúde da população como área de atuação (NEVES; ACIOLE, 2011).

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde ainda é

um processo em construção, entretanto, este vem adquirindo crescente participação e tornando-se relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, obedecendo assim aos princípios do atual modelo de saúde. Portanto, o atendimento não é exclusivamente individualizado, incorporando o atendimento em grupo; as ações passaram a ser voltadas para a prevenção e promoção da saúde e a prática profissional tornou-se baseada em decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar (BORGES et al., 2010; FREITAS, 2006).

Visto a diversidade das práticas fisioterapêuticas no contexto da atenção primária em saúde, se torna cada vez mais necessária que a formação do fisioterapeuta, na graduação, tenha um direcionamento para a funcionalidade humana com intervenções baseadas nos níveis de complexidade do SUS, priorizando a formação do profissional fisioterapeuta reflexivo e crítico, envolvido desde o princípio com o atendimento à comunidade nos diferentes níveis de atenção (GALLO; LOPES, 2005; MARÃES et al., 2010).

3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo transversal, comparativo, analítico, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada no Departamento de Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A amostra foi composta pelos 54 alunos regularmente matriculados no período 2015.1. O critério de inclusão para participação da pesquisa foi ser acadêmico de Fisioterapia do 8º e/ou 9º períodos, pelo fato de já terem vivenciado a atuação da Fisioterapia na Atenção Básica através dos componentes curriculares disponibilizados nos períodos anteriores.

Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado elaborado a partir do questionário utilizado por Cândido (2015), que analisava a atuação do Fisioterapeuta no NASF. O questionário adaptado para esta pesquisa é dividido em oito partes: 1. Identificação; 2. Atendimento Individual; 3. Atendimento Domiciliar; 4. Saúde da criança e do adolescente; 5. Saúde da mulher; 6. Saúde do homem; 7. Saúde do Idoso; 8. Grupos específicos. Em todos os temas foram analisados o conhecimento dos acadêmicos a respeito da atuação do Fisioterapeuta inserido no NASF.

A coleta de dados foi realizada no departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, onde solicitou-se à coordenação do curso a permissão para abordagem dos acadêmicos do 8º e 9º períodos para responderem ao questionário. Posteriormente, os dados obtidos foram comparados com a realidade da vivência dos Fisioterapeutas nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família do Município de Campina Grande – PB. No estudo realizado por Cândido (2015), pesquisador responsável pela elaboração do questionário e aplicação do mesmo entre os Fisioterapeutas, sua amostra foi composta por 12 profissionais, dos quais 83,34% são do sexo feminino, com idade média de 31,16 anos. Durante o questionário alguns profissionais optaram

por omitir a resposta, por esse motivo o dado obtido na tabela 3 não apresenta o total de 12 fisioterapeutas.

Participaram da pesquisa em questão 54 estudantes do curso de fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba. Do total da amostra 47 participantes são do sexo feminino (87%) e 7 do sexo masculino (13%). A idade média foi de 23,81 anos (DP \pm 3,25). No que se refere ao período do curso, 29 estudantes encontravam-se no 8º período e 25 estudantes cursavam o 9º período.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas. A primeira etapa consistiu na análise quantitativa dos dados através do programa SPSS. A seguinte caracterizou-se na análise qualitativa, em que os dados foram agrupados por temáticas levantadas no questionário e discutidos de acordo com o referencial teórico construído. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB, sob o número 44479915.3.0000.5187.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações que demanda uma intervenção ampliada em diversos aspectos, com o objetivo de ofertar cuidado, seja num contexto individual ou coletivo e buscando alcançar impactos positivos na qualidade de vida da população.

Tratando-se do atendimento individual ambulatorial 72,2% dos estudantes afirmaram que os profissionais realizam essa atividade nas unidades básicas de saúde, em detrimento a 58,3% dos profissionais que efetivamente realizam esse tipo de atendimento, considerando-se as áreas predominantes de atendimento entre ambas as categorias (estudantes e profissionais), traumato-ortopédica e neurológica adulto, de acordo com as tabelas 1 e 2.

	Atendimento		Total
	Sim	Não	
Estudantes	39 72,2%	15 27,8%	54 100%
Profissionais	7 58,3%	5 41,7%	12 100%

Tabela 1- Distribuição de frequências e porcentagens em função do atendimento individual ambulatorial

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na pesquisa bibliográfica que deu suporte a este estudo foram encontrados poucos relatos sobre atendimento individual ambulatorial, contudo as áreas predominantes corroboram Portes et al., (2011), que mencionaram uma frequência maior de atendimentos a portadores de distúrbios neurológicos e traumato-ortopédicos.

Estudantes		Profissionais	
Traumato-ortopédica	34	Traumato-ortopédica	6
Neurológica adulto	32	Neurológica adulto	5
Neurológica infantil	17	Neurológica infantil	2
Respiratória adulto	9	Respiratória adulto	1
Respiratória infantil	12	Respiratória infantil	1
Reumatológica	27	Reumatológica	3
Ginecológica/obstetrícia	18	Ginecológica/obstetrícia	3
Outros	4	Outros	3

Tabela 2- Distribuição de frequências das áreas predominantes do atendimento individual ambulatorial.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Esses mesmos autores afirmaram que o atendimento individual foi citado em apenas três referências e nelas não constava o tipo de abordagem adotada. E, nesse sentido, eles salientam que o atendimento individual, para garantir a promoção da saúde, deve ser norteado por um método de trabalho que traga autonomia e formação de cidadania participativa e democrática ao usuário.

Em relação ao atendimento domiciliar, a quase a totalidade dos estudantes (94,6%) consideraram esta, uma prática fisioterapêutica presente na atenção básica, entretanto o percentual de profissionais que realizam este atendimento foi inferior (58,3%). Quando os acadêmicos foram questionados se os profissionais realizavam orientações aos cuidadores, foi verificada a concordância das respostas, como ilustra a tabela 3.

	Atendimento domiciliar		Orientação	
	Sim	Não	Sim	Não
Estudantes	35	2	46	2
	94,6%	5,4%	95,8%	4,2%
Profissionais	7	5	11	0
	58,3%	41,7%	100,0%	0,0%

Tabela 3- Distribuição de frequências e porcentagens em função do atendimento domiciliar e orientação aos cuidadores.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Essa atuação dos profissionais e compreensão dos estudantes está de acordo com o estudo realizado por Loures e Silva (2010), que consideram o atendimento domiciliar imprescindível na atenção básica, pois é nesse atendimento que é possível visualizar a realidade das pessoas, podendo ser realizadas abordagens educativas aos pacientes e seus familiares.

Portes et al., (2010) também mencionaram a atenção aos cuidadores como uma

atuação fisioterapêutica na atenção básica. E consideraram essa atuação no sentido de prevenir ou minimizar a sobrecarga e o impacto emocional negativo gerado com a tarefa do cuidar.

Assis et al., (2017), ao relatar a vivência do fisioterapeuta em uma residência multiprofissional, indicam que a visita domiciliar (individual ou conjunta) surge como uma ferramenta de criação de vínculos entre os profissionais e os usuários, construídos por meio da convivência e do contato constante.

Segundo os autores anteriormente mencionados, os atendimentos individuais para avaliação e tratamento, e domiciliares para pacientes restritos ao leito e/ou que estão impossibilitados de sair de casa, proporcionam para a população melhor acesso e resolubilidade. Entretanto, a visão da fisioterapia como reabilitadora torna os pacientes dependentes do profissional, o que dificulta inicialmente o processo de promoção à saúde.

Torna-se necessário salientar que durante o atendimento fisioterapêutico domiciliar não deve prescindir as ações de promoção e prevenção, visto que atenção domiciliar tem fundamentação naquilo que a Lei Orgânica de Saúde n. 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e que propõe o atendimento deve ser integral aos cidadãos (BRASIL, 1990).

É consenso, portanto, que o atendimento domiciliar é uma importante atribuição do fisioterapeuta na atenção básica, tornando relevante o fato que 94,6% dos estudantes consideram que os fisioterapeutas realizam esse atendimento, e preocupante o fato que nem todos os fisioterapeutas questionados o realizam em sua prática no NASF.

Quando questionados sobre atendimento fisioterapêutico a grupos específicos de crianças e adolescentes, 70,4% dos estudantes consideraram que os fisioterapeutas do NASF atuavam diretamente com esse grupo, enquanto que foi verificado na pesquisa de Cândido (2015) que 50% dos fisioterapeutas afirmaram que não atuavam com esse grupo especificamente. Entretanto, quando questionados se eram utilizadas técnicas fisioterapêuticas e realizadas ações preventivas, os dois grupos (estudantes e profissionais) apresentaram respostas similares como demonstra a tabela 5.

	Atendimento criança e adolescentes		Técnicas fisioterapêuticas		Ações preventivas	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Estudantes	38 70,4%	16 29,6%	25 67,6%	12 32,4%	38 100,0%	0 0,0%
Profissionais	6 50,0%	6 50,0%	4 66,7%	2 33,3%	12 100,0%	0 0,0%

Tabela 5- Distribuição de frequências e porcentagens em função do grupo de crianças e adolescentes.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Essa visão dos estudantes de fisioterapia em atuar especificamente nos grupos de crianças e adolescentes corrobora a literatura. Bispo Junior (2010) afirma que no

âmbito da atenção básica, o fisioterapeuta deve atuar preferencialmente com grupos populacionais. E ainda considera que:

O desenvolvimento de hábitos posturais saudáveis deve começar ainda na fase da infância. A percepção e a conscientização da postura corporal, se iniciadas quando da formação dos conceitos iniciais da criança, podem acompanhá-la durante toda vida, desenvolvendo nos cidadãos consciência da própria postura. Desta forma, o fisioterapeuta deve atuar na orientação postural de crianças, em especial de escolares, instituindo uma cultura de valorização e cuidado com a postura corporal (BISPO JUNIOR, 2010, p.1633).

Portes et al., (2011), na revisão bibliográfica, reidentificaram seis artigos com foco na saúde da criança e do adolescente e apresentaram como atividade de grupo a estimulação em crianças com quadros neurológicos e respiratórios, realizando atendimentos individuais às crianças asmáticas e orientações para as mães. Essa temática de orientações no atendimento a grupos de crianças e adolescentes está de acordo com a atual pesquisa, em que a totalidade dos estudantes e profissionais afirmaram ser uma abordagem dos fisioterapeutas nas unidades básicas de saúde.

Tratando-se do tema Saúde da mulher, 90,7% dos estudantes de fisioterapia afirmaram que são realizadas atividades com esse grupo específico nas Unidades Básicas. A realidade, entretanto, dos fisioterapeutas do NASF é diferente, a porcentagem dos fisioterapeutas que executam atividades com grupo de mulheres é de 66,7%, segundo a tabela 6.

	Atendimento mulheres		Técnicas fisioterapêuticas		Ações preventivas	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Estudantes	49 90,7%	5 9,3%	39 79,6%	10 20,4%	49 100,0%	0 0,0%
Profissionais	8 66,7%	4 33,3%	6 75,0%	2 25,0%	10 100,0%	0 0,0%

Tabela 6- Distribuição de frequências e porcentagens em função do grupo de mulheres

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

É relevante essa visão dos estudantes em relação à atuação do fisioterapeuta em grupos de mulheres, pois tais atividades possibilitam um espaço de partilha de medos, inseguranças, expectativas e experiências. E ainda trabalhar com grupos de gestantes, como afirmam Delai e Wisniewski (2011), dando orientações que irão prepará-las para o parto, desenvolvendo atividades necessárias para uma gestação satisfatória.

Na revisão bibliográfica que deu suporte a atual pesquisa, não foram encontrados estudos que abordassem o atendimento fisioterapêutico específico ao grupo de homens na atenção básica, esse fato pode ser justificado pela pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. Essa ausência ou sua invisibilidade, nesses serviços, pode estar relacionada à desvalorização do autocuidado e a preocupação incipiente do homem com a saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Contudo, os resultados, ainda assim, tornam-se animadores, pois 60,5% dos estudantes afirmaram que deve ser realizado o atendimento em grupo para homens e 58,3% dos fisioterapeutas do NASF realizam essas atividades, conforme a tabela 7.

	Atendimento Homens		Técnicas fisioterapêuticas		Ações preventivas	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Estudantes	32 61,5%	20 38,5%	18 58,1%	13 41,9%	32 100,0%	0 0,0%
Profissionais	7 58,3%	5 41,7%	4 80,0%	1 20,0%	9 100,0%	0 0,0%

Tabela 7- Distribuição de frequências e porcentagens em função do grupo de Homens

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação ao atendimento em grupo na área de saúde do idoso, 90,7% dos estudantes consideraram que o fisioterapeuta realiza essa atividade e 75,0% dos fisioterapeutas afirmaram atuar especificamente nesse grupo, segundo a tabela 8. Esses resultados corroboram Bispo Junior (2010), que considera a saúde da população idosa merecedora de especial atenção, em virtude da longevidade trazer consigo limitações na funcionalidade do aparelho locomotor, restringindo a deambulação e marcha dos idosos. Ainda, a restrição à mobilização dos idosos ou o confinamento no leito apresentam-se como fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de outras doenças.

	Atendimento Idosos		Técnicas fisioterapêuticas		Ações preventivas	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Estudantes	49 90,7%	5 9,3%	40 87,0%	6 13,0%	48 100,0%	0 0,0%
Profissionais	9 75,0%	3 25,0%	7 63,6%	4 36,4%	9 81,8%	2 18,2%

Tabela 8- Distribuição de frequências e porcentagens em função do grupo de Idosos

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em grupos específicos nas unidades básicas 91,7% dos fisioterapeutas afirmam atuar nesses grupos. A porcentagem dos estudantes que consideram esse atendimento como parte das atividades é um pouco menor, de 67,3%, de acordo com a tabela 9. Porém, ambas as categorias apontaram o grupo Hiperdia como sendo o mais frequente nesses atendimentos, conforme tabela 10.

	Atendimento Grupos específicos		Técnicas fisioterapêuticas		Ações preventivas	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Estudantes	33 67,3%	16 32,7%	24 80,0%	6 20,0%	32 100,0%	0 0,0%
Profissionais	11 91,7%	1 8,3%	6 50,0%	6 50,0%	9 90,0%	1 10,0%

Tabela 9- Distribuição de frequências e porcentagens em função do atendimento dos grupos específicos

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Estudantes		Fisioterapeutas	
Hipertensão/Diabetes	50%	Hipertensão/Diabetes	64,29%
Grupo de tabagismo	5,56%	Grupo de tabagismo	14,29%
Saúde do trabalhador	5,56%	Saúde do trabalhador	7,14%
Saúde mental	2,78%	Saúde mental	14,29%

Tabela 10- Porcentagem em função dos grupos específicos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A visão dos estudantes verificada nesta pesquisa está em consonância com as atividades realizadas na prática diária dos fisioterapeutas. Essa menor porcentagem em relação ao atendimento nos grupos específicos pode ser justificada pelos poucos estudos que indicam o tipo de atendimento realizado por esses profissionais.

Porém, o atendimento em grupos específicos torna-se essencial e relevante para a população, considerando que no Brasil, a incidência da hipertensão passou de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010, sendo o mais importante fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país. Quanto à diabetes, essa se constitui atualmente a principal causa de morte e incapacitação no mundo, o que aumenta os gastos em saúde, dificultando o desenvolvimento econômico de muitos países (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Os resultados obtidos nessa pesquisa podem sugerir que tanto os estudantes como os fisioterapeutas consideram a necessidade de atuarem primordialmente com o foco da fisioterapia coletiva, visto que, quando questionados sobre as ações preventivas nos diversos grupos populacionais, ambas as categorias afirmaram ser realizadas as atividades com o foco de promoção de saúde.

Delai e Wisniewski (2011), sobre esse tema, afirmam que mais do que recuperar e curar pessoas, é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva. Dessa maneira, o profissional deixa a atuação tradicional em clínicas, consultórios e hospitais, para atingir clientes especiais que necessitam de atendimento em seu

próprio domicílio, adaptando-se, assim, a um novo modelo de atenção que privilegia a promoção, a prevenção e a recuperação, visando à saúde coletiva, ou seja, da comunidade.

Por esse motivo, o trabalho no NASF solicita que a formação inicial e a educação permanente dos profissionais da saúde favoreçam o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o autocuidado e emancipação (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010)

Esta pesquisa pode indicar que a Universidade analisada tem procurado oferecer para os estudantes de fisioterapia as habilidades e competências exigidas pelo NASF, pois as respostas obtidas pelos estudantes assemelham-se com as respostas dos fisioterapeutas atuantes na atenção primária.

De acordo com Andrade e Dean (2008), a formação do fisioterapeuta, na graduação, deve ter um direcionamento para a funcionalidade humana por meio de intervenções norteadas pelos níveis de complexidade do SUS, se tornando cada dia mais eminente e necessária essa mudança nos paradigmas atuais, a fim de contribuir com a formação enquanto profissional de saúde.

Nessa mesma perspectiva, Souza et al., (2014) consideram que a formação acadêmica no campo da saúde deve ser direcionada na produção do cuidado de forma integral, centrada no usuário, com o pensamento ampliado. Assim, novas práticas metodológicas devem ser introduzidas nas instituições formadoras com o intuito de ajudar na construção de pessoas capazes de afetar e ser afetados nos encontros com os usuários e equipes no cotidiano do processo de trabalho e cuidado em saúde.

5 | CONCLUSÃO

Pode-se inferir a partir dos resultados obtidos que os estudantes de fisioterapia que participaram da pesquisa possuem uma visão que condiz com a realidade da atuação do fisioterapeuta na atenção primária em saúde. Foi possível observar o enfoque na promoção da saúde e prevenção, um tema que é indispensável para o modelo de atuação na saúde coletiva.

Os resultados sugerem, ainda, que a Universidade tem dado o suporte e a base necessária para introduzir nos estudantes um conceito de educação em saúde que envolva os diferentes níveis de atenção, enfocando os aspectos da integralidade da assistência em saúde. Visando, portanto, um ensino acadêmico que compatibilize a teoria com a futura prática profissional, e direcionando a formação acadêmica que vá além de uma prática tecnicista e de um modelo biomédico-curativo.

Apesar do desenvolvimento e da ampliação das pesquisas, a revisão bibliográfica

realizada para dar o suporte a este estudo revelou que esse tema ainda carece de estudos e bases científicas que esclareçam aos futuros profissionais a atuação do fisioterapeuta inserido no NASF, e, por esse motivo, sugere-se a necessidade da realização de mais pesquisas científicas para que os futuros profissionais não apenas tenham uma perspectiva da realidade mas que, principalmente, tenham base científica para atuarem com eficiência e evidência na sua futura prática profissional.

Por fim, pode-se concluir que o fisioterapeuta é um profissional que possui qualificações para atuar nos diversos grupos populacionais, e suas atribuições contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. A visão desse profissional sobre a prática na atenção primária em saúde tem mudado ao longo da história e, através desse estudo, pode-se deduzir que os estudantes de fisioterapia têm observado essa mudança e buscado se adequar ao novo modelo exigido pelo SUS, reafirmando o modelo de fisioterapia coletiva, sem esquecer-se de atuar nas necessidades individuais quando for necessária a reabilitação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. A.; DEAN, E. Direcionando a prática da fisioterapia com as principais prioridades de Saúde no Brasil: uma “chamada para ação” no século XXI. **Rev Bras Fisioter**, v.12, n. 4, p. 260-7, 2008.

ASSIS, J.C.L.; ARRUDA, G.M.M.S.; BEZERRA, T.B.V. A vivência de um fisioterapeuta em uma residência multiprofissional: desafios e possibilidades. **Revista Atenção Primária a Saúde**. v. 20 n. 2 p. 279-287, 2017.

BARBOSA, E.G; FERREIRA, D.L.S; FURBINO, S.A.R; RIBEIRO, E.E.N. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Revista Fisioterapia e Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.

BISPO JUNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.11, p.1627-1636, 2010.

BORGES, A.M.P; SALICIO, V.A.M.M; GONÇALVES, M.A.N.B. A contribuição do Fisioterapeuta para o programa de Saúde da Família: uma revisão da literatura. **Revista UNICiências**, v.14, n.1, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008 Disponível em: < http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf> Acesso 05 de out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.488**, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso 05 de out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Dentro de Casa**. Programa de Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**, n. 24, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRONDANI, C.M.; RAMOS, L.H.; LAMPERT, M.A.; SEIFFERT, M.A.; BRUINSMA, J.L. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. **Rev Enferm UFSM**, v.3, p.689-699, 2013.

CÂNDIDO, A.M. **Atuação da fisioterapia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**: um estudo no município de Campina Grande – PB. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, 2015.

Carta de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde**. Ottawa, 1986.

DELAI, K.D.; WISNIEWSKI, M.S.W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, p.1515-1523, 2011(Suplemento 1).

DELAI, K.D.; WISNIEWSKI, M.S.W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, p.1515-1523, 2011(Suplemento 1).

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p.105-109, 2005.

FREITAS, M.J.; BRASIL, A.M.R. Potencialidades e desafios da fisioterapia no contexto da atenção primária à saúde: análise documental. **Revista: Saúde em redes**. v.2 n.3 p. 262-272, 2016.

FREITAS, M.S. **A Atenção Básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil**: as diretrizes curriculares resignificando a *prática profissional* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

GALLO, D. L. L. **A Fisioterapia no Programa Saúde da Família**: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. 2005.180 p. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

GOMES, K.O; COTTA, R.M.M; ARAUJO, R.M.A; CHERCHIGLIA, M.L; MARTINS, C.P. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 881-892, 2011.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LOURES, L. F; SILVA, M. C. S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 2010.

MARÃES, V. R. F. S; MARTINS, E.F; JUNIOR, G.C. AZEVEDO, A.C; PINHO, D.L.M. Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. **Revista Fisioterapia e Movimento**, v. 23, n.2, p. 311-321, 2010.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 92-96, 2010.

NEVES, L. M. T; ACIOLE, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel

do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n.37, p. 551-564, 2011.

PORTES, L.H; CALDAS, M. A. J; PAULA, L.T; FREITAS, M. S. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Revista Atenção Primária a Saúde** , v. 14, n.1, p. 111-119, 2011.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Diabetes e hipertensão**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/436/?Diabetes_e_Hipertens%C3%A3o>. Acesso em 01 mar. 2016.

SOUZA, M.C.; ROSEANE, M.S.; WANDERLEY, M.R.J.; SANTOS, B.; SOUZA, J.N. Formação acadêmica do fisioterapeuta para atenção básica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 11, n. 23, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en. Acesso em: 23/01/2014

PERFIL DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS OFERECIDO POR RESIDÊNCIA EM FISIOTERAPIA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE– SP

Renilton José Pizzol

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente – São Paulo

Ana Lúcia de Jesus Almeida

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente – São Paulo

Débora Mayumi de Oliveira Kawakami

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente – São Paulo

Nathália Serafim da Silva

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente – São Paulo

Alexandre Falkembach Vieira Miranda de Almeida

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente – São Paulo

Rafael Alexandre Beitem

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente – São Paulo

RESUMO: O Sistema de Saúde Pública vem sofrendo transformações rotineiramente evidenciando a complexidade do SUS e visando melhorias na gestão/funcionamento da rede. A ESF como atenção básica possui auxílio dos NASF composto dentre outros profissionais pelo fisioterapeuta. O fisioterapeuta, além de outras funções, trabalha com grupos de atividade física para prevenção e tratamento de doenças/comorbidades. Este estudo objetivou caracterizar o perfil de participantes de grupo de exercícios físicos oferecido por Residência em Fisioterapia em uma ESF de Presidente Prudente-SP. Foram avaliados dados pessoais, mobilidade, equilíbrio funcional e o risco de queda de 31 participantes. Dos 31 participantes 74,2% eram do sexo feminino; idade média do grupo de 68,2 ± 10,9 anos; 83,9% acima dos 60 anos; 74,2% com escolaridade até o ensino fundamental; 77,4% aposentados; 45,2% com renda familiar de 1 SM; 67,7% com sobrepeso; 87% com risco para doença cardiovascular; 100% com doença crônica; 71% com boa mobilidade e sem risco de queda. O grupo estudado caracterizou-se por predominância das mulheres, idosos, aposentados, com vulnerabilidades social e de saúde com bons índices de mobilidade e equilíbrio funcional e ausência de risco de quedas. Estes resultados indicam que a atuação fisioterapêutica em grupo deve considerar o indivíduo e suas dificuldades

e potencialidades como elementos-chave para o planejamento de intervenções mais integradas.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Atividades em Grupo; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT: The Public Health System has undergone transformations routinely evidencing the complexity of Unified Health System (SUS) and aiming for improvements in the management/operation of the network. The Family Health Strategy (ESF) like basic care has the assistance of the Family Health Support Group (NASF) composed of other professionals by the physiotherapist. The physiotherapist, in addition to other functions, works with physical activity groups to prevent and treat diseases/comorbidities. This study objective to characterize the profile of participants in physical exercise groups offered by physiotherapy residence in ESF of Presidente Prudente-SP. We evaluated personal data, mobility, functional balance and the risk of falling 31 participants. Of the 31 participants, 74.2% were female; mean age of the group of 68.2 ± 10.9 years; 83.9% above 60 years; 74.2% with scholarship up to elementary school; 77.4% of retired; 45.2% with family salary of 1 minimum wage; 67.7% overweight; 87% at risk for cardiovascular disease; 100% with chronic disease; 71% with good mobility and no risk of falling. Conclusion: The group studied is characterized by the predominance of women, elderly, retired, with social and health vulnerabilities with mobility and functional balance indexes and the absence of risk of falls. This is an indicator that has a physiotherapeutic approach in the group and the people who face difficulties and potentialities as key elements for the planning of more integral interventions.

KEYWORDS: Physiotherapy, Group Activities, Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado na década de 1980 e com o passar do tempo consolidou-se como modelo de sistema de saúde pública. A descentralização político-administrativa, gerou condições capazes para a reorganização do SUS, buscando melhorar a qualidade e quantidade de serviços oferecidos (VALVERDE, 2018). Este contexto, favoreceu a criação do Programa de Saúde da Família em 1994, como estratégia concreta para a promoção da Atenção Primária à Saúde (APS) (FLÔR, 2017).

A APS é caracterizada como porta de entrada para o usuário do SUS, composta por um conjunto de ações e serviços de saúde de aspecto coletivo ou individual, que englobam promoção/proteção/prevenção de danos, diagnóstico, tratamento/reabilitação e manutenção da saúde a partir dos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade (FLÔR, 2017). Em 2009, tornou-se necessário intensificar a atenção primária devido às práticas integrativas e complementares ocorrerem predominantemente na Saúde da Família. Dessa forma, o Programa de Saúde da

Família (PSF) transformou-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF) (VALVERDE, 2018).

A ESF é um importante modelo de reorganização para as práticas na APS, articulando os demais níveis de complexidade de atenção, garantindo assim, a continuidade do cuidado e a integralidade das ações (BRITO, 2018).

A dinâmica proposta pela ESF é centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos (BRITO 2018).

Junto à implantação do novo modelo entra em cena a transição demográfica e diante das mudanças da pirâmide etária e uma conseqüente alteração de doenças transmissíveis para doenças crônicas degenerativas, o envelhecimento tem se tornado um desafio para a saúde pública (WANDERLEY, 2018).

As dificuldades relacionadas ao adoecimento dos idosos tem causado preocupação, especialmente sabendo-se que as doenças de maior morbimortalidade são passíveis de prevenção, como algumas condições cardiovasculares e respiratórias (FREITAS, 2017).

A partir disso, foram criados os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), composto por vários profissionais da saúde que por fazerem parte ao apoio à APS, tem como objetivo primordial a prevenção e promoção de saúde de modo multidisciplinar. O fisioterapeuta como parte integrante do NASF é profissional importante, entre outras funções, na estruturação de projetos para estimular a prática de atividade física realizada pela população adstrita nas ESFs (SILVA, 2017) já que existem evidências que comprovam o impacto positivo da prática de exercícios físicos regulares, como redução do risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, câncer, diabetes mellitus tipo 2, redução de estresse e melhora na autoestima (JACOBY; BULL; NEIMAN, 2003; PEREIRA, 2017).

Para a prática de exercícios físicos regulares e de educação em saúde em ambientes relacionados à APS, Friedrich et al (2018) apontaram que uma das modalidades de atuação mais utilizadas pelos profissionais de saúde é o trabalho grupal. No campo da Fisioterapia vários estudos utilizam-se de intervenções em grupo para promover benefícios que a ação fisioterapêutica poderia proporcionar aos participantes (BRASIL et al, 2005; TRELHA et al, 2007; YONAMINE; TRELHA, 2009; DIBAI FILHO; AVEIRO, 2012; BARTZ; BUENO; VIEIRA, 2015).

Sendo assim, a atuação fisioterapêutica em grupo na APS é uma alternativa para as práticas assistenciais coletivas principalmente devido ao grande número de pessoas que podem ser atendidas contribuindo, então com a promoção de saúde para uma fatia da população que, de outro modo não teria acesso aos benefícios da atividade física regular realizada de modo supervisionado.

Nesse sentido, para o fisioterapeuta pode ser importante investigar o tipo de população escolhida para a intervenção o que pode pautar as suas ações em direção das reais necessidades e das dificuldades das pessoas atendidas possibilitando a

visão integral do indivíduo.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi o de caracterizar o perfil de participantes de um grupo de exercícios físicos oferecido pela Residência em Fisioterapia atuante em Estratégia de Saúde da Família.

2 | METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como descritivo e transversal, com amostra composta por 31 participantes de um grupo de exercícios físicos realizado em uma ESF no município de Presidente Prudente – SP.

Para a caracterização do perfil dos participantes foram avaliados dados individuais, a mobilidade, o equilíbrio funcional e o risco de queda, por meio dos seguintes instrumentos:

a) Ficha de Avaliação elaborada para caracterização da população onde foram incluídos:

- dados pessoais (idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, renda familiar, Índice de Massa Corpórea e Circunferência Abdominal);
- hábitos (história de tabagismo, de etilismo, da prática de atividade física regular e de dieta alimentar);
- presença de doenças diagnosticadas por profissional da saúde.

b) Teste Timed Up and Go (TUG) para avaliar a mobilidade, o equilíbrio funcional e o risco de quedas.

A realização do teste foi fundamentada no estudo de Podsiadlo e Richardson (1991) e considerou:

a) a cronometragem do tempo iniciada após o sinal de partida e finalizada quando o participante voltou à posição inicial;

b) as seguintes etapas:

- levantar-se de uma cadeira com as costas apoiadas no encosto de 46 cm de altura a partir do assento e nos apoios dos braços de 65 cm de altura a partir do solo;
- caminhar 3 metros em terreno plano, até um cone de demarcação;
- contornar o cone;
- voltar em direção à cadeira e sentar-se novamente.

c) a realização de dois testes sendo que o primeiro em velocidade normal para uma adaptação e conhecimento do teste e o segundo em velocidade rápida, sem correr sendo considerada essa medida como a da avaliação do resultado.

Para a avaliação do resultado do teste foi utilizada a classificação preconizada por KARUKA; SILVA; NAVEGA (2011) que consiste em considerar:

- até 10 segundos: tempo considerado normal para adultos saudáveis, independentes e sem risco de quedas;

- - entre 11-20 segundos: tempo esperado para pessoas com deficiência ou frágeis, com independência parcial e com baixo risco de quedas;
- - acima de 20 segundos: tempo que sugere que a pessoa apresenta déficit importante da mobilidade física e risco de quedas.

As avaliações foram realizadas na ESF nos dias de realização do grupo e os participantes foram previamente avisados.

Para o registro dos resultados foi elaborado um banco de dados em planilha Excel e para a análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics 2.0.

Os dados das variáveis coletadas foram descritos em forma de frequência absoluta e relativa (em percentual) para variáveis discretas e em forma de média e desvio padrão para variáveis contínuas.

3 | RESULTADOS

Dos 31 participantes observou-se que 23 (74,2%) eram do sexo feminino e 8 (25,8%) do sexo masculino. A idade média do grupo foi $68,2 \pm 10,9$ anos sendo que das 23 mulheres, cinco (21,7%) tinham menos de 60 anos e 18 (78,3%) estavam acima de 60 anos, enquanto que todos os homens estavam acima de 60 anos.

Em relação ao estado civil, 20 (64,5%) tinham companheiro e 11 (35,5%) não tinham.

Quanto ao grau de escolaridade, 3 (9,7%) relataram analfabetismo; 8 (25,8%) ensino fundamental incompleto; 12 (38,7%) ensino fundamental completo; 2 (6,5%) ensino médio incompleto e 6 (19,4%) ensino médio completo.

Quanto à situação ocupacional 24 (77,4%) se declararam aposentados e 7 (22,6%) realizavam alguma ocupação de característica manual. A renda familiar era de 1 salário mínimo (SM) para 14 participantes (45,2%); de até 2 SM para 9 (29,0%) e de 3 SM ou mais para 8 participantes (25,8%).

Já o IMC mostrou que 2 participantes (6,5%) estavam abaixo do peso, 8 (25,8%) apresentaram peso normal, 16 (51,6%) estavam acima do peso e 5 (16,1%) apresentaram obesidade. Na medida da Circunferência Abdominal (CA) observou-se que 4 participantes (12,9%) apresentaram valores normais, 11 (35,5%) apresentaram risco aumentado para doenças cardiovasculares e 16 (51,6%) risco muito aumentado.

Em relação aos hábitos observou-se que 26 participantes (83,9%) não fumavam; 1 (3,2%) era fumante e 4 (12,9%) ex-fumantes. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, 28 (90,3%) não faziam uso de bebidas alcoólicas e 3 (9,7%) eram etilistas diários. Em relação à prática de atividade física, 27 (87,1%) relataram praticar regularmente e 4 (12,9%) relataram sedentarismo. Quanto à dieta alimentar 12 participantes (38,7%) relataram fazer dieta prescrita por profissional e 19 (61,3%) não seguiam nenhuma dieta ou não tinham alimentação regrada.

Todos os participantes apresentaram doenças de características crônicas, sendo

que 11 (35,5%) apresentaram uma doença, 9 (29,0%) duas doenças e 11 (35,5%) apresentaram três doenças ou mais doenças.

Em relação ao TUG foi observado que 22 participantes (71,0%) apresentaram-se independentes e sem risco de queda; 7 (23,0%) apresentaram-se com independência parcial e baixo risco de queda e 2 (6,0%) apresentaram déficit importante de mobilidade e alto risco de queda.

4 | DISCUSSÃO

A atuação fisioterapêutica em espaços relacionados à APS ainda está em processo de amadurecimento, em decorrência da relativa dificuldade de inserção do fisioterapeuta em todas as esferas de decisão referentes à organização e aplicação dos princípios norteadores do SUS.

Com a criação e estruturação do NASF abriu-se uma possibilidade oficial para que a Fisioterapia transferisse o conjunto de seus saberes para o modelo mais integralizante da saúde representado pelas ESF. Se por um lado essa inserção ainda permanece incompleta (no que tange à participação na formulação de políticas de saúde, por exemplo) por outro lado a atuação fisioterapêutica tem se caracterizado melhor no campo prático por meio de variadas ações voltadas às necessidades populacionais locais e na redução da demanda de atendimento voltada para uma população que reconhecidamente tem dificuldade de acesso aos serviços fisioterapêuticos.

Dentre essas ações encontram-se as propostas de intervenção realizadas com grupos de pessoas. Nesse sentido Fonseca et al (2016) observaram que ações voltadas a grupos têm sido constantes norteadoras do trabalho fisioterapêutico nas unidades de saúde. Segundo os autores essas ações envolvem variados grupos e propostas voltadas principalmente para a realização de educação em saúde e programas de exercícios físicos.

Em relação às ações em grupo, têm sido objeto de estudo os benefícios ocasionados pelas intervenções da perspectiva física, funcional e social (JACOBY; BULL; NEIMAN, 2003; FERREIRA et al, 2017; SILVA et al, 2017) e mais recentemente no contexto do cuidado integral (FRIEDRICH et al, 2018) que exige por parte do profissional da saúde o conhecimento dos atributos, das condições de saúde e das necessidades do participante do grupo.

Nesse sentido este estudo pretendeu estabelecer um perfil dos participantes de um grupo de exercícios físicos a partir de atributos individuais e capacidade de mobilidade.

Os resultados encontrados evidenciaram uma população em situação de vulnerabilidade social refletida pela baixa escolaridade (74% com até ensino fundamental), baixa renda (45% tinham rendimento familiar de 1 SM) e por ocupações braçais. Estudos associam as más condições socioeconômicas às condições de saúde

e de qualidade de vida desfavoráveis. Segundo Andrade et al (2014) escolaridade baixa se reflete em percepções negativas da qualidade de vida e pode comprometer a adoção da educação em saúde e a prática de comportamentos saudáveis.

O grupo estudado foi composto predominantemente por mulheres (74% do total) e por indivíduos idosos (84% tinham mais de 60 anos) aspectos esses que vão ao encontro de outros estudos realizados com grupos (PEREIRA et al, 2011; FRIEDRICH et al, 2018) principalmente em relação à predominância do sexo feminino.

Além disso este estudo observou que os participantes apresentaram aspectos importantes de vulnerabilidade nas condições de saúde refletidos pelo número de doenças crônicas presentes e pelos índices de peso corpóreo.

Neste estudo todos os participantes apresentaram pelo menos uma doença diagnosticada refletindo os aspectos da transição epidemiológica que associam o envelhecimento ao aparecimento das doenças crônicas.

No que se refere ao peso corpóreo, 58% dos participantes apresentaram sobrepeso e 87% apresentaram circunferência abdominal indicativa de risco para doença cardiovascular. Este aspecto vai ao encontro do estudos de Giroto, Andrade e Cabreira (2010) e de Silveira, Vieira e Souza (2018) que observam altas taxas de prevalência de obesidade abdominal.

Além do efeito fisiológico da tendência à obesidade (substituição da massa muscular e aumento proporcional da gordura), de acordo com Marques (2007) a baixa renda familiar dos idosos dependentes de aposentadorias é muitas vezes comprometida com a aquisição de medicamentos, o que determina como prioridade a compra de alimentos de baixo custo, de pouca qualidade nutricional e com maior aporte calórico.

Já no que diz respeito à avaliação da mobilidade, equilíbrio funcional e risco de queda foi observado que 71% dos participantes apresentaram bons indicadores. Esse aspecto da avaliação de pessoas que fazem parte de um grupo de exercícios físicos tem sido cada vez mais considerado, principalmente quando a maioria das pessoas é idosa, situação presente neste estudo.

Segundo Kakuka, Silva e Navega (2011) o equilíbrio corporal sofre declínios decorrentes com o envelhecimento o que aumenta muito a prevalência das quedas que geralmente resultam em sérias consequências para a saúde e em muitas vezes acarreta a morte. Além disso segundo Thomas (2000) outros fatores como o sedentarismo contribuem para acelerar as perdas funcionais em pessoas mais velhas.

Os bons índices no TUG encontrados podem estar relacionados ao efeito positivo do programa de exercícios físicos sobre os aspectos de mobilidade dos participantes que, no momento da avaliação já participavam do grupo de exercícios físicos. Estes resultados vão ao encontro de estudos que mostraram que a prática dos exercícios físicos regulares tem uma influência positiva sobre os aspectos mensurados pelo TUG (FERNANDES et al, 2012).

Já os resultados negativos observados em duas pessoas apontam para a

necessidade de acompanhamento mais específico e indicam que, mesmo que atividade tenha caráter grupal, as necessidades individuais não devem ser negligenciadas.

Por outro lado, os índices de sobrepeso e obesidade demonstraram que para os participantes se beneficiarem das práticas de promoção à saúde desenvolvidas na ESF é necessário ampliar as iniciativas na perspectiva de um atendimento integral, com participação de vários profissionais da equipe, a fim de efetivamente atuar para modificar esse perfil. Especificamente em relação ao sobrepeso a Fisioterapia e a Nutrição podem atuar conjuntamente e de forma mais intensa, contribuindo com a prática interprofissional que é sempre um desafio em ambientes da APS.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que os participantes de um grupo de exercícios físicos eram majoritariamente de mulheres, idosos que apresentaram aspectos de vulnerabilidade social como as baixas escolaridade e renda, aspectos de vulnerabilidade em saúde refletida pela presença de doenças crônicas e pelo sobrepeso e bons índices de mobilidade e equilíbrio funcional e pouco risco de quedas.

Este estudo indicou que a atuação fisioterapêutica em grupo deve considerar o indivíduo e suas dificuldades e potencialidades como elementos-chave para o planejamento de intervenções mais integrais. Estratégias de promoção de saúde que envolvam educação em saúde não podem negligenciar as condições de vida do indivíduo e o quanto elas podem influenciar no entendimento das ações propostas, na adesão aos exercícios e no entendimento da importância de sua realização. Por outro lado, a identificação de problemas de saúde já instalados deve funcionar como norteador da modalidade de intervenção, da estrutura do programa de atividades e das abordagens preventivas e de promoção em saúde.

Diante do apresentado ressalta-se a necessidade da realização de novos estudos que aprofundem uma caracterização do perfil de participantes de grupo de exercícios envolvendo a identificação de novos aspectos sociais e físico-funcionais que podem contribuir na compreensão do indivíduo como um todo e na qualificação do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.M.O. et al. *Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos*. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 19, n. 8, p. 3497-3504, 2014.

BARTZ, P.T.; BUENO, A.F.; VIEIRA, A. Grupo da coluna na atenção básica. **Cad Edu Saude e Fis**. v. 2, n. 3, p. 53-65, 2015.

BRASIL, A.C.O. et al. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral - Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 18, n. 1, p. 3-6, 2005.

- BRITO, G.E.G.; MENDES, A.C.G.; SANTOS NETO, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018.
- DIBAI FILHO, A.V.; AVEIRO, M.C. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 25, n. 4, p. 397-404, 2012.
- FERNANDES, A.M.B.L. et al, 2012. Efeitos da prática de exercício físico sobre o desempenho da marcha e da mobilidade funcional em idosos. **Fisioter. Mov.** v. 25, n. 4, p. 821-830, 2012.
- FERREIRA, T.F. et al. Práticas corporais na atenção básica à saúde: a experiência da integração entre ensino da Fisioterapia em saúde coletiva, serviço e comunidade. **Cad Edu Saude e Fis.** v. 4, n. 8, p. 121-122, 2017.
- FLÔR, C.R. et al. Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. **Rev Bras Epidemiol.** v.20, n.4, p. 714-726, 2017.
- FONSECA, J.M.A. et al. A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 29, n. 2, p. 288-294, 2016.
- FREITAS, F.A.S. et al. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. **Fisioter Pesqui.** v.24, n. 3, p. 253-258, 2017.
- FRIEDRICH, T.L. et al. *Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica*: percepção de usuários e profissionais. **Interface (Botucatu)**. vol. 22, n. 65, p. 373-385, 2018.
- GIROTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arq Bras Cardiol.** v. 94, n. 6, p. 754-62, 2010.
- JACOBY, E.; BULL, F.; NEIMAN, A. La actividad física como prioridad en la Región de las Américas. **Rev Panam Salud Publica.** v. 14, n. 4, p. 223-225, 2003.
- KARUKA, A.H.; SILVA, J.A.M.G.; NAVEGA, M.T. Analysis of agreement of assessment tools of body balance in the elderly. **Rev Bras Fisioter.** v. 15, n. 6, p. 460-6, 2011.
- MARQUES, A.P.O. et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v.10, n. 2, p. 231-42, 2007.
- PEREIRA, D.S.L.; OLIVEIRA, A.S.O.; OLIVEIRA, R.E.M. Evaluation of the lifestyle profile of users who practice regular exercise compared to sedentary users, included in a Family Health Strategy unit - Southeast Region of Brazil. **Rev. APS.** v. 20, n. 1, p. 30 – 39, 2017.
- PEREIRA, N.I.G. et al. Perfil do estilo de vida individual de idosos que frequentam grupos de terceira idade da cidade de Pinhalzinho-SC. **Revista Científica Jopof.** v.12, n. 1, p. 59-68, 2011.
- PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. **J Am Geriatr Soc.** v. 39, p. 142-8, 1991.
- SILVA, N.R.F. et al. Exercitando o corpo e alegrando a alma: Relato de experiência sobre incentivo à atividade física. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 41, n. 3, p. 814-822, 2017.
- SILVEIRA, E.A.; VIEIRA, L.L.; SOUZA, J.D. *Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias.* **Ciênc. saúde coletiva.** v. 23, n. 3, p. 903-912, 2018.

THOMAS, S.G. **Programas de Exercícios e Atividades**. In: PICKLES B. et al. Fisiologia na 3ª Idade. 2.ed. São Paulo: Santos, p.158-167, 2000.

TRELHA, C.S. et al. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). **Espaço Saúde**. v. 8, n. 2, p.20-5, 2007.

VALVERDE, A.; SILVA, N.C.; ALMEIDA, M.Z. Introdução da Fitoterapia no SUS: contribuindo com a Estratégia de Saúde da Família na comunidade rural de Palmares, Paty do Alferes, Rio de Janeiro. **Revista Fitos**. v.12, n. 1, p. 27-40, 2018.

WANDERLEY, R.M.M.; BITTENCOURT, G.K.G.D. Construção de um instrumento para avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa na atenção básica. **J Res. Fundam. Care Online**. v.10, p. 136-139, 2018.

YONAMINE, C.Y.; TRELHA, C.S. O modo de fazer saúde: A fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família em uma unidade básica. **Espaço Saúde**. v. 11, n. 1, p. 17-27, 2009.

IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA RESTRITA AO DOMICÍLIO E MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO NA ZONA NORTE DE JUIZ DE FORA (MG)

Maria Alice Junqueira Caldas

Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais

Jordania Lindolfo Almas

Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais

Elaine Regina Pereira Carvalho

Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais

RESUMO: O objetivo foi identificar a população idosa restrita ao domicílio moradora de uma área de abrangência de uma UAPS da zona norte de Juiz de Fora e mapear a rede de atenção a população idosa dessa região. Foi descrito o perfil da população estudada segundo os fatores contextuais da CIF e identificado, mapeado e catalogado os serviços ofertados a população idosa. O perfil encontrado foi: uma população idosa, com mais de 80 anos, viúva, católica, aposentada, com baixa escolaridade, com cuidador familiar, restrita ao domicílio, mas não acamada. De acordo com o Catálogo Social do município, 30 serviços disponibilizam atividades de forma direta ou indiretamente; já no levantamento feito utilizando a internet, foram encontradas cinco entidades que ofertam algum serviço, totalizando 35 locais que foram foco da pesquisa. A população tem como renda somente a aposentadoria, sendo que

apresentam baixa escolaridade o que poderia influenciar na menor procura por cuidados com a saúde. A maioria estava na condição de restrito ao domicílio, que por apresentarem limitações funcionais restringem a circulação apenas no domicílio. Espera-se que este estudo possa contribuir para futuros trabalhos que mobilizem a sociedade e o Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Rede de apoio. Fisioterapia.

ABSTRACT: The objective was to identify the contextual factors of the elderly population restricted to home who lives in a coverage area of a Primary Health Care Unit located in the North zone of Juiz de Fora and to map the health care network for the elderly population who lives of this region. The profile of the population studied was described according to the contextual factors (ICF) and it was identified, mapped and cataloged the services offered to the elderly population. The following profile: elderly woman over 80 years old, widow, catholic, retired, with low education level and a family caregiver, sedentary, who feels healthy, restricted to home. According to the County Social Catalog, 30 services provide activities indirectly or directly; however, the survey made using the internet showed five entities offering some service, totalizing 35 places that were focus of the research. The population has only

the retirement pension as an income and has a low educational level, what could influence in the low demand for health care. Because the population had functional limitations, most of them were in a restricted to home condition. It is expected that this study may contribute to future researches that mobilize the society and the State.

KEYWORDS: Elderly. Network support. Physiotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (BRASIL, 2007). No Brasil, a população idosa aumentou de 03 milhões em 1960 para cerca de 20 milhões em 2010 (UFJF, 2012). Especificamente em Juiz de Fora / MG, de acordo com o CENSO 2010, a população total é de 516.247, sendo a população idosa de 70.288 (13,62%). Entre os anos de 2000 a 2010, a faixa etária que mais cresceu no município foi a de idosos, alcançando um índice de 45,6% (UFJF, 2012).

A parcela da população que apresenta mais problemas de saúde é a idosa, sendo que 85% possui uma doença crônica, e destes, 10% apresenta comorbidade (SANTOS e PAVARINI, 2010). Doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DNT) são estados permanentes ou de longa permanência, que requerem acompanhamento constante e, frequentemente, estão associadas a outras condições incapacitantes (BRASIL, 2007).

Conforme diz Ursine et al. (2011), a ocorrência de doenças crônicas em um indivíduo juntamente com uma abordagem ineficiente do serviço de saúde leva a incapacidade e a dependência do idoso. Em geral, resulta na restrição das atividades de vida diária (AVD) ao ambiente domiciliar. Figueiredo et al. (2008, p. 465) afirmou que “com o acelerado envelhecimento da população, certamente crescerá o número de idosos acamados, fragilizados e com elevado grau de dependência e com várias necessidades básicas afetadas”. Para melhor entendimento, as definições de idoso em restrição ao domicílio são: restrito ao domicílio não acamado, aquele incapaz de sair de casa sozinho e restrito ao domicílio acamado, idoso que não consegue sair do leito sem ajuda de outros (URSINE, CORDEIRO e MORAES, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de padronizar a descrição da saúde e os estados relacionados a esta, criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que engloba domínios como Funções e Estrutura do Corpo, Atividades e Participação que indicam as condições de saúde, Fatores Ambientais e Fatores Pessoais que em conjunto compõe os Fatores Contextuais. A CIF possui referencial teórico delineado pelo modelo biopsicossocial de conceituação de saúde, permitindo a interação das condições de vida com o contexto no qual está inserido (TOLDRÁ e SOUTO, 2014). O ambiente e o contexto do indivíduo podem ser determinantes de dificuldades, indicando o impacto que os

fatores ambientais exercem sobre os idosos (QUINTANA et al, 2014). Os fatores físicos, mentais, sociais e ambientais compõem o bem-estar do idoso, indicando a importância da utilização desta classificação (QUINTANA et al, 2014). Entre suas aplicações está a investigação para descrever a qualidade de vida e os fatores ambientais de um indivíduo ou de grupos populacionais e, na política social, guiando o desenvolvimento de novos projetos e ações.

Conhecer as características sociodemográficas e a rede de atenção disponíveis são indispensáveis para criação de ações e políticas públicas em saúde que atendam as suas especificidades (MASTROENI et al, 2007). A atenção à saúde quando está direcionada para as características de uma comunidade deve englobar as necessidades desta e gerar o cuidado de acordo com o contexto cultural e suas preferências (MENDES, 2010).

Segundo Alvarenga (2011), é essencial a rede de suporte própria para o idoso, classificada em formal, como Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), atendimento domiciliar e hospital, ou informal, que incluem serviços de inserção comunitária e práticas sociais.

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores contextuais da população idosa restrita ao domicílio moradora de uma área de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da zona Norte de Juiz de Fora, segundo os fatores ambientais e pessoais da CIF, e mapear a rede de atenção aos idosos da região norte.

2 | MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de caráter descritivo, com delineamento transversal, realizado no município de Juiz de Fora que se localiza na mesorregião geográfica da Zona da Mata Mineira, com aproximadamente 500 mil habitantes. Seu território está dividido em sete regiões urbanas administrativas, sendo uma delas a região norte.

A UAPS do bairro Jóquei Clube I da zona Norte atende um total de 7.945 pessoas, sendo que 1.227 são idosos, correspondendo mais de 15% da população total, de acordo com a Ficha A de 2013, detectados através de trabalhos de campo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A partir do levantamento realizado encontrou-se 75 idosos restritos ao domicílio (aproximadamente 6,1% da população idosa).

Foi considerado para este estudo que rede de atenção ao idoso é todo serviço de assistência direta que possa contribuir para o cuidado do idoso, sendo governamental ou não, incluindo a atenção ao cuidador.

Foi aplicado um questionário para descrever o perfil da população estudada contendo variáveis sociodemográficas: sexo; faixa etária; cor da pele; estado civil; renda; escolaridade; moradia; religião; tabagismo; alcoolismo; percepção de saúde; prática de atividade física; presença de cuidador; exposição a violência; condição de restrição, acamado ou não; uso de transporte público. Os dados foram organizados no

programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

A identificação dos serviços ofertados a população idosa na zona norte, foi através de três etapas: 1^a) listagem da rede de apoio por meio do contato com a Gestão Municipal, através do Catálogo Social do Município (JUIZ DE FORA, 2012) e da internet; 2^a) entrevistas, primeiramente por contato telefônico e, posterior, agendamento das visitas nas instituições, onde o entrevistado foi solicitado a assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido; e 3^a) uso de tecnologias de acesso livre da internet com a finalidade de mapear e catalogar os serviços ofertados a esta população.

Na segunda etapa, o questionário contemplou a descrição das atividades, a forma de acesso, o custo do serviço e a população alvo. Para a terceira etapa, os métodos foram baseados na dissertação de mestrado de Costa (2014), que utilizou “ferramentas *online* de geocodificação” acessadas por um computador, como *Google Fusion Tables* e o formulário (*Form*) que são ferramentas do *Google Drive* acessado através de uma conta no e-mail da *Google*, o acesso ao *Google Earth* que localiza as coordenadas geográficas do *Google Maps*. Após a identificação dos serviços, que foram preenchidos no formulário, ocorreu a marcação destes com símbolos plotados em um mapa de localização criado no *Google Fusion Tables*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Juiz de Fora, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/12, com o parecer de número 1.615.209.

3 | RESULTADOS

3.1 Caracterização dos fatores contextuais

Os resultados permitiram identificar uma população de idosos restritos ao domicílio predominantemente do sexo feminino (76%), com idade de 70 anos ou mais (92%). Desta população, 58,6% eram viúvos e 34,7% casados. Em relação à escolaridade, 53,40% tinham ensino fundamental incompleto e 18% eram analfabetos. A grande maioria recebia pensão ou aposentadoria. Quanto à moradia, 82,7% possuíam casa própria; e, quanto a atividade física, 81,4% não praticavam (Tabela 1). Destacou-se a presença do cuidador em 80% dos casos e 13,3% da população vivia sozinha. A maioria dos idosos estava na situação de restrição ao domicílio não acamado (86,7%). Aproximadamente 30% da população idosa não utilizavam transporte público e não tinham facilidade de caminhar na calçada do bairro (Tabela 2). A partir dos fatores contextuais, foi possível classificar esse grupo populacional segundo exposto na Figura 1.

Fatores pessoais	Variáveis	Total	
		n	%
Sexo	Feminino	57	76%
	Masculino	18	24%
	Total	75	100%
Faixa etária (anos)	Idade 60-69	9	12%
	Idade 70-79	26	34,60%
	Idade de 80 ou mais	43	57,40%
	Total	75	100%
Cor da pele	Branca	44	58,60%
	Parda	22	29,40%
	Negra	9	12%
	Total	75	100%
Estado civil	Casado	26	34,70%
	Viúvo	44	58,60%
	Divorciado	2	2,70%
	Solteiro	3	4%
	Total	75	100%
Renda	Aposentado	39	52%
	Pensionista	21	28%
	Aposentado e Pensionista	11	14,60%
	Sem renda	4	5,40%
Escolaridade	Total	75	100%
	Analfabeto	14	18,60%
	Fundamental Incompleto	40	53,40%
	Fundamental Completo	12	16%
	Médio Incompleto	3	4%
	Médio Completo	3	4%
	Superior Incompleto	1	1,30%
	Superior Completo	2	2,70%
	Total	75	100%
	Própria	62	82,70%
Moradia	Alugada	11	14,60%
	Cedida	2	2,70%
	Total	75	100%
Religião	Católica	49	65,30%
	Evangélica	23	30,70%
	Sem religião, mas espiritualista	3	4%
	Total	75	100%
	Fumante	4	5,40%

Fumo	Ex-fumante	19	25,40%
	Nunca fumou	52	69,20%
	Total	75	100%
Uso de bebida alcóolica	Bebe	3	4%
	Não bebe mais	19	25,40%
	Nunca bebeu	53	70,60%
	Total	75	100%
Percepção de saúde	Saudável	56	74,70%
	Doente	19	25,30%
	Total	75	100%
Prática de Atividade Física	Sim	14	18,60%
	Não	61	81,40%
	Total	75	100%

TABELA 1 - Fatores pessoais da população idosa restrita ao domicílio moradora de uma área de abrangência de uma UAPS da zona Norte de Juiz de Fora.

Fatores ambientais	Total	
	N	%
Com quem reside		
Sozinho	10	13,30%
Com familiar	65	86,70%
Total	75	100%
Presença de cuidador		
Cuidador familiar	56	74,60%
Cuidador contratado	4	5,40%
Não	15	20%
Total	75	100%
Acamado	10	13,30%
Não acamado	65	86,70%
Total	75	100%
Utiliza transporte public		
Sim	22	29,40%
Não	53	70,60%
Total	75	100%
Caminha na calçada com facilidade		
Sim	21	28%
Não	54	72%
Total	75	100%

Exposição a violência		
Sim	4	5,40%
Não	71	94,60%
Total	75	100%

TABELA 2 - Fatores ambientais da população idosa restrita ao domicílio moradora de uma área de abrangência de uma UAPS da zona Norte de Juiz de Fora.

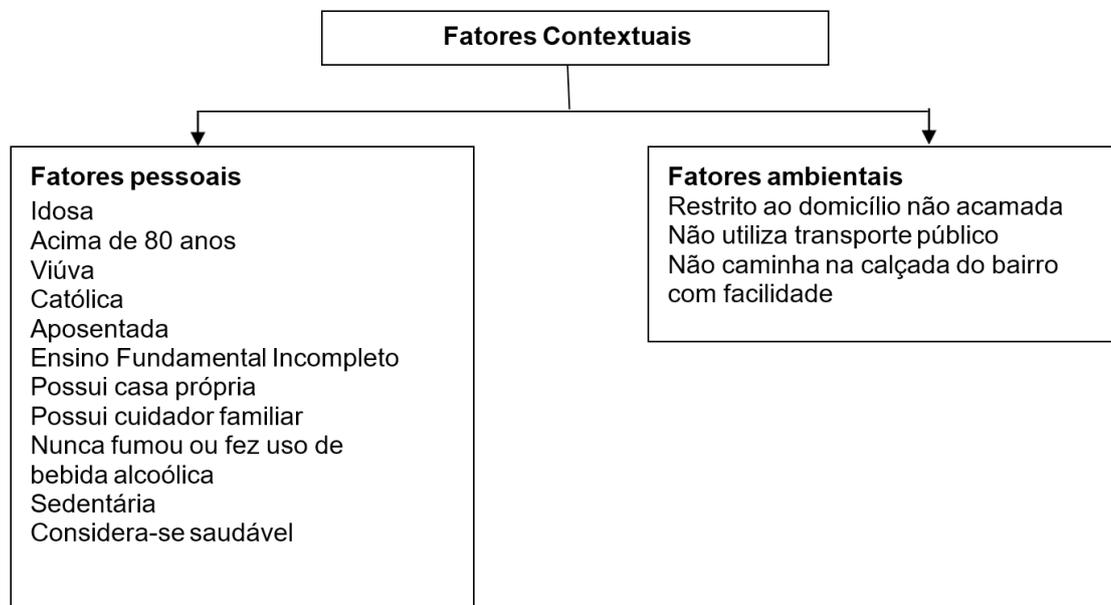


FIGURA 1 – Classificação do grupo populacional de idosos restritos ao domicílio moradora de uma área de abrangência de uma UAPS da zona Norte de Juiz de Fora, segundo a CIF.

FONTE: Dos autores.

3.2 Mapeamento da rede de atenção ao idoso na zona norte de juiz de fora

De acordo com o Catálogo Social do município (Juiz de Fora, 2006), foram identificados 88 serviços socioassistenciais e dois em fase de implementação. Destes, apenas 30 disponibilizavam serviços direta ou indiretamente à população idosa da Zona Norte, como: atendimento médico, visitas domiciliares, doação de alimentos ou roupas, atividades físicas supervisionadas, grupos de orientações. No levantamento feito utilizando a internet, foram encontradas 12 entidades, sendo que apenas cinco destas ofertavam algum serviço, de acordo com a Figura 2.

Destes serviços encontrados, 45,7% correspondem a serviços de saúde governamentais que atendem idosos e/ou cuidadores, mas não são específicos para esta população (Tabela 3). Foi observado um número expressivo de entidades religiosas, sendo aproximadamente 28% do total, que englobam a rede de atenção ao idoso.

Dos serviços de saúde governamentais, as atividades ofertadas pelas 14 UAPS são destinadas para toda a população de sua área de abrangência e possuem serviços através de consultas agendadas, atendimento médico, visita domiciliar pela equipe e disponibilização de medicamentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Uma minoria realiza atividades em grupo, como para hipertensos, diabéticos

e caminhada orientada, de acordo com a estruturação e gestão do serviço. Apenas uma UAPS não faz parte do PSF. Na região pesquisada, há apenas uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ofertando atendimento de urgência e emergência para a população em geral, e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que disponibiliza serviços de mais complexidade para a população da região norte da cidade.

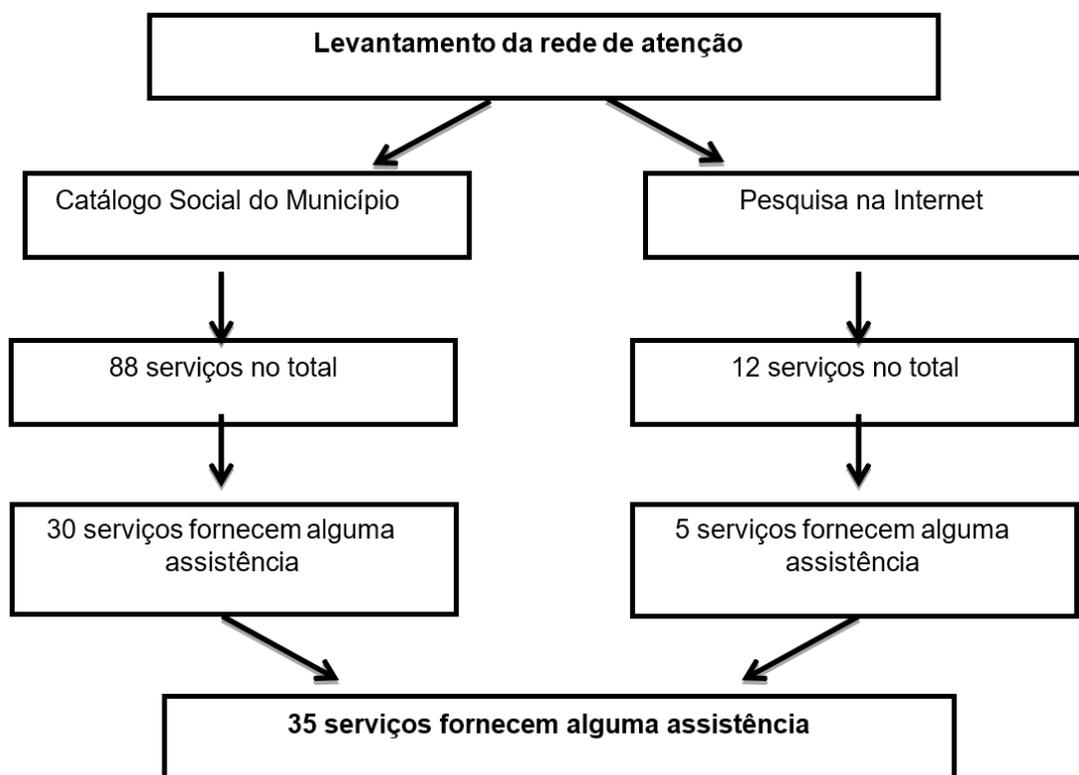


FIGURA 2 – Processo de levantamento da rede de assistência à população idosa da zona Norte de Juiz de Fora, Minas Gerais.

FONTE: Dos autores.

Em relação aos serviços de assistência social governamentais, encontra-se uma unidade do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que, especificamente para o idoso, faz o cadastro para o Pró-Idoso – Programa de Atendimento à Terceira Idade da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora e concede aos idosos o cadastro para ter a carteirinha de acesso ao transporte público gratuito. Além disso, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) realiza ações preventivas, denúncias contra violência, atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade e promoção dos direitos de toda a população da região. Encontrou-se um Curumim (local que realiza um projeto de acolhimento de crianças e adolescentes) onde é realizado um grupo de ginástica para pessoas com hipertensão arterial, não sendo focado somente para o público idoso. Algumas escolas de ensino fundamental e médio oferecem à comunidade local atividade como: artesanato, ginástica, aula de violão, aula de dança e horta comunitária para a população geral, através de funcionários da instituição ou profissionais da região. Na zona Norte está localizada uma praça onde está inserido o

Centro de Artes e Esportes Unificados (CEU) que fornece artesanato, aula de teatro, aula de violão, caminhada orientada e ginástica para a comunidade. Oferece ainda, aula de Hip-Hop e curso de informática que são específicos para idosos.

Serviço	Tipo de service	N	%
UPA	Governamental	1	2,85%
UAPS	Governamental	14	40%
CEO	Governamental	1	2,85%
CRAS	Governamental	1	2,85%
CREAS	Governamental	1	2,85%
Curumim	Governamental	1	2,85%
Escola	Governamental	4	11,4%
Associação de Moradores	Não Governamental	1	2,85%
Igreja Católica	Não Governamental	6	17,25%
Igreja Evangélica	Não Governamental	2	5,7%
Centro Espírita	Não Governamental	2	5,7%
CEU	Governamental	1	2,85%
Total		35	100%

TABELA 3 – Tipologia dos serviços que prestam assistência à população idosa da zona Norte de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Dos serviços não governamentais, há apenas uma Associação de Moradores que disponibiliza aula de artesanato, podendo participar qualquer pessoa que reside no bairro onde se localiza a associação. Na região Norte foram achados seis serviços que são ofertados pelas Igrejas Católicas, com atividades que incluem os idosos como ginástica para a comunidade, grupo de bordado, ponto cruz e crochê, atendimento fonoaudiólogo, atendimento psicológico, orientação sobre os benefícios e serviços do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), terapia comunitária, roda de terapia, pastoral da escuta e comunhão domiciliar. Uma igreja disponibiliza o espaço para o funcionamento do Pró-Idoso onde são realizados grupos de dança, com atividade física e de ginástica. Além disso, foi encontrado um curso específico para cuidadores de idosos, oferecidos por um fisioterapeuta e um psicólogo. Dentre as Igrejas Evangélicas da região, duas ofertam orientações de advocacia para qualquer pessoa e evangelismo para institucionalizados. Dois Centros Espíritas oferecem doações de alimentos e orientações espirituais para famílias carentes.

A partir da localização dos serviços foi criado uma conta de e-mail no *Google (Gmail)* e, posteriormente, o formulário *online* do *Google Drive*, contendo dados do questionário. Após o preenchimento do formulário, foi criado automaticamente uma planilha *online* no *Google Fusion Tables*, sendo possível a partir desta plotar os endereços dos serviços encontrados juntamente com as atividades prestadas em um mapa de localização (FIGURA 3), disponível no seguinte endereço *online*: https://www.google.com/fusiontables/DataSource?snapid=S1822539_zyh.

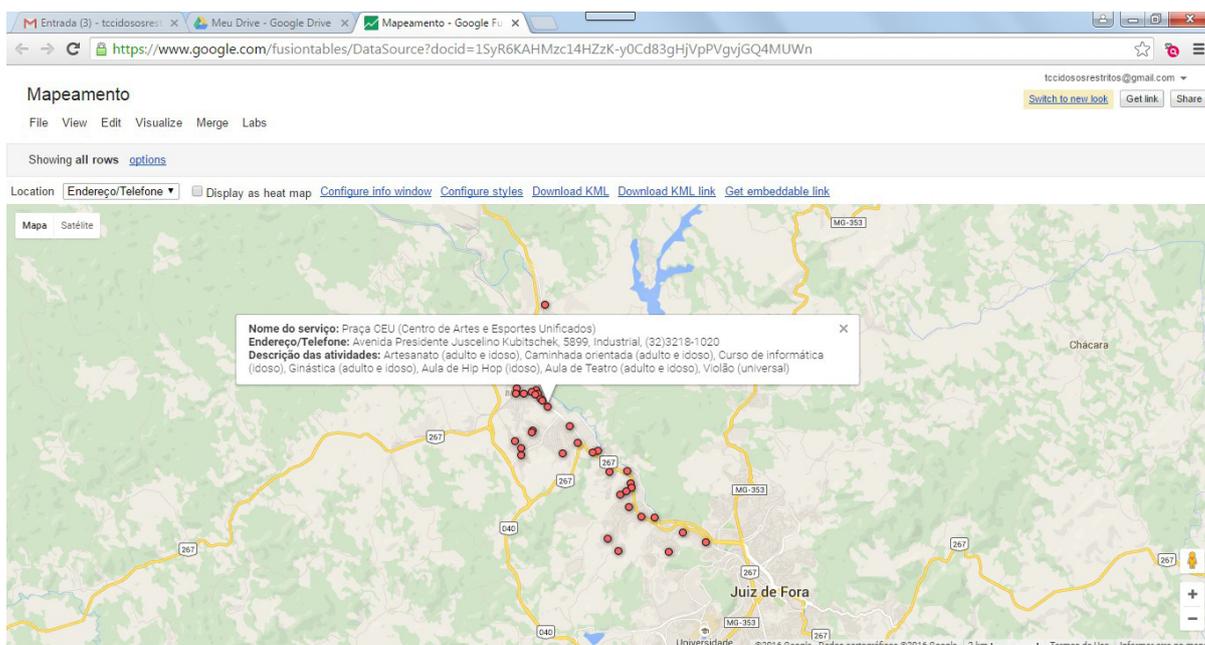


FIGURA 3 – Mapa de localização dos serviços que oferecem assistência à população idosa da zona Norte de Juiz de Fora, Minas Gerais.

FONTE: Dos autores.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Fatores contextuais

O estudo identificou, como anteriormente descrito, um panorama dos idosos pesquisados a partir dos fatores contextuais da CIF, podendo apresentar como perfil as seguintes características: idosa, com mais de 80 anos, branca, viúva, católica, aposentada, com baixa escolaridade, possui casa própria, com cuidador familiar, não fez uso de fumo ou bebida alcoólica, sedentária, se sente saudável, restrita ao domicílio, mas não acamada, não utiliza transporte público e não caminha na calçada do bairro com facilidade.

Este perfil confirma os achados da literatura sobre a feminização da população idosa que pode ser explicada por fatores biológicos, sociais e culturais, além da menor exposição a fatores de risco e maior cuidado da saúde, a partir da assistência gineco-obstétrica (TORRES, 2009; MARTINS et al, 2008; URSINE, CORDEIRO e MORAIS, 2011). Devido a amostra estudada ter a condição de restrito ao domicílio, foi encontrada uma população de idosos mais velhos, com 80 anos ou mais, que indica que quanto maior a idade menor é sua autonomia, a partir da diminuição das condições de saúde que faz parte do processo de envelhecimento fisiológico. A maioria da amostra foi constituída de viúvas que pode ser explicado pela maior longevidade da população feminina.

No geral, esta população tem como renda somente a aposentadoria, sendo

que apresentam baixa escolaridade. De acordo com Souza e Silver (2008), estes idosos cresceram em uma época na qual não havia facilidade no acesso à educação, principalmente para o sexo feminino. Isso poderia influenciar na menor procura por cuidados com a saúde, informações sobre isto e adesão a tratamentos, levando a uma diminuição nas condições e qualidade de vida (URSINE, CORDEIRO e MORAIS, 2011). Apesar desses achados, muitos possuem casa própria, o que pode ser explicado pelo fato da área de abrangência pesquisada ter como característica uma população que habita neste local desde jovens, sendo que o bairro surgiu dentro dos limites de uma fazenda, onde inicialmente os moradores estavam irregulares, entretanto, logo conseguiram comprar os terrenos por ajuda da prefeitura (MOREIRA, 2000). A residência em que os idosos se encontravam era composta, em grande parte, por familiares evidenciando um domicílio multigeracional como um fator cultural, associado a menor condição socioeconômica e baixo grau de funcionalidade, compatível com a literatura (RAMOS, 2003). Embora ainda em número de menor frequência, foram identificados apenas 13,3% de idosos, que não eram acamados, mas que viviam sozinhos, potencializando o aumento do risco de mortalidade pelo agravamento das doenças devido a dificuldade do autocuidado, pela condição de estarem restritos ao domicílio (DIAS, CARVALHO e ARAÚJO, 2013).

A presença do cuidador familiar/informal foi encontrada na maioria da população, que pode ser justificada pelo nível socioeconômico reduzido, levando a uma sobrecarga de tarefas a estes familiares e o despreparo no cuidar (VIANA et al, 2013). No estudo de Trelha et al. (2006), foi demonstrado que no geral, os cuidadores exercem essa função em tempo integral, podendo levar a um desgaste na relação idoso-cuidador, além de gerar doenças ou agravos psiquiátricos e/ou físicos nesse familiar. Sendo assim, não possuem trabalho remunerado e não recebem apoio financeiro sobre o ato de cuidar, comprometendo o orçamento domiciliar, que geralmente é complementado pela renda do idoso (CALDAS, 2003).

Em relação à percepção de saúde, ser saudável foi a resposta predominante, apesar da condição de restrito ao domicílio e baixa autonomia. Para Martins et al. (2008), isso pode estar correlacionado ao fato destes idosos possuírem religião, que influencia no enfrentamento da própria condição de saúde e adversidades.

Levando em conta o período em que esta população pesquisada nasceu, o fumo e o consumo de bebida alcóolica eram uma prática mais comum entre os homens, como observado no estudo de Galduróz et al. (2005), que constituem a menor parte da amostra, não encontrando estes comportamentos frequentes nesta população, já que a maioria são idosas.

A maioria dos idosos entrevistados estava na condição de restrito ao domicílio não acamado, sendo que apenas 13,3% estavam acamados. Por apresentarem limitações funcionais, para maior segurança, restringem a circulação apenas no domicílio. Essas condições contribuem para a não realização de atividades físicas, dificulta a caminhar na calçada do bairro e a utilizar o transporte público. Conforme Ursine (2011), essa

restrição pode estar relacionada a inserção do idoso em domicílios multigeracionais, nos quais os familiares criam um fator de proteção que diminuem sua autonomia.

4.2 Rede de atenção ao idoso

Nardi e Oliveira (2008) afirmam que devido à alteração do contexto familiar e social em que o idoso está inserido, há uma demanda em aumentar o espectro de apoio, exigindo a participação de diversos setores e organizações da sociedade, para atender as necessidades dos idosos e seus cuidadores. Além disso, considerando a situação em que os idosos se encontram, Brito, Costa e Pavarini (2012) dizem que percebem a necessidade de uma rede de atenção específica para essa população, que pode conter assistência protetorista de eventos prejudiciais, ações de saúde em forma de informações e recursos, e acesso a seus direitos.

A partir da identificação dos 35 serviços encontrados, pode-se notar que a maioria era composta por serviços de saúde, coordenada pela atenção primária e com apenas um serviço secundário e um terciário, indicando a necessidade de um sistema que tenha a atenção primária como ordenadora dos outros serviços de saúde, como sugerido por Mendes (2010).

Há um predomínio de suporte de saúde classificado como formal, assim como os achados do estudo de Alvarenga et al. (2011). Foi observado que as atividades estão frequentemente voltadas para ações individuais, com pouco enfoque para a coletividade e para as ações de prevenção de agravos e promoção de bem-estar físico e emocional. No entanto, a maior parte das doenças que acometem os idosos precisa de cuidados mais especializados que fogem da capacidade da família, necessitando que a assistência prestada pelo sistema de saúde ocorra em situações crônicas, onde o cuidado adequado seria contínuo e somente potencializado por uma equipe multidisciplinar. Segundo Mendes (2010), isso se classifica como uma situação de incoerência entre os serviços de saúde ofertados e as transições demográficas e epidemiológicas pelo qual o Brasil vem passando.

Considerando que a maioria dos serviços de saúde encontrados são constituídos da UAPS, que ofertam atenção apenas em uma área de abrangência, pode-se concluir que esta instituição representa o único meio de acesso universal, considerando a grandeza do território da zona Norte. O contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde se faz por meio das UAPS que desenvolvem um diagnóstico dos grupos populacionais da área de abrangência para o planejamento de ações específicas de intervenções em saúde. Há a visita ao domicílio dos idosos que não tem acesso direto a UAPS, tornando importante para ampliar a visão do profissional quanto às condições reais da família, proporcionando atenção integral. Sendo assim, a visita domiciliar, frequente nas ações do PSF, deve ser vista como uma única possibilidade de assistência para algumas pessoas que possuem menor grau de funcionalidade ou restrição. Deve ser valorizada, pois pode-se observar as características do indivíduo e

de sua moradia, adequando a assistência (VIANA et al, 2013).

Foi encontrado na região Norte da cidade um CRAS e um CREAS, sendo que há mais dois CRAS em fase de implantação, encontrados no Catálogo Social. O CRAS oferece proteção às famílias em situação de vulnerabilidade social e o CREAS dá um suporte especializado em situações individualizadas, onde o vínculo familiar já está rompido, sendo de extrema importância para qualquer região, principalmente as de baixo nível socioeconômico, além da articulação entre os serviços ser um ponto positivo para a sociedade (ALVARENGA et al, 2011).

O espaço das escolas públicas de ensino fundamental e médio oferecem atividades de lazer e recreativa aos idosos, por meio de parcerias com empresas governamentais e não governamentais. Isso demonstra a importância da utilização de outros espaços públicos em prol da coletividade. Também neste sentido, as instituições religiosas contribuem para a assistência voluntária da região Norte da cidade, caracterizando uma prática comum entre a comunidade. Essa assistência é tradicionalmente prestada desde os primeiros séculos por seus membros ou fiéis, para aliviar os sofrimentos da população carente, constituindo uma ação caridosa que faz parte do dia-a-dia das pessoas, contribuindo para a rede de atenção social (KUHN, 2013). Os integrantes destas ações, que podem ser individuais ou de instituições, são considerados sujeitos sociais, proporcionando alterações nas situações do cotidiano e na realidade social, que deveria ser de responsabilidade do Estado, que se livra da pressão exercida pela sociedade, apropriando-se da cooperação solidária (SILVA, 2006). Caberia ao Estado à manutenção dessa rede de atenção, colocando em prática os direitos da população, sendo os serviços voluntários apenas um suporte. Conforme Silva (2006), o Estado diminui a oferta de orçamentos destinados às políticas sociais, repassando essa incumbência para a sociedade civil.

Vale ressaltar que as características da população idosa e da região influenciam na busca por informações e utilização dos serviços. A partir da realidade do Brasil, grande parte da população possui baixo nível socioeconômico e educacional, há menor mobilização da população em busca dos interesses comuns da sociedade (ANDRADE e VAITSMAN, 2002).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do mapeamento realizado, observa-se que os serviços da zona Norte de Juiz de Fora estão caminhando para uma estruturação da rede de atenção à população idosa, englobando instituições governamentais e não governamentais, que oferecem suporte mais focado ao idoso com doenças agudas e/ou crônicas, mas que ainda possuem um bom nível de funcionalidade. Considerando o perfil dos idosos restritos ao domicílio encontrado na área de abrangência de uma UAPS da região a partir dos fatores contextuais da CIF, há uma concordância com a literatura quanto ao

perfil, apesar da necessidade de contemplar todos os fatores biopsicossociais e suas particularidades de cada comunidade. Os idosos restritos, principalmente os que vivem sozinhos, estando eles com restrição funcional, deveriam ser o centro de atenção da equipe de saúde e precisariam de serviços formais e informais para o cuidado.

Neste contexto, a atenção primária deve estar estruturada e preparada para atender a demanda emergente da população de idosos, através de uma equipe multiprofissional e capacitada, que atenda a comunidade que possui doenças já instaladas ou que previnam os acometimentos diminuindo assim a demanda de atenção às morbidades. A prevenção de agravos, considerada uma ação intersetorial, onde as ações extrapolam o setor saúde, mas agregam ainda os setores de transporte, obras / infraestrutura, educação, seguridade social / previdência, devem ser planejados de forma integrada, para que a resposta a qualidade de vida de uma população seja percebida com impacto epidemiológico.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES, M. A. R.; AMENDOLA, F.; FACCENDA, O. **Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família**. Ciência e Saúde Coletiva. V. 16, n. 05, p. 2603-2611, 2011.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. **Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. V. 07, n. 04, p. 925-934, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica. N. 19, 192 p. il. Brasília, 2007.

BRITO, T. R. P.; COSTA, R. S.; PAVARINI, S. C. L. **Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. V. 46, n. 04, p. 906-913, 2012.

CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Caderno de Saúde Pública, V.19, n.03, p. 773-781, mai./jun. 2003.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Revista de Saúde Pública. V.31, n. 02, p. 184-200, abr. 1997.

COSTA, P. H. A. **Mapeamento da Rede de Atenção aos Usuários de Droga: um estudo exploratório**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. **Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. V. 16, n. 01, p. 127- 138, 2013.

FIGUEIREDO, M. L. F.; LUZ, M. H. B. A.; BRITO, C. M. S.; SOUSA, S. N. S.; SILVA, D. S. **Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio**. Revista Brasileira de Enfermagem. V. 61, n. 04, p. 464-469, jun./ago. 2008.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. **Uso de drogas psicotrópicas**

- no Brasil:** pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V. 13, p. 888-895, set./out. 2005.
- JUIZ DE FORA. Prefeitura - Secretaria de Assistência Social. **Catálogo social** – Juiz de Fora 2012. Funalfa. Subsecretaria de Vigilância e Monitoramento de Assistência Social. 250 p. Juiz de Fora, 2012.
- KUHN, W. **A Prática da Caridade e da Beneficência Social na Igreja Cristã.** Foco na Pessoa. V. 02, n. 02, p. 40-50, jun. 2013.
- MARTINS, J. J.; SILVA, R. M.; NASCIMENTO, E. R. P.; COELHO, F. L.; SCHWEITZER, G.; SILVA, R. D. M.; ERDMANN, A. L. **Idosos com necessidade de cuidado domiciliar.** Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro. V.16, n.03, p. 319-325, jul./set. 2008.
- MASTROENI, M. F.; ERZINGER, G. S.; MASTROENI, S. S. B. S.; SILVA, N. N.; MARUCCI, M. F. N. **Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina:** Estudo de base domiciliar. Revista Brasileira de Epidemiologia. V. 10, n. 02, p. 190-201, 2007.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. V. 15, n. 05, p. 2297-2305, 2010.
- MOREIRA, Fabiano. **Comunidade luta para regularizar áreas invadidas.** Tribuna de Minas, Juiz de Fora, Caderno Cidade, p. 3, 08 jan. 2000.
- NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. **Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente.** Revista Gaúcha de Enfermagem. V. 29, n. 01, p. 47-53, mar. 2008.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** EDUSP. São Paulo. 2003.
- QUINTANA, J. M.; FERREIRA, E. Z.; SANTOS, S. S. C.; PELZER, M.T.; LOPES, M. J.; BARROS, E. J. L. **A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos.** Revista de Enfermagem Referência. Série IV, n. 01, fev./mar. 2014.
- RAMOS, L. R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes no centro urbano: Projeto Epidoso.** Caderno de Saúde Pública. V. 19, n. 03, p. 793-798. 2003.
- SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. **Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social.** Revista Gaúcha de Enfermagem. V. 31, n. 01, p. 115-122, mar. 2010.
- SILVA, C. N. **Igreja católica, assistência social e caridade:** aproximações e divergências. Sociologias. A. 08, n. 15, p. 326-351, jan./jun. 2006.
- SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. **Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. V. 12, n. 04, p. 706-716, dez. 2008.
- TOLDRÁ, R. C.; SOUTO, A. C. F. **Fatores contextuais da CIF como ferramentas de análise das implicações da aquisição de deficiência física por pessoas atendidas pela Terapia Ocupacional.** Caderno de Terapia Ocupacional UFSCar. V. 22, n. 02, p. 347-359, 2014.
- TORRES, G. V.; REIS, L. A.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H. **Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina. V. 10, n. 02, p. 12-17, jun. 2009.

TRELHA, C. L.; REVALDAVES, E. J.; YUSSEF, S. M.; DELLAROZA, M. S. G.; CABRERA, M. A. S.; YAMADA, K. M.; DOMICIANO, S. C. P. **Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina. V. 08, n. 01, p. 20-27, dez. 2006

UFJF. Centro de Pesquisas Sociais. Pró-reitoria de Extensão. **Relatório Executivo “Diagnóstico socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora”.** Juiz de Fora, dez. 2012.

URSINE, P. G. S.; CORDEIRO, H. A.; MORAES, C. L. **Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil).** Ciência e Saúde Coletiva. V. 16, n. 06, p. 2953-2962, 2011.

VIANA, S. O.; ALVARENGA, J. P.; CAMARGOS, M. M. M.; TACIANO, M. A. R.; RAFAEL, M. A. **Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela fisioterapia nas unidades básicas de saúde de Betim.** Revista APS. V. 16, n. 03, p. 278-286, jul./set. 2013.

O CUIDADO ATRAVÉS DA ALEGRIA COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Valeska Christina Sobreira de Lyra

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Heloíse Maria de Freitas Barros

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Miriam Lúcia Carneiro Nóbrega

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Mikaella de Almeida Silva Formiga

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Maria Elma de Souza Maciel Soares

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Rachel Cavalcanti Fonseca

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

RESUMO: Entre os idealizadores do “clown” nas atividades lúdicas em instituições de saúde, destaca-se Hunter “Patch” Adams, médico que revolucionou o atendimento em consultas e inspirou diversos grupos de palhaço-terapia pelo mundo, relatando que sentimentos como o humor, o amor e a alegria estimulam o sistema imunológico contra infecções e afetam a forma de cuidado entre pessoas.

Descrição da experiência: A ação foi realizada

na Vila Vicentina Júlia Freire, contou com a participação de 8 palhaços extensionistas do projeto intitulado: Palhaçoterapia UNIPÊ, e 2 docentes do curso de Fisioterapia. Inicialmente, os palhaços se distribuíram e convidaram os idosos em seus domicílios para participarem da atividade em grupo no auditório desta instituição, acompanhados de muita alegria e músicas. Posteriormente, foi realizado um bingo com distribuição de brindes, com o objetivo de socializar os idosos participantes e em seguida todos os presentes dançaram, cantaram e alguns demonstraram seus talentos. Ao final da ação, vários idosos agradeceram por levar mais uma tarde diferente a eles. **Impactos:** No local foi observado que vários tinham dificuldades de interagir com os discentes e docentes presentes, alguns com limitações físicas, outros com doenças que os deixaram debilitados, o que dificultou a participação efetiva nas atividades. Apesar disso, foi uma atividade gratificante, observou-se a alegria no olhar de cada idoso ali presente. **Considerações finais:** Acreditamos que esta forma de cuidar amenize a solidão dos idosos institucionalizados, os quais necessitam de um cuidado integral e que possibilite mudanças positivas na sua saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Alegria; Idosos Institucionalizados; Cuidado Integral.

ABSTRACT: Among the creators of “clown”

in recreational activities at health institutions, Hunter “Patch” Adams stands out, a physician who has revolutionized consultation and inspired diverse groups of clown-therapy around the world, reporting that feelings such as humor, love and joy stimulate the immune system against infections and affect the way people care. **Description of the experience:** The action was carried out in Vila Vicentina Júlia Freire, with the participation of 8 extension clowns from the project entitled: Palhaçoterapia UNIPÊ, and 2 teachers of the Physiotherapy course. Initially, the clowns were distributed and invited the elderly in their homes to participate in the group activity in the auditorium of this institution, accompanied by great joy and songs. Afterwards, a bingo was organized with the distribution of free gifts, with the purpose of socializing the elderly participants, and then all present danced, sang and some demonstrated their talents. At the end of the action, several seniors thanked him for taking another one different afternoon. **Impacts:** At the site it was observed that several had difficulties interacting with the students and teachers present, some with physical limitations, others with diseases that left them debilitated, which made difficult the effective participation in the activities. Despite this, it was a rewarding activity, we observed the joy in the eyes of every elderly person present. **Conclusion:** We believe that this way of caring can alleviate the loneliness of the institutionalized elderly, who need comprehensive care and make possible positive changes in their health.

KEYWORDS: Joy; Institutionalized elderly; Integral care.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional, hoje uma realidade mundial, decorre da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade além do aumento da expectativa de vida. Se por um lado o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade, por outro aumentou a ocorrência do perfil de morbimortalidade, caracterizado por um aumento de doenças crônico-degenerativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2011).

De acordo com Fleurí et al. (2016), esta fase da vida requer dos familiares e das pessoas do convívio pessoal do idoso, cuidados especiais. Entretanto, nem todos os componentes do núcleo familiar tem disponibilidade para prestar os cuidados necessários. Há também um déficit de tolerância ou de estrutura familiar para apoio a esse ente que necessita de atenção e, como consequência estes idosos são inseridos em Instituições de Longa Permanência (ILPIs).

Para a Anvisa, as ILPIs são instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Essas instituições atendem tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados.

Segundo Camarano e Kanso (2010), é comum associar ILPIs a instituições

de saúde. Logo, os serviços médicos e de fisioterapia são os mais frequentes nas instituições brasileiras. O papel dessas atividades é o de promover algum grau de integração entre os residentes e ajudá-los a exercer um papel social.

É de fundamental importância desenvolver ações de lazer, como por exemplo, atividades físicas, musical, artística, artesanal ou de outra ordem, para que haja a diminuição do estresse, depressão, angústia, ansiedade. É uma estratégia para preencher o tempo ocioso, contribuindo de forma direta para uma melhor qualidade de vida. Os benefícios também repercutem no âmbito social, melhorando o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia daqueles que envelhecem (FLEURÍ et al., 2016).

Pensando nesta necessidade, as docentes do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, junto a alguns discentes construíram o Projeto de Extensão intitulado “Palhaçoterapia – UNIPÊ”, baseado na literatura de alguns trabalhos publicados, bem como, de atividades pontuais no curso de Fisioterapia na disciplina de Fisioterapia na Saúde do Idoso.

É importante destacar alguns estudos importantes que nortearam este projeto, a exemplo os idealizadores do “clown” como instrumento da atividade lúdica nos hospitais, destaca-se Hunter “Patch” Adams, médico norte-americano que, desde 1985, revolucionou o atendimento médico em consultas e inspirou diversos grupos de palhaço-terapia pelo mundo. Adams relata que sentimentos como o humor, o amor e a alegria estimulam o sistema imunológico contra infecções e afetam a forma de cuidado entre pessoas. Múltiplos estudos confirmam que o bom humor tem efeitos benéficos no sistema imune (ADAMS; VAN AMERONGEN; WILLIAMS, 1999; BERK et al., 2001).

Segundo Berk (1988), o riso estimula a produção de endorfinas que diminui ou previne a dor, diminui pressão sanguínea, diminui doenças cardíacas, diminui hormônios do estresse e conseqüentemente, o estresse. Rir cem vezes durante o dia tem os mesmos efeitos cardiovasculares que fazer exercícios de remo durante 10 minutos (FRY, 1992).

Os benefícios físicos do humor foram comparados a exercícios aeróbicos (BERK, 2001). O humor demonstrou aumentar a tolerância à dor (WEISENBERG, 1995), sendo um poderoso mecanismo de luta usado para diminuição de medo, ansiedade, estresse psicológico além de melhorar habilidade de lutar contra doenças (BERK, 2001; KUIPER, 2004; WOOTEN, 2005).

No Brasil, seu principal representante são os Doutores da Alegria, fundada em 1991 por Wellington Nogueira, uma organização com inúmeros representantes nos estados de São Paulo, Recife e Rio de Janeiro, que buscam levar alegria à todos os indivíduos presentes no ambiente hospitalar, tanto pacientes e acompanhantes quanto os próprios profissionais da saúde (MASETTI, 2005; DE OLIVEIRA; DE PAIVA; CHIESA, 2014; ARAÚJO; GUIMARÃES, 2009).

Partindo desse pressuposto, a fisioterapia na sua forma de cuidar através da alegria, pode proporcionar alívio da dor e sentimentos ruins, entendendo o indivíduo na

sua dimensão biopsicossocial no seu ambiente, incluindo os idosos institucionalizados.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A ação foi realizada na Instituição de Longa Permanência para Idosos- Vila Vicentina Júlia Freire, localizada no município de João Pessoa-PB, com o propósito de levar alegria e despertar os benefícios que ela causa no organismo, envolvendo os aspectos fisiológicos (liberação de serotonina e endorfinas, substâncias importantes para o bem-estar), emocionais (maior disposição) e sociais (maior interação social com todos os envolvidos na atividades).

Esta atividade contou com a participação de 8 palhaços extensionistas do projeto intitulado: Palhaçoterapia do Centro Universitário de João Pessoa-PB- UNIPÊ, e duas docentes do curso de Fisioterapia. Este projeto pretende oferecer aos alunos de Fisioterapia a oportunidade de promover o cuidado ao idoso institucionalizado por meio da alegria, do sorriso, do encantamento. Bem como, aprofundar a temática por meio de rodas de conversas e estudos prévios com artigos científicos com os extensionistas e profissionais do local.

Inicialmente, os palhaços foram destinados para uma sala para sua caracterização de acordo com o seu perfil, sua história, seu perfil e suas características de palhaço, por meio de maquiagem e roupas coloridas. Posteriormente, convidaram os idosos em seus domicílios para participarem da atividade em grupo no auditório desta instituição, acompanhados de muita alegria e músicas pelos corredores de cada bloco, separados por sexo e grau de dependência funcional.

E seguida, foi realizado um bingo com distribuição de brindes, com o objetivo de socializar os idosos participantes e em seguida todos os presentes dançaram, cantaram e alguns demonstraram seus talentos.

IMPACTOS

No local foi observado que vários idosos tinham dificuldades de interagir com os discentes e docentes presentes, alguns com limitações físicas, outros com doenças que os deixaram debilitados, o que dificultou a participação efetiva de todos eles nas atividades. Apesar disso, foi uma atividade gratificante, observou-se a alegria no olhar de cada idoso ali presente.

Por outro lado, alguns idosos agradeceram por levar mais uma tarde diferente a eles. Durante a atividade, vários ainda registraram verbalmente sua alegria e satisfação em participar da ação desta tarde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o riso é uma válvula de escape que é utilizado nos apuros da vida,

acreditamos que esta forma de cuidar amenize a solidão dos idosos institucionalizados, os quais necessitam de um cuidado integral e que possibilite mudanças positivas na sua saúde.

Sendo assim, faz-se necessário, um olhar diferenciado para este público, envolvendo atividades que os motivem, que os façam querer se envolver com os outros, despertando sentimentos positivos e que contribuam para uma melhor qualidade de vida e de saúde.

Os projetos de extensão envolvendo os cursos de saúde se mostram um caminho para tal desenvolvimento, criando espaços (extramuros universidade) de convivência, de vínculo, de cuidado, bem como, de formação pautada nas reais necessidades da população, a exemplo dos idosos que residem nestas instituições.

REFERENCIAS

ADAMS, Patch; VAN AMERONGEN, Jerry; WILLIAMS, Robin. **Patch Adams: o amor é contagioso**. Sextante, 1999.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada**. 2005.

ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; GUIMARÃES, Tathiane Barbosa. Interações entre voluntários e usuários em onco-hematologia pediátrica: um estudo sobre os palhaços-doutores. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 0-0, 2009.

BERK, Lee S. et al. Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter. **Alternative therapies in health and medicine**, v. 7, n. 2, p. 62-76, 2001.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CAPELA, R. Riso e bom humor que promovem a saúde. **Rev. Simbio-Logias**, v. 4, n. 6, p. 176-84, 2011.

DE OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pina; DE PAIVA, Danielle Rodrigues; CHIESA, Anna Maria. Clown Theatre on Hospitalized Children: literature review/Teatro Clown e Hospitalização Infantil: revisão da literatura. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n. 5, p. 96-101, 2014.

FLEURÍ, A. C. P. et al. Atividades lúdicas com idosos institucionalizados. **Enfermagem Revista**, v. 16, n. 1, p. 50-57, 2016.

FRY JR, M. F. The physiologic effects of humor, mirth, and laughter. **Journal of American Medical Association**, v. 267, p. 1857-1858, 1992.

KUIPER, Nicholas A. et al. Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. **Humor: International Journal of Humor Research**, 2004.

MASETTI, Morgana. Doutores da ética da alegria. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 453-458, 2005.

PAIM, P. **Estatuto do Idoso**. 1ª ed. 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2489-2498, 2015.

ROSSI, Isabela; BATIGÁLIA, Fernando; DOS SANTOS JÚNIOR, Randolfo. Palhaçoterapia: alteração do perfil algico e emocional de pacientes geriátricos hospitalizados. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 3, p. 17-21, 2016.

WEISENBERG, Matisyohu; TEPPER, Inbal; SCHWARZWALD, Joseph. Humor as a cognitive technique for increasing pain tolerance. **PAIN®**, v. 63, n. 2, p. 207-212, 1995.

WOOTEN, P. Humor, laughter, and play: Maintaining balance in a serious world. In: **Holistic nursing: A handbook for practice**. Aspen Publishers, Gaithersburg, Md, 2000. p. 471-493.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global health and aging. **Geneva: World Health Organization**, p. 1-32, 2011.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA-PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fábia Maria de Santana

Instituição de Longa Permanência para Idosos-
ILPI
Serra Talhada- PE

Mariana dos Santos Silva

Instituição de Longa Permanência para Idosos-
ILPI
Serra Talhada- PE

Iara Alves Diniz

Instituição de Longa Permanência para Idosos-
ILPI
Serra Talhada- PE

Maria do Socorro Souza Lima

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e
Cidadania-SMDSC
Serra Talhada-PE

Josenildo André Barbosa

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e
Cidadania-SMDSC
Serra Talhada-PE

Alaine Santos Parente

Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz
Recife – PE

institucionalização. Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi descrever a experiência da atuação do fisioterapeuta em uma instituição de longa permanência para idosos. Trata-se de um relato de experiência vivenciado pela fisioterapeuta, acerca das ações realizadas pertinentes as atribuições do mesmo. As atividades foram desenvolvidas no período de fevereiro a agosto de 2017. Os atendimentos foram realizados em grupo, individualmente e com os pacientes restritos ao leito. Foram realizados semanalmente grupos com “Ginastica na terceira idade”, atendimentos individuais e com os que estavam restritos ao leito, de segunda a sexta, a fim de promover melhora na funcionalidade e qualidade de vida. O número de sessões foram estabelecidas de acordo com a necessidade de cada idoso. A execução do fisioterapeuta na ILPI envolveu a realização de oficina “cuidando com postura” voltada para o cuidador com o intuito de capacitar/sensibilizar os funcionários sobre a postura correta ao fazer transferência do idoso, assim como atividades realizadas no dia a dia. Para assim evitar a ocorrência de lesões no idoso e no cuidador se forem realizadas com a postura incorreta. Conclui-se que os atendimentos promoveram melhora da auto-estima, evolução de paciente que não deambulava devido a fratura do fêmur, melhora no equilíbrio, força muscular e amplitude de movimento.

RESUMO: A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade está associada à predição da fragilidade, dependência e da

PALAVRAS-CHAVE: Instituição de Longa Permanência para idosos; fisioterapia; Qualidade de vida.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento leva a uma série de modificações fisiológicas inevitáveis sobre os sistemas neuro-músculo-esquelético e sensorial. Essas modificações poderão gerar déficits de equilíbrio e alterações na marcha que predisõem o idoso à quedas e limitações funcionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas últimas décadas, a população brasileira vem envelhecendo de forma muito acelerada e em condições sócio-econômicas e culturais desfavoráveis (PELEGRIN, 2008).

A independência funcional requer força muscular, equilíbrio, resistência cardiovascular e também motivação. Costuma-se afirmar que a deterioração dessas capacidades é inevitável com o envelhecimento. Mas, está claro que muito dessa deterioração pode ser atribuída ao sedentarismo. Isso significa que a implementação de um programa de exercícios terapêuticos, mesmo em idades extremas, é capaz de minimizar ou mesmo evitar o declínio funcional acentuado amenizando os efeitos das doenças, ou mesmo prevenindo-as (FARIA, 2003).

A fisioterapia nas instituições de longa permanência para idosos tem como objetivo principal a independência do idoso para as tarefas básicas de atividade de vida diária, no anseio de minimizar as consequências das alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, garantindo a melhoria da mobilidade e favorecendo uma qualidade de vida satisfatória, que é julgada pelo idoso mais pelo nível funcional e grau de independência do que pela presença de limitações específicas e isoladas (ELY, 2009).

Este trabalho justifica-se pela necessidade de abordagem da prática fisioterapêutica voltadas aos idosos institucionalizados, tornando-se fundamental para o compartilhamento com demais profissionais da área, afim de favorecer o planejamento, a execução e a avaliação das ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde funcional de idosos em situação de acolhimento institucional.

Considerando os aspectos citados, o objetivo desse estudo é descrever a experiência da atuação do fisioterapeuta em uma instituição de longa permanência para idosos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pela fisioterapeuta que atua em uma instituição de longa permanência para idosos no município de Serra Talhada-PE, acerca das ações realizadas pertinentes as atribuições do mesmo.

A Instituição tem 70 anos de existência, fundado em 1947, a fim de abrigar idosos sem referência familiar ou por ter sofrido violências. Constitui-se em uma instituição não

governamental (ONG) de caráter filantrópico sob a coordenação da Igreja. Atualmente abriga 30 idosos e possui 11 funcionários.

As atividades foram desenvolvidas no período de fevereiro a agosto de 2017. Os atendimentos foram realizados em grupo, individualmente e com os pacientes restritos ao leito. Dos 30 pacientes atendidos, 6 (20%) corresponderam ao gênero masculino e 24 (80%) do gênero feminino e 3 (10%) idosos restrito ao leito. Inicialmente foram realizadas as avaliações nos idosos que se encontravam adeptos para realização das atividades em grupo, foi aplicada o Protocolo Baseado na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) - Universidade Potiguar - UnP, na qual contém identificação, anamnese, Escala Visual Analógica (EVA), rastreamento de episódios de tonturas e quedas e Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de KATZ.

Para a grande parte dos idosos o Protocolo de avaliação não foi aplicado satisfatoriamente, devido os mesmos apresentarem déficit cognitivo e funcional graves. Já nos idosos restritos ao leito, por apresentarem distúrbios psiquiátricos graves e não se locomoverem, foi realizada uma avaliação, contendo: sinais vitais, exame físico, avaliação cardiorrespiratória, coordenação e equilíbrio estático, estes últimos não foram realizados em todos os idosos, devido ao quadro de imobilidade e as extensões de contraturas. Após conhecer as principais necessidades dos idosos, foi elaborado um plano de tratamento, com objetivos e condutas de acordo com suas limitações.

As condutas propostas foram desenvolvidas com objetivo de promover o aumento e/ou manutenção da amplitude de movimento das articulações, melhora da força muscular, flexibilidade, alívio da dor, melhora do equilíbrio e marcha, da cognição, menor dependência para realização de atividades diárias e significativa melhora da qualidade de vida.

As atividades em grupo com “Ginástica na Terceira Idade”, com duração de uma hora, foram realizadas uma vez por semana, com utilização de bastões, bola e “amarelinha” confeccionada em EVA, contemplando: a aferição dos sinais vitais, seguido de alongamento muscular ativo-assistido dos principais grupos musculares da cervical e membros superiores e inferiores, exercícios ativo-assistidos para os movimentos de flexo-extensão do ombro e cotovelo, elevação escapular, flexão lateral de tronco, abdução de ombros com cotovelo flexionado, flexão plantar e dorsiflexão, treino de equilíbrio e motricidade com bola plástica sendo arremessada, tentando desestabilizar a paciente e objetivando que a mesma segure e arremesse a bola de volta e a brincadeira da “amarelinha”. Em seguida, foi realizado o atendimento individualizado dos pacientes restritos ao leito e dos que necessitavam de atendimento individualizados, de acordo com a conduta proposta para cada paciente avaliado.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante o ano de 2017 foram realizados uma vez por semana grupos com “Ginastica na terceira idade”, atendimentos individuais e com os que estavam restritos

ao leito de segunda a sexta, a fim de promover melhora na funcionalidade e qualidade de vida. O número de sessões foram estabelecidas de acordo com a necessidade de cada idoso.

Para a grande parte dos idosos o protocolo de avaliação não foi aplicado satisfatoriamente, devido os mesmos apresentarem déficit cognitivo e motores graves corroborando com estudo realizado por Ribas (2012) onde os idosos atendidos, pela Fisioterapia, em ILPI no Município de Pindamonhangaba possuíam incapacidade funcional, perda de mobilidade, prejuízos no equilíbrio e déficit cognitivo graves.

A execução do fisioterapeuta na ILPI envolveu a realização de oficina “cuidando com postura” voltada para o cuidador com o intuito de capacitar/sensibilizar os funcionários sobre a postura correta ao fazer transferência do idoso, assim como atividades realizadas no dia a dia. Para assim evitar a ocorrência de lesões no idoso e no cuidador se forem realizadas com a postura incorreta. A realização desse espaço de debate possibilitou a identificação de fragilidades e potencialidades dos cuidadores, favorecendo o empoderamento e gerando motivação para execução das suas atividades.

Em oficina realizada por Melo (2014) onde teve como objetivo capacitar e ampliar o conhecimento dos cuidadores em relação ao processo de envelhecimento; apresentar estratégias de melhoria da assistência aos idosos residentes nas instituições; estimular o desenvolvimento de novas habilidades aos cuidadores diante dos temas discutidos na oficina. A oficina obteve êxito em promover atividades de educação em saúde além de prover conhecimento técnico aos seus participantes, contribuindo para melhorar de forma integral a saúde e os cuidados ao idoso residente em ILPI.

Em estudo realizado por Biasoli (2007) a reabilitação física teve como objetivo principal a melhora da amplitude do movimento (ADM), da força muscular, da mobilidade articular, das atividades da vida diária (AVDs), além da melhora da auto-imagem do paciente. Assim como em nosso estudo as condutas propostas foram desenvolvidas com objetivo de promover o aumento e/ou manutenção da amplitude de movimento das articulações, melhora da força muscular, flexibilidade, melhora do equilíbrio e marcha, da cognição, menor dependência para realização de atividades diárias e significativa melhora da qualidade de vida.

Após 20 sessões com as condutas propostas houve melhora significativas em 80% dos idosos no que concerne a dor, auto-estima, evolução de paciente que não deambulava devido a fratura do fêmur, melhora no equilíbrio, força muscular, amplitude de movimento, diminuição de quedas e melhora nas AVDS (como vestir-se, calçar sapatos e higiene pessoal), corroborando com estudo de Montenegro e Silva (2007), o programa de fisioterapia em seu estudo foi eficaz e propiciou melhora significativa no desempenho das atividades funcionais, contribuindo para redução das incapacidades e limitações funcionais em idosos institucionalizados.

4 | CONCLUSÃO

O atendimento fisioterapêutico ao idoso institucionalizado consiste em um grande desafio exigindo do profissional criatividade e persistência. Os atendimentos promoveram melhora da auto-estima, alívio da dor, evolução de paciente que não deambulava devido a fratura do fêmur, melhora no equilíbrio, força muscular, amplitude de movimento, diminuição de quedas e melhora nas AVDS. Por fim, destaca-se que a atuação fisioterapêutica é de suma importância para reabilitação funcional e melhora na qualidade de vida de idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

BIASOLI, M.C. **Tratamento fisioterápico na terceira idade**. RBM - rev. bras. med. vol. 64 - edição especial - novembro/2007.

ELY, J. C. et. al. **Atuação fisioterápica na capacidade funcional do idoso institucionalizado**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 293-297, 2009.

FARIA, J. C. et al. **Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos**. Acta Fisiátrica, v 10, n 3, p: 133-137, 2003.

MELO, A. D. et al. **I Oficina para Formação de Cuidadores de Idosos Institucionalizados: relato de experiência**. Disponível em file:///F:/CONGRESSO%20LPI/congresso%20envelhecimento%20fisio/2014_78_9408.pdf. Acesso em 19/07/2017.

MONTENEGRO, S. M. R. S; Silva, C. A. B. **Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, v. 10, n. 2, p:161-178, 2007.

PELEGRIN, A. K. A. P et al. **Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional**. Arq Ciênc Saúde 2008, v 15, n 4, p:182-8.

RIBAS, R. T. B. **Perfil de Idosos Atendidos pela Fisioterapia em Instituições de Longa Permanência em Pindamonhangaba – SP**. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde, v 14, n 1, p:9-16, 2012.

A PESQUISA E EXTENSÃO FACILITANDO A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO A PESSOA IDOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ivaldo Menezes de Melo Junior

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-
FCMPB
João Pessoa-PB

Rachel Cavalcanti Fonseca

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-
FCMPB
João Pessoa-PB

Eveline de Almeida Silva Abrantes

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-
FCMPB
João Pessoa-PB

Fabio Correia Lima Nepomuceno

Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ
João Pessoa-PB

Márcia de Oliveira Delgado

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-
FCMPB
João Pessoa-PB

Rosa Camila Gomes Paiva

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba-
FCMPB
João Pessoa-PB

RESUMO: As atividades realizadas na extensão universitária são ações educativas, culturais e científicas, direcionadas a sociedade que tem como objetivo servir como instrumento de inserção social, aproximando a universidade da sociedade que articula o ensino e a pesquisa.

O Projeto de Extensão Atenção a Saúde da Pessoa Idosa desenvolvido na Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba enquadra-se nesse contexto, tendo como objetivo promover assistência à saúde da pessoa idosa na interdisciplinaridade de ações na área especializada, aperfeiçoando a interação na relação ensino-pesquisa-extensão, entre discentes de Fisioterapia, Medicina e idosos ativos. No primeiro semestre de 2016, o projeto de extensão de Saúde do Idoso do curso de Fisioterapia ofereceu vagas para alunos de medicina da mesma instituição, acrescentando a perspectiva de pesquisa e cuidado interdisciplinar envolvendo atividades de educação em saúde. Nesta perspectiva, uma das ações realizadas foi a abordagem por meio de roda de conversa sobre a prevenção de quedas. Inicialmente, todos os idosos foram avaliados com a Escala de Tinetti. Posteriormente, foram observados os sinais vitais. Em seguida, aplicou-se a roda de conversa com os idosos, abordando vários aspectos como: conceito de quedas, causas e conseqüências, formas de prevenção e tratamento e aplicado o protocolo de exercícios físicos. Observou-se grande participação dos idosos na temática abordada, com relatos de história de quedas recorrentes entre eles e os fatores que mais contribuíram para eles caírem.

PALAVRAS-CHAVES:

Extensão;

Idosos;interdisciplinaridade; quedas.

ABSTRACT: The activities carried out in the university extension are educational, cultural and scientific actions directed at society, that has the aim of serving as an instrument of social insertion, bringing the university closer to the society that articulates teaching and research. The Extension Project Attention to the Health of the Elderly Individual developed in the College of Medical Sciences of Paraíba fits in this context, aiming to promote health assistance to the elderly individual in the interdisciplinarity of actions in the specialized area, perfecting the interaction in the teaching-research-extension relationship between the Physiotherapy and Medical students, and the active elderly. In the first semester of 2016, the extension project of Elderly Health of the Physiotherapy course offered positions to the medical students of the same institution, adding the perspective of interdisciplinary research and care involving activities of health education. In this perspective, one of the actions carried out was the approach by means of a conversation circle about fall prevention. Initially, all of the elderly were evaluated with the Tinetti scale. After this, the vital signs were observed. Then the conversation circle was applied with the elderly, tackling various aspects such as: the definition, causes and consequences of falls, forms of prevention and treatment and the protocol of physical exercise was applied. Great participation of the elderly in the theme discussed was observed, with stories of recurring falls among them and the factors that most contributed to them falling.

KEYWORDS: Extension; elderly; interdisplinaridade; falls.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a legislação, o tripé formado pelo ensino, pela pesquisa e pela extensão constitui o eixo fundamental da Universidade brasileira e não pode ser fragmentado. O artigo 207 da Constituição Brasileira de 1988 dispõe que “as universidades [...] obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. Sendo assim, as instituições de ensino superior precisam desenvolver atividades que possam ratificar tal preceito legal (MOITA; ANDRADE, 2009).

Tratar de indissociabilidade na universidade é considerar necessariamente dois vetores de um debate: de um lado, as relações entre universidade, ensino, pesquisa e extensão; e, de outro, confluindo para a formulação de uma tridimensionalidade ideal da educação superior, as relações entre o conhecimento científico e aquele produzido culturalmente pelos diferentes grupos que compõem a sociedade.

A formação dos profissionais de saúde é reconhecida como um importante fator para a saúde da população por seu impacto direto nos sistemas de saúde seja na atenção ou na gestão dos serviços, assim como na definição de políticas públicas voltadas para as necessidades emergentes de cada local. Por este motivo, várias iniciativas buscam aproximar a formação em saúde, representada pelas universidades, e o serviço, representado pelas instâncias executivas do Sistema Único de Saúde

(SUS) (SILVEIRA, et al., 2015).

A formação gestada e gerida no ambiente acadêmico, deve se aproximar da realidade social e considerar as demandas dos serviços, constituindo vínculos humanísticos e consistentes com a população (FEUERWERKER ; SENA, 2002).

Com base nestas informações e no perfil crescente de idosos no Brasil, no estado da Paraíba e no município de João Pessoa-Pb a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba junto aos docentes do curso de Fisioterapia e Medicina em 2006 implantaram um projeto de extensão e pesquisa intitulado: Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, o qual posteriormente foi contemplado com outros docentes dos cursos de nutrição, Farmácia e enfermagem.

Segundo dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) o número atual de idosos no Brasil é de 26 milhões com sua expectativa de vida de 75,8 anos e que no ano de 2050 a população será de 37 milhões de idosos com expectativa de mais de 80 anos de vida. Este fenômeno vem ocorrendo pelo progresso de novas tecnologias e melhoria na qualidade de vida da população em geral, aliado a novas políticas públicas em saúde e defesa do idoso com a criação do Estatuto do idoso.

O envelhecimento da população mundial é um fato inquestionável que se tornou frequente em países desenvolvidos e em desenvolvimento que, como o Brasil, se encontram em vias de evolução. Essa transição demográfica é resultado de uma situação de altos níveis de mortalidade e fecundidade para uma situação em que estes níveis se encontram significativamente reduzidos. Logo, o aumento do número de idosos é uma consequência direta da redução proporcional de jovens, com o crescimento da expectativa de vida desse grupo (SAAD, 2016).

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a prática de cuidados a essa população requer uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta os fatores biopsicossociais que influenciam a qualidade de vida e a importância do ambiente no qual o idoso está inserido (BRASIL, 2006).

Sendo assim, o processo de envelhecimento vem acompanhado pelo declínio de todas as funções fisiológicas, aumentando também, a prevalência das doenças crônicas degenerativas e as quedas que são resultados da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade a lesões. Os problemas de saúde físicos e mentais são provocados frequentemente pelos mesmos, essas doenças persistem por vários anos e necessitam de acompanhamento constante, exames periódicos e cuidados permanentes (RIBEIRO *et al.*, 2008).

O reconhecimento das necessidades dessa população é constatado através de uma avaliação sistemática, com intuito de prevenir e detectar precocemente os fatores de risco e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, bem como, situações com alta incidência de comorbidades, como as quedas.

A queda é conceituada como um evento em que a pessoa inadvertidamente vai ter o solo ou outro local em nível mais baixo do que anteriormente ocupado, com ou sem lesão ou perda da consciência. Eventos não-intencionais que resultam em

contato com o solo. Estes eventos não é consequência de uma paralisia súbita, ataque epilético ou força externa extrema (FREITAS, 2011).

As quedas ocorrem por causas multifatoriais envolvendo fatores intrínsecos e extrínsecos. Nos fatores intrínsecos os riscos de quedas estão relacionados com doenças crônicas ou alterações fisiológicas do envelhecimento tais como diminuição da visão e audição, distúrbios vestibulares e proprioceptivos. Nos fatores extrínsecos que perturbam o equilíbrio incluem riscos ambientais, tais como iluminação, superfície na deambulação, tapetes soltos, degraus altos e estreitos, os riscos nas atividades diárias, e em idosos mais frágeis (FREITAS, 2011).

Evitar o evento de queda é considerado hoje uma conduta de boa prática geriátrico-gerontológica, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de serviços para idosos. Além disso, constitui-se em política pública indispensável, não só porque interfere de forma desastrosa na vida dos idosos e de seus familiares, como também drena quantias expressivas de recursos econômicos no tratamento de suas consequências (PERRACINI; RAMOS, 2002).

De acordo com Brasil (2006) é possível diminuir a ocorrência de quedas com cuidados simples como: educação para o autocuidado, utilização de dispositivos de auxílio à marcha, revisão das medicações (especialmente os que podem causar hipotensão postural), adaptação e modificações do meio ambiente (residência e locais públicos).

As quedas constituem um considerável fator para a diminuição da autonomia dos idosos, podendo transforma-se numa séria ameaça ao bem estar e a qualidade de vida das pessoas idosas (NICOLUSSI et al., 2012). Assim, faz-se necessária a intervenção interdisciplinar, por meio de estratégias de promoção à saúde dos idosos e prevenção dos seus agravos, as quais envolvem educação em saúde e prática regular de atividade física.

Outro aspecto encontrado na literatura como importante meio de intervenção interdisciplinar é a utilização de instrumentos para avaliar o risco de quedas na população idosa, pois, essa população tem primeiramente um aumento da probabilidade de quedas e segundo por que cada episódio de queda pode ocasionar os mesmos danos anteriores ou lesões semelhantes à mesma (MESSIAS; NEVES, 2009).

A Educação em Saúde é uma das estratégias que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde na abordagem do paciente idoso, pois a mesma visa a prevenção, bem como controle, recuperação e eliminação de problemas à saúde. É composta de estratégias educativas aos indivíduos e comunidades, possibilitando a participação dos mesmos como importantes parceiros na produção de saúde e prevenção de agravos (CUNHA et al., 2014).

Através das atividades educativas é possível passar e disseminar o conhecimento para a comunidade, além de estimular o autocuidado. Para Ferretti et al. (2014), as práticas de educativas são constituídas em espaços de encontros com o outro, sendo este portador de diferentes culturas, saberes e conhecimentos, dos quais devem ser

levados em consideração, buscando romper com a concepção ainda muito utilizada da biomedicina contemporânea de educação em saúde como transmissão de informações sem interação de pensamentos e troca de saberes, que pouco contribui para a autonomia dos sujeitos.

Com isso, vemos que é necessário a construção de práticas que disseminem o saber não pela imposição, pelo controle ou pelo disciplinamento acrítico, mas pela ampliação da compreensão dos fatores envolvidos no ser/estar/sentir-se saudável. A metodologia para a realização de uma prática educativa é eleita a partir das concepções de conhecimento, educação e dos sujeitos que integram a relação na ação educativa. Essas concepções evidenciam a forma como se entende a educação, ainda que de forma automática, e definem o processo de acordo com o qual se organizam e se desenvolvem as situações educativas (GAZZINELLI et al., 2015).

Além das atividades educativas, outro meio eficaz para redução de quedas e melhora do estado de saúde é a realização regular de exercícios físicos, principalmente envolvendo treino de equilíbrio, marcha e fortalecimento muscular. Lopes et al., (2007) ressaltam que, as quedas podem ser minimizadas também com a prática de exercícios físicos a qual melhora a saúde, estimula a força muscular e melhor desempenho nas Atividades de Vida Diária (AVD's) proporcionando, sociabilização levando a uma maior independência, autonomia e qualidade de vida do idoso.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

Levando em consideração o aumento da expectativa de vida do brasileiro e de idosos em atendimento pelos cursos da FCM-PB, foi construído o projeto voltado para a atenção a pessoa idosa, respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o estatuto do idoso, referente à pesquisa com seres humanos e os direitos de privacidade do idoso. Este projeto tem como objetivo principal promover a qualidade de vida dos idosos por meio de um cuidado integral e interdisciplinar, por meio de atividades de educação em saúde e prática regular de exercícios físicos e funcionais a fim de prevenir eventos de quedas. O mesmo possui encontro semanal (presencial) de 04 horas e 06 (semipresencial) horas voltados para planejamento, pesquisa e elaboração de atividades científicas.

Dentre as várias atividades realizadas no primeiro semestre do projeto, destacou-se a roda de conversa sobre quedas e a prática do circuito funcional. Com isso, os alunos extensionistas junto aos docentes, planejaram e executaram esta ação dentre as várias atividades práticas do projeto.

A atividade ocorreu no mês de Setembro de 2016, na sala de prática corporal do curso de Fisioterapia da FCM-PB, com duração de aproximadamente 2 horas. Participaram da atividade os quatro docentes, 10 extensionistas dos cursos de medicina e fisioterapia e 15 idosos de ambos os sexos. Os alunos aplicaram a escala de Tinetti, de forma individual em sala reservada, com boa iluminação e climatizada, a

fim de avaliar o risco de quedas dos participantes.

Cada avaliação durou no máximo 10 minutos e encaminhados para a verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca). Após a avaliação de todos os idosos, os alunos de medicina iniciaram a roda de conversa com os participantes, os quais foram questionados sobre a ocorrência do episódio de quedas entre eles, introduzindo a discussão sobre o seu conceito, causas, fatores de riscos e associados, consequências, formas de prevenção e situações mais comuns entre os idosos.

Após a troca de informações entre os envolvidos, os alunos de fisioterapia iniciaram a atividade envolvendo exercícios para prevenção de quedas, com foco na funcionalidade, equilíbrio, coordenação e força muscular de membros inferiores. O circuito envolveu a seguinte sequência: aquecimento (8 minutos); alongamento global (10 minutos); exercícios resistidos (10 minutos) e relaxamento com massagem em dupla (10 minutos).

IMPACTOS

Após a realização das atividades descritas anteriormente, observou-se que os idosos participaram da roda de conversa, dialogando e trocando experiências com os docentes e alunos, por meio dos relatos próprios e de familiares sobre episódios de quedas, seus fatores e suas consequências. Ainda foi permitido avaliar o domínio e a habilidade de conduzir a discussão por parte dos alunos de medicina, por meio de uma linguagem simples e de acordo com o público, mediando às conversas e relatos de cada idoso participante.

Outro aspecto que chamou a atenção foi a incidência elevada de quedas nestes idosos, apesar de serem ativos e na maioria das atividades de vida diária, serem independentes. O que demonstra a importância deste projeto.

Quanto à informação sobre o tema, os idosos demonstraram entendimento e vivência sobre o assunto, ou por vivenciarem esta situação na sua vida cotidiana ou por já terem lido sobre algo em outros espaços de cuidado. Segundo os relatos de alguns idosos, foi possível identificar que o próprio domicílio é o principal ambiente de risco de quedas, principalmente o banheiro, devido ao piso escorregadio e molhado. Através destes relatos, os alunos de medicina puderam direcionar o diálogo para as medidas de prevenção, focando na importância do piso antiderrapante, iluminação adequada, barra de apoio dentro do box do banheiro e tapetes com aderência ao solo.

Alguns idosos apresentaram dificuldades em realizar os exercícios de equilíbrio associado à dupla tarefa durante o circuito funcional, demonstrando a importância de adotar exercícios de concentração e memória na sua prática cotidiana.

CONCLUSÃO

Os projetos de extensão na graduação permitem aos discentes uma ampliação do seu olhar para o cuidado do outro e das suas necessidades, possibilitando ainda uma visão integral do atendimento, com diferentes abordagens em equipe. Assim, gera um intercâmbio de experiências docente, discente e comunidade, proporcionando à elaboração e socialização de saberes científicos relacionados ao envelhecimento humano.

Sendo assim, é primordial a análise das necessidades do público onde os envolvidos irão atuar, com determinação de um planejamento e um plano de ação a fim de direcionar as atividades por parte de toda a equipe interdisciplinar, atuando juntos, em busca de uma melhor qualidade de vida dos idosos.

As atividades de educação em saúde nos espaços de cuidado proporcionam informação, trocas e conseqüentemente, mudanças de comportamentos saudáveis e que beneficiem a sua saúde. Bem como, empodera o indivíduo sobre seus deveres e a sua participação do seu modo de cuidar e promover o seu bem-estar.

A partir desta atividade foi possível avaliar vários aspectos como: risco de quedas por meio da escala de Tinetti, (equilíbrio e marcha); os conhecimentos sobre o tema por parte dos idosos e suas experiências; situações de quedas e avaliação funcional por meio do circuito de exercícios. Direcionando novas demandas por parte dos docentes e alunos para o público alvo, em busca de uma melhor qualidade de vida e independência nas atividades funcionais e cotidianas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. **Séries Pactos pela Saúde 2006**, Brasília; v. 12; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

CUNHA, A.Z.S. et al. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Espaço para Saúde**, v.15, n. 4, p. 64-75, 2014.

FERRETTI, F. et al. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. **Revista de saúde pública**, v. 16, n. 6, p. 807-820, 2014.

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface**. v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FREITAS, E. V et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GAZZINELLI, M.F. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 2, p. 284-291, 2015.

LOPES, M. C. L et al. Fatores Desencadeantes de Quedas no Domicílio em uma Comunidade de Idosos. **Rev. Cogitar e Enferm**, v. 12, n. 4, p. 472-7, 2007.

- MESSIAS, M.G.; NEVES, R. F. A Influência de Fatores Comportamentais e Ambientais Domésticos nas Quedas em Idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 12, n.2, p. 275- 282, 2009.
- MOITA, F. M. G. S.; ANDRADE, F. C. B. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Fundamentação da Educação. **Revista Brasileira de Educação**. v. 14, n. 41, 2009.
- NICOLUSSI, A. C et al. Qualidade de Vida em Idosos que Sofreram Quedas: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 723- 730, 2012.
- PERRACINI, M.R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.6, p.709-16, 2002.
- RIBEIRO, A et al. A Influência das Quedas na Qualidade de Vida de Idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.4, 2008.
- SAAD, P. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. **ABEP – Associação Brasileira de estudos Populacionais**. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/series/article/viewFile/71/68>, Acesso em 08 mar. 2018.
- SILVEIRA, J.L.G.C., RODRIGUES, K. F., I; SHISHIDO, M.; MORAES, P. Pesquisa e Extensão em Saúde e a Aprendizagem nos Níveis Cognitivo e Afetivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.39, n.4, p. 550-557, 2015.

ENVELHECIMENTO ATIVO E PRÁTICAS DE VIDA SAUDÁVEL NA PRAÇA

Thyalli Ferreira de Souza Nascimento

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Ana Rafaela de Almeida Gomes

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Camila Carneiro da Cunha Amorim

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Daiane Trindade Dantas

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Fernanda Sousa Dantas

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Valeska Christina Sobreira de Lyra

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Meryeli Santos de Araújo Dantas

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

RESUMO: As mudanças nas taxas de mortalidade e fecundidade do país corroboraram para o envelhecimento da população brasileira. Este processo provocará uma elevação das demandas sociais e econômicas de forma global visto as modificações na pirâmide etária da população. Dessa forma faz-se necessário

estratégias que vislumbram promover uma melhor qualidade de vida aos indivíduos. Levando em consideração o envelhecimento populacional e a preocupação das políticas públicas em estimular hábitos de vida saudável, o presente estudo objetivou descrever o perfil de idosos participantes do projeto João Pessoa Vida Saudável durante os meses de março a maio do ano de 2016. A amostra do estudo foi composta por 33 idosos de ambos os sexos que participavam das atividades físicas na referida praça, onde foram entrevistados utilizando um questionário de perguntas objetivas referentes aos aspectos sócio-demográficos e clínicos dos indivíduos. A média ponderada da idade dos idosos participantes da pesquisa foi de 66,8 anos; com a prevalência do sexo masculino. Quanto aos aspectos clínicos destaca-se a presença já instalada de doenças crônicas não-transmissíveis evidenciando a hipertensão arterial e diabetes mellitus. No tocante dos tratamentos dessas enfermidades crônicas, os idosos destacaram o usos de fármacos e a práticas de exercícios físicos, ambas estratégias políticas de governo para o aumento da longevidade e promoção de bem-estar. Diante estudo, constata-se a busca da população por hábitos de vida mais saudáveis e a relevância das políticas públicas neste contexto. É sugerido a realização de novas pesquisas para melhor conhecimento da população idosa frente ao

cenário atual do país.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Integral à Saúde; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para os Idosos; Envelhecimento Saudável; Fisioterapia.

ABSTRACT: The changes in the country's mortality and fertility rates corroborated the aging of the Brazilian population. This process will provoke a rise on social and economic demands in a global way, given the changes in the age pyramid of the population. In this way, it is necessary to have strategies that aim to promote a better quality of life for individuals. Taking into account the aging of the population and the concern of public policies in stimulating healthy living habits, the present study aimed to describe the profile of senior citizens participating in the João Pessoa Healthy Living project during the months of March to May 2016. The study sample consisted of 33 elderly people of both sexes who participated in the physical activities in said place, where they were interviewed using a questionnaire of objective questions regarding the socio-demographic and clinical aspects of the individuals. The weighted mean age of the elderly participants in the study was 66.8 years; with the prevalence of males. Regarding clinical aspects, the presence of chronic non-transmissible diseases hypertension and diabetes mellitus. Concerning the treatments of these chronic diseases, the elderly emphasized the use of drugs and physical exercise practices, both government policy strategies for increasing longevity and promoting well-being. The study shows the search of the population for healthier lifestyles and the relevance of public policies in this context. It is suggested to carry out new research to better understand the elderly population in the current scenario of the country.

KEYWORDS: Comprehensive Health Care; Healthy Aging; Health of the Elderly; Health Services for the Aged; Healthy Aging; Physical Therapy Specialty.

1 | INTRODUÇÃO

A população brasileira vem sofrendo nas últimas décadas transições decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade. Essas mudanças fizeram com que a população sofresse uma transição demográfica, em que se iniciou com a redução da mortalidade e a seguir da fecundidade. Isso levou a um envelhecimento da população (LEBRÃO, 2007).

De uma população dominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, atualmente, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). A transição demográfica acarreta a transição epidemiológica, o que significa que o perfil de doenças da população muda de modo radical, pois teremos que aprender a controlar as doenças dos idosos, que são predominantemente doenças crônicas (NASRI, 2008).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. Essas modificações determinam a progressiva perda

da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo à morte (PAPALÉO NETTO, M; CARVALHO FILHO, E. T; SALLES, R. F. N., 2006.)

Como uma de suas consequências, o envelhecimento traz a diminuição gradual da capacidade funcional, a qual é progressiva e aumenta com a idade. Assim, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/ incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária. Tais dificuldades são ocasionadas pelas limitações físicas e cognitivas, de forma que as condições de saúde da população idosa podem ser determinadas por inúmeros indicadores específicos, entre eles a presença de déficits físicos e cognitivos (CUNHA, U. G. V; GUIMARÃES, R. M., 2004; FREITAS, E. V. et al., 2006).

O aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em contrapartida às doenças infecciosas e de causas externas, caracteriza o processo de transição epidemiológica, ocorrido primeiramente nos países desenvolvidos e que vem ocorrendo de maneira rápida no Brasil a partir da década de 1960. O predomínio de algumas dessas doenças eleva-se a partir dos 60 anos, ressaltando-se: a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas, a doença cerebrovascular, as neoplasias e doenças osteoarticulares (CAMPOLINA et al., 2013).

Segundo Miranda, Mendes e Silva (2016), essas alterações têm ocorrido precipitadamente, o que exige uma resposta rápida e adequada que não se concretizará sem a intervenção do Estado por meio da implantação e implementação de políticas públicas fundamentais, tendo em vista que o envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social.

Para que a pessoa idosa possa levar uma vida com independência e autonomia é imprescindível a manutenção da capacidade funcional, esta pode ser conceituada como a manutenção da capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Conseguir realizar as ABVD, para a pessoa idosa, significa algo cotidiano e indispensável para a sua sobrevivência, mantendo-o envolvido na execução dos afazeres domésticos e no gerenciamento dos cuidados com a própria saúde (FERREIRA et al., 2012).

Como estratégia para melhorias no âmbito da saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) assumiu em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) com o intuito de promover uma organização ao modelo de saúde através da Atenção Básica. Logo, a Estratégia de Saúde da Família busca a proteção e promoção de saúde utilizando uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários.

Dando continuidade a este processo de melhorias, em 2005 o MS ampliou a Atenção à Saúde da Família por meio da criação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NASF) objetivando expandir a integralidade e a resolutividade

através do trabalho interprofissional. Dentre os profissionais inseridos ao NASF, dependendo da necessidade do território, está o fisioterapeuta obtendo uma nova perspectiva de atuação, focada nas práticas de prevenção e promoção e não restrita aos procedimentos de reabilitação, ao contrário do que tem predominado nas ações deste segmento profissional (AVEIRO, 2011).

Vislumbrando incentivar práticas saudáveis, foi criado pelo Ministério da Saúde, o programa Academia da Saúde, lançado em 2011. Ele consiste em uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia da Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Vigilância em Saúde.

A Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP), por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com a Secretaria de Juventude, Esporte e Recreação (Sejer) e Secretaria de Educação (Sedec) desenvolve o projeto João Pessoa Vida Saudável, que tem como objetivo promover a saúde, proporcionar ganhos na confiança, melhorar a autoestima das pessoas através dos exercícios físicos e ampliar a assistência preventiva no cuidado da saúde da população pessoense. Logo, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil de idosos participantes do projeto João Pessoa Vida Saudável durante os meses de março a maio do ano de 2016.

2 | METODOLOGIA

2.1 Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza transversal, com abordagem quantitativa possibilitando aos pesquisadores identificar aspectos do envelhecimento ativo e práticas de vida saudável de idosos em uma praça pública. O estudo foi caracterizado no tipo denominado exploratório-descritivo, já que para Gil (2010), o estudo descritivo tem como objetivo descrever características de determinada população, fenômeno ou determinar relação entre variáveis.

2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Praça da Paz localizada na rua Empresário João Rodrigues Alves na principal dos Bancários, no município de João Pessoa – PB. A Praça da Paz consta com duas quadras de vôlei, dois mini-campos de futebol, passarelas, caixa de areia e parquinho, pista de skate, palco para eventos, calçada de contorno e um anfiteatro, além da implantação de toda parte de iluminação pública ornamental e

de jardinagem, replantio e poda de árvores. Oferece a população em parceria com a Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP) o Projeto João Pessoa Vida Saudável, com várias atividades supervisionadas por profissionais de Educação Física.

2.3 População e amostra

A amostra foi do tipo não probabilística por acessibilidade, com 33 idosos de ambos os sexos que participavam das atividades físicas na referida praça. As entrevistas foram realizadas nos turnos matutino e vespertino conforme a disponibilidade do idoso e do pesquisador participante.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram idosos com idade ≥ 60 anos que frequentavam o local no mínimo 2 vezes por semana, que apresentavam interesse em participar do estudo.

Foram excluídos aqueles com dificuldade de compreensão e comunicação; que não frequentavam as atividades periodicamente e aqueles participantes que se recusaram a assinar previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.5 Instrumentos e metodologia da coleta de dados

Inicialmente foi realizada uma entrevista com um questionário semi-estruturado contendo variáveis que englobavam aspectos sócio-demográficos e clínicos dos indivíduos pesquisados. Posteriormente a coleta, os dados quantitativos obtidos foram analisados e dispostos em gráficos por meio do programa Word2013.

2.6 Aspectos éticos

Atendendo a resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, todos os sujeitos da pesquisa foram informados de forma clara sobre os objetivos e finalidades da pesquisa ficando claro o sigilo de suas identidades, e que seriam divulgados apenas dados relevantes ao estudo em questão com finalidade restritamente científica, cientes disso, idosos que concordaram em participar, expressaram seu desejo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante a realização das entrevistas com amostra equivalente a 33 idosos, onde 46% (n= 14) indivíduos correspondiam ao sexo feminino e 54% ao sexo masculino (n=19), e média ponderada da idade igual a 66,8 anos, como mostra a figura 01.

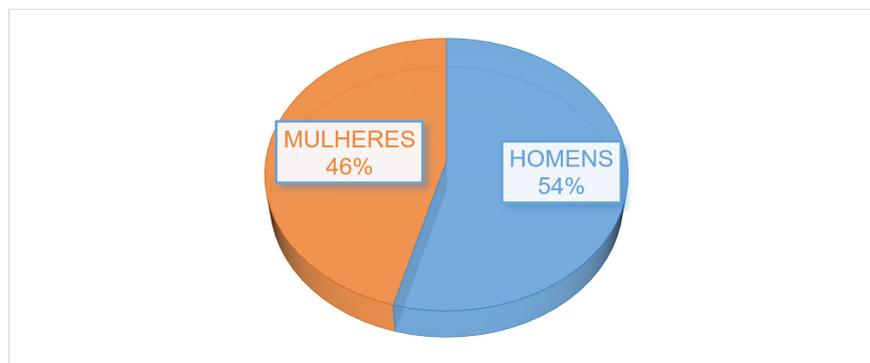


Figura 01: VARIÁVEL SEXO ENTRE OS IDOSOS ENTREVISTADOS QUE REALIZAVAM PRÁTICAS SAUDÁVEIS NA PRAÇA ENTRE OS MESES DE MARÇO A MAIO DO ANO DE 2016 EM JOÃO PESSOA.

Fonte: dados da pesquisa (2016).

Levando em consideração os resultados obtidos nesta pesquisa, existe uma oposição aos achados do estudo de Carvalho (2017), onde observou-se uma prevalência do sexo feminino explicada pela maior participação de programas voltados a saúde e ao fenômeno de feminização da velhice.

No tocante das patologias relatadas nas entrevistas (fig. 03), destacou-se as doenças crônicas não-transmissíveis, a exemplo da hipertensão arterial (n=23) e a diabetes mellitus tipo 2 (n=17), além de outros agravos à saúde como problemas relacionados a reumatologia (n=6) e neoplasias (n=2). Esse cenário pode ser compreendido como consequências dos fatores de riscos presentes na amostra do estudo.

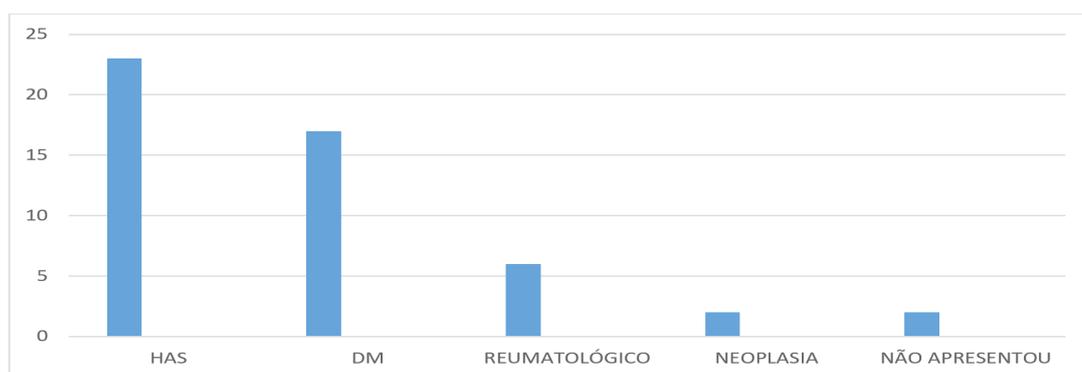


Fig. 03: PATOLOGIAS PREVALENTES NOS IDOSOS DA PESQUISA QUE REALIZAVAM PRÁTICAS SAUDÁVEIS NA PRAÇA ENTRE OS MESES DE MARÇO E MAIO DO ANO DE 2016 EM JOÃO PESSOA.

Fonte: dados da pesquisa (2016).

Esse perfil concorda com a tese de Costa, Rocha e Oliveira (2012), onde afirma que a expectativa de vida no Brasil é acompanhado por modificações no perfil de saúde de sua população e predomínio de doenças crônicas, com limitações funcionais, incapacidades e maiores gastos e desafios para o sistema de saúde. Com essa elevação, a capacidade de desfrutar um estilo de vida ativo e independente na velhice dependerá, em grande parte, da manutenção do nível pessoal de aptidão física das

pessoas.

Diante dos fatores de risco referidos nas entrevistas como hipercolesterolemia, tabagismo, etilismo e sedentarismo, colaborando para o aparecimento de agravos à saúde tal como a hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM). Estudo sobre a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos mostrou que continuam altas as prevalências de alguns dos principais fatores de risco, como HAS, inatividade física, hipercolesterolemia e dieta inadequada. Ademais, é necessário levar em consideração que a diabetes mellitus está relacionada a diversos fatores como as complicações vasculares e neuropáticas, dessa forma, podendo acarretar incapacidade funcional. (ALVES et al. 2007).

Em relação às medidas de controle, os idosos hipertensos e diabéticos do estudo afirmaram que fazem uso de medicamentos sob prescrição médica disponibilizados no programa de farmácia popular, mesmo com algumas dificuldades para obtenção.

Quanto as atividades físicas que os idosos relataram realizar destaca-se as atividades na praça, seguida de caminhada e academia, como mostra a fig. 02.

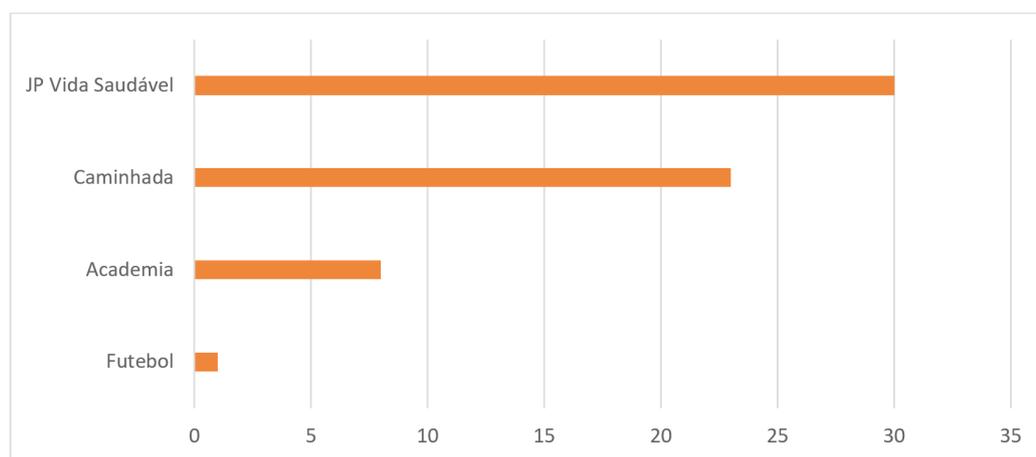


Fig. 02: ATIVIDADES REALIZADAS PELOS IDOSOS DA PESQUISA QUE REALIZAVAM PRÁTICAS SAUDÁVEIS NA PRAÇA ENTRE OS MESES DE MARÇO A MAIO DO ANO DE 2016 EM JOÃO PESSOA.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Estudo de Vicente; Santos (2013) sobre a avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos afirmam que para as pessoas terem qualidade de vida ao envelhecer é preciso que haja cada vez mais investimentos pessoais e oferta de serviços que atendam às demandas desse segmento da população.

Vale salientar que os dados obtidos seguem a tendência do estudo realizado por Locks (2017), onde o mesmo verificou os efeitos de atividades físicas com idosos que realizaram duas vezes por semana, caminhada e exercícios resistidos para membros inferiores durante 12 semanas. Foi concluído que a associação do treinamento aeróbico e resistido, em apenas quatro semanas, promoveu adaptações cardiovasculares eficientes na redução da pressão arterial sistólica e diastólica.

Os benefícios provocados pela prática de exercícios físicos pelas pessoas

idosas têm sido estudados pela comunidade científica, destacando aqueles que atuam na melhora da capacidade funcional, equilíbrio, força, coordenação e velocidade de movimento, contribuindo para uma maior segurança e prevenção de quedas entre as pessoas idosas (MAZO ET AL., 2007).

Outro achado relevante do estudo diz respeito a ausência do fisioterapeuta durante as atividades de práticas saudáveis na praça. Esse fator pode ser reconsiderado, visto que este profissional da saúde é habilitado para a realização da avaliação cinético-funcional, identificando as necessidades, precauções e contraindicações de cada indivíduo frente sua condição. Ademais, a fisioterapia atua na saúde do idoso através de orientações posturais, exercícios físicos globais específicos, estimulação cognitiva com cores e atividades de dupla-tarefa, realizados individualmente ou em grupo, sendo medidas primárias na abordagem do envelhecimento, podendo estar incluso da equipe que atua na praça.

Diante essa afirmativa, existe uma concordância com Costa, Rocha e Oliveira (2012) onde dizem que a fisioterapia é uma das profissões da área de saúde imprescindível para uma atenção ampla e integral ao idoso no sistema de saúde, uma vez que, pode atuar no âmbito da atenção primária, secundária ou terciária da saúde. O encaminhamento preventivo melhora a capacidade funcional, diminui a prescrição de medicamentos, melhorando a qualidade de vida destes indivíduos.

No tocante da saúde do idoso, a involução motora decorrente do processo de envelhecimento bem como as disfunções e doenças são vistas como causas da dificuldade ou incapacidade dos indivíduos. Os modelos médicos sugerem que as enfermidades levam, progressivamente, o indivíduo a um prejuízo das funções básicas, às limitações funcionais e, finalmente, à incapacidade de manter-se equilibrado.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender que o aumento da população idosa gera a necessidade de se desenvolverem meios para melhor atender às dificuldades dessa população, pois o envelhecimento está associado à incapacidade funcional e a dependência. Diante disso o envelhecimento ativo proporciona ao idoso melhor qualidade de vida, visando à eliminação de fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional. Portanto, deve-se levar em conta que esta capacidade funcional depende também de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, além do estilo de vida.

O estudo foi de grande importância porque proporcionou aprofundar os conhecimentos específicos nessa área, além de descrever o perfil de idosos participantes do projeto João Pessoa Vida Saudável, o que pode ser importante para que o fisioterapeuta junto a equipe multiprofissional trace estratégias para atuar junto a essa equipe minimizando complicações decorrentes de fatores associados e gerem maior qualidade de vida a criança e família.

Reconhecemos os limites deste estudo e salientamos a necessidade da realização de novas pesquisas que abordem a temática a fim de garantir um maior aprofundamento a respeito das questões inerentes ao tema. Esperamos que essa pesquisa possa contribuir para prática assistencial dos profissionais de saúde, notadamente ao fisioterapeuta como membro dessa equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1924-1930, 2007.
- AVEIRO, Mariana Chaves et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1467-1478, 2011.
- CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.
- COSTA, Mayara; ROCHA, Leonardo; OLIVEIRA, Suenny. **Éducation** pour la santé: stratégie de promotion de qualité de vie des personnes âgées. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, n.22, pp.123-140, 2012.
- DE CARVALHO, Dilma Aurélia et al. Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 25, n. 1, p. 29-40, 2017.
- DE VITTA, Alberto; NERI, Anita Liberalesso; PADOVANI, Carlos Roberto. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. **Salusvita**, v. 25, n. 1, p. 23-34, 2006.
- FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto enferm**, v. 21, n. 3, p. 513-8, 2012.
- FORMIGA, Laura Maria Feitosa et al. Envelhecimento ativo: revisão integrativa. **REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS E SAÚDE-RICS**, v. 4, n. 2, 2018.
- FREITAS, E. V. et al. Gorzoni MI. Tratado de Geriatria e Gerontologia [Treatise on Geriatrics and Gerontology]. 2ª edição. 2006.
- LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 135-140, 2007.
- LOCKS, Rafaella Ribas et al. Efeitos do treinamento aeróbio e resistido nas respostas cardiovasculares de idosos ativos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 3, 2017.
- MAZO, GZ. LIPOSCKI, DB. ANANDA, C. PREVÊ, D. Condições de Saúde, Incidências de Quedas e Nível de Atividade Física dos Idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 6, p. 437-442, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica**: Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php>.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**,

Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v.06, n.01, p.01-06, 2008.

PAPALÉO NETTO, Matheus; CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; SALLES, Renata Freitas Nogueira. Fisiologia do envelhecimento. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**, v. 2, p. 94-117, 2006.

PEREIRA, Janaina Caldeira; BARRETO, Sandhi Maria; PASSOS, Valéria Maria A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 1, p. 1-10, 2008.

PREFEITURA DE JOÃO PESSOA. **Projeto João Pessoa Vida Saudável**: Academias da Saúde. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/projeto-joao-pessoa-vida-saudavel/>>. Acesso em: 28 de março de 2016.

VICENTE, Fernanda Regina; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos; **Avaliação Multidimensional dos Determinantes do Envelhecimento Ativo em Idosos** de um Município de Santa Catarina. 2012. 149f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013.

PERFIL DO ENSINO SUPERIOR EM FISIOTERAPIA: A QUALIDADE, A QUANTIDADE E A DISTRIBUIÇÃO DOS CURSOS PELO BRASIL

Ana Lúcia de Jesus Almeida

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente - SP

Cristina Senson Pinto de Andrade

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente - SP

Renilton José Pizzol

Universidade Estadual Paulista – UNESP,
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Departamento de Fisioterapia
Presidente Prudente - SP

RESUMO: Os cursos de graduação em Fisioterapia tiveram um crescimento lento no princípio e exponencial a partir de 1998. Esse crescimento e o aumento no número de profissionais provocou a necessidade de acompanhar a qualidade no processo de formação, sendo criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). O objetivo deste estudo foi identificar e mapear os cursos de graduação em Fisioterapia, fomentando o debate sobre os vazios e excessos na oferta e qualidade no Brasil. Foi realizada uma análise documental descritiva dos dados através do e-MEC e de publicações do Instituto

Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) levando em consideração os períodos de 1969 a 2016. Em relação ao número de cursos de graduação, em 1969 havia 6 e em 1997 havia 80 cursos. De 1998 até 2016 passou de 115 para 606, um crescimento de 427%, com concentração na regiões sul e sudeste, principalmente no estado de São Paulo (175) que disponibiliza a maior quantidade de vagas (39.376) das 115.901 oferecidas no Brasil, predominantemente no sistema privado de educação. A análise da qualidade do ensino pela nota do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) demonstra que dos 715 cursos avaliados apenas 23 alcançaram nota 5 e 331 (46%) cursos ficaram sem nota. Conclui-se que há uma predominância do ensino privado, concentrado na região sudeste, mais especificamente no estado de São Paulo e de qualidade mediana (nota 3), com prejuízo na avaliação ENADE considerando a grande quantidade de cursos que não possuem nota.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Ensino Superior; ENADE; Georreferenciamento

ABSTRACT: The graduation courses in Physiotherapy had a slow growth in the beginning and exponential since 1998. This growth and the increase in the number of professionals caused the need to follow the quality in the training process, being created the National System of

Higher Education Assessment (SINAES). The objective of this study is to identify and map these institutions, fomenting the debate about the vacuums and excesses in the offer of courses and their quality by Brazil. A descriptive documentary analysis of the data was made through the e-MEC and publications made by the National Institute of Educational Studies and Research Anísio Teixeira (INEP) taking into account the periods from 1969 to 2016. In relation to the number of undergraduate courses, in 1969 had 6 and in 1997 there were 80 courses. From 1998 to 2016, it increased from 115 to 606 courses, a growth of 427%, with concentration in the south and southeast, mainly in the state of São Paulo (175 courses), which offers the largest number of vacancies (39.376) out of 115.901 offered in Brazil. The analysis of the quality of teaching in the note of the National Examination of Student Performance (ENADE) shows that of the 715 courses evaluated, only 23 reached grade 5 and 331 (46%) courses were left unmarked. It is concluded that there is a predominance of private education, concentrated in the southeast region, more specifically in the state of São Paulo and of medium quality (note 3), with a loss in the ENADE evaluation considering the large number of courses that do not have a grade.

KEYWORDS: Physiotherapy; College; Georeferencing.

1 | INTRODUÇÃO

A Fisioterapia foi regulamentada como profissão de nível superior através do decreto nº 938, datado de 13 de outubro de 1969. O artigo 3º deste decreto resume a função do fisioterapeuta aos atos de executar métodos e técnicas a fim de restauração, desenvolvimento e conservação de capacidades físicas do indivíduo (BRASIL, 1969). Para Barros (2003, p. 1) uma definição possível da profissão do fisioterapeuta é:

“(...) um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional que cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças, sendo portanto, seu principal objeto de trabalho a saúde funcional”.

Historicamente a profissão surgiu no país a partir de 1929 com a criação do curso técnico na cidade do Rio de Janeiro e na Santa Casa de Misericórdia em São Paulo (PEREIRA & ALMEIDA, 2006; ALMEIDA & GUIMARÃES, 2009). Sua existência tem relação com a incidência de acidentes de trabalho vividos no processo de industrialização brasileira e a existência de um grande número de pessoas portadoras de sequelas de poliomielite, momento em que foi necessário repensar os métodos e técnicas curativos, os quais tornaram-se o principal objeto da Fisioterapia (PEREIRA & ALMEIDA, 2006; ALMEIDA & GUIMARÃES, 2009; BISPO JÚNIOR, 2009). Essas práticas instituídas no campo da reabilitação foi o lugar onde a profissão obteve seu espaço e reconhecimento, e também onde o ensino se apoiou e cresceu (BRASIL, 1996; ALMEIDA & GUIMARÃES, 2009).

A profissão ainda é considerada recente, com apenas quarenta e nove anos de regulamentação. O crescimento de instituições de ensino de Fisioterapia percorreu um caminho lento entre as décadas de 1970 e 1980, tendo iniciado com 6 cursos e em 1984 estavam estabelecidos 22 cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil, sendo a maior parte em instituições de ensino públicas.

Bispo Júnior (2009) aponta que uma das principais causas que explicam o crescimento inicial lento foi processo vivenciado no período da ditadura militar. Segundo Barros (2003), esse período causou um retrocesso nos programas direcionados a saúde pública e beneficiaram a iniciativa privada. Além disso, havia pouco conhecimento populacional acerca da função e dos benefícios da Fisioterapia, favorecendo a lentidão. Sem tantas mudanças, em 1995 o número de escolas com formação em Fisioterapia eram 63, no entanto, a partir desse período obteve um crescimento maior devido a aprovação pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB) em 1996, que entre outras coisas dá maior autonomia para as instituições universitárias abrirem novos cursos no país (HADDAD, 2006; ALMEIDA & GUIMARÃES, 2009; BISPO JÚNIOR, 2009).

A partir do marco da LDB e a maior popularidade da profissão tornou-se evidente o crescente número de vagas em Fisioterapia nas instituições de ensino, principalmente, nas instituições privadas. Assim, em 2004 o número de cursos autorizados pelo MEC saltou para 339 (BRASIL, 1996; ALMEIDA & GUIMARÃES, 2009).

Segundo os dados do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) foram contabilizados 360 cursos em 2013, dentre os quais 314 eram em instituições privadas de ensino, correspondendo a 87,2% dos cursos e, em 2015, estavam registrados 560 cursos (INEP, 2013; INEP, 2016; INEP, 2017).

O grande número de instituições formadoras e o aumento do número de profissionais de nível superior foi exigindo um maior acompanhamento da qualidade no processo de formação, inclusive para identificar se a formação de profissionais da saúde atendia as demandas por recursos humanos para o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), já que no Brasil cabe ao SUS regular a formação de recursos humanos na área da saúde.

Essa característica contribuiu para que o MEC, juntamente com o Ministério da Saúde (MS) estimulasse mudanças na educação dos profissionais de saúde, concretizadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde que vão ao encontro de atender as necessidades do SUS em relação ao perfil da formação desses profissionais (CECCIM & FEUERWERKER, 2004; ALMEIDA & GUIMARÃES, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, publicada em 10 de dezembro de 2001, orienta que os currículos devam:

“(...) construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de

atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira” (BRASIL, 2001, p.4).

E ainda, aponta que o objetivo do currículo deveria:

“Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (BRASIL, 2001, p.4).

Em relação ao processo de formação, a Constituição Nacional diz que na educação superior, tanto as instituições públicas quanto as privadas, devem cumprir a Lei de Diretrizes e Bases, onde são autorizadas pelo MEC para seu funcionamento, estabelecendo prioridades a fim de buscar uma maior qualidade no ensino, cabendo a União realizar esse último processo. Para isso, em 1993, o MEC implementou o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras (PAIUB), enquanto uma ferramenta que contribuiria com a qualificação dessas instituições.

O PAIUB se configurava como uma auto avaliação institucional, que seria somada a avaliação de todas as dimensões da instituição, completando-se com a avaliação externa. Houve também o Exame Nacional de Cursos (ENC), popularmente conhecido como “Provão”, para avaliar os alunos que estariam concluindo a sua graduação (MACEDO et al, 2005).

Em 2003, avançando nesse processo de avaliação, o MEC criou o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), que tornou-se lei com o objetivo de assegurar essas avaliações e analisar o desempenho acadêmico dos discentes (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

De acordo com o art. 1º, o SINAES tem por propósito:

“(…) a melhoria da qualidade da educação superior, a orientação da expansão da sua oferta, o aumento permanente da sua eficácia institucional e efetividade acadêmica e social e, especialmente, a promoção do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das instituições de educação superior, por meio da valorização de sua missão pública, da promoção dos valores democráticos, do respeito à diferença e à diversidade, da afirmação da autonomia e da identidade institucional” (INEP, 2013, p.6).

Atualmente o SINAES é utilizado como ferramenta de avaliação das instituições incluindo aspectos como a infraestrutura e gestão dos cursos, englobando o corpo docente e o desempenho dos estudantes, disponibilizando ao público um panorama nacional do ensino superior (MACEDO et al, 2005; INEP, 2017).

Para o MEC os resultados do ENADE podem constituir dados fundamentais para o cálculo dos indicadores de qualidade da educação superior, sendo utilizados tanto para o desenvolvimento de políticas públicas quanto como fonte de consultas pela sociedade. O cálculo da nota da avaliação se dá pela média ponderada da prova padronizada realizada pelos concluintes dos cursos, nos campos de conhecimentos gerais da formação e específicos do curso, totalizando 40 questões, que após o resultado são transformados em uma nota que varia de 1 a 5, sendo 5 a melhor

avaliação possível (INEP, 2016), deixando claro que a nota do ENADE compõe uma parte da avaliação das instituições de ensino superior.

Como o próprio INEP divulga:

“Os resultados da avaliação realizada pelo SINAES subsidiarão os processos de regulação, que compreendem Atos Autorizativos e Atos Regulatórios (...). Se os cursos apresentarem resultados insatisfatórios, serão estabelecidos encaminhamentos, procedimentos e ações com indicadores, prazos e métodos a serem adotados. Essa iniciativa faz referência a um protocolo de compromisso firmado entre as Instituições de Ensino Superior e o MEC, que objetiva a superação de eventuais dificuldades” (INEP, 2017).

Ao acompanhar os resultados dessas avaliações, como por exemplo o ENADE, podemos visualizar a direção das instituições de ensino superior em relação a qualidade dos cursos de graduação em Fisioterapia no território nacional. Com o crescente número de cursos de graduação, tornam-se importantes estudos que apresentem um perfil e mapeamento dessas instituições e fomentem o debate sobre a qualidade e a oferta de cursos de Fisioterapia no Brasil.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

As informações do ano 2017 utilizadas neste estudo tiveram como fonte o banco de dados e-MEC, base de dados oficial e única utilizada pelo MEC para o acompanhamento de processos que regulam os cursos na educação superior no Brasil. As instituições de educação realizam os credenciamentos e recredenciamentos de seus cursos, e o MEC autoriza o processo de reconhecimento e renovação de cursos superiores em território nacional (BRASIL, 2017). Também foram utilizadas informações oriundas das publicações realizadas pelo INEP, levando em consideração o período de 1999 a 2016.

As informações obtidas no Sistema Nacional Avaliação da Educação Superior (SINAES) e pelo banco de dados do e-MEC foram organizadas e tabuladas em planilhas no programa Excel, utilizando as variáveis: Instituição, modalidade do curso, vagas autorizadas, localidade do curso e nota obtida no exame do ENADE. Neste estudo foram analisados os dados do ENADE no ano de 2016.

Também foi realizada a transformação desses dados em mapas temáticos, o que solicita a aplicação de técnicas de mapeamento e geoprocessamento para qualificar informações quantitativas produzindo uma análise espacial (SEMESP, 2016).

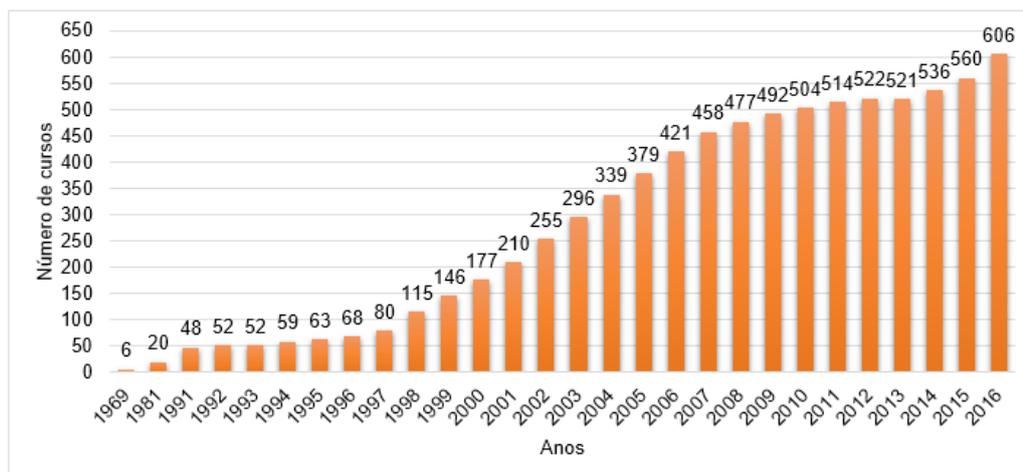
A cartografia considera os mapas como um meio de sistematização e comunicação de dados de natureza espacial, baseada em princípios tais como um sistema de signos (sinais ali designados a representar algo da realidade mapeada), a redução (o conceito de escala) e projeção (desenvolvimento da superfície da Terra em um plano). Os chamados mapas base são mapas construídos sobre bases cartográficas que possuem referenciais cartográficos e geodésicos, por meio da adição de novas informações sobre diferentes temas que neste caso foi, principalmente, dados dos

cursos de Fisioterapia por estado, região e Brasil (SEMESP, 2016).

Para elaborar os mapas de localização das instituições no Brasil, utilizamos os dados provenientes dos e-MEC e de publicações realizadas pelo INEP, levando em consideração o período de 2016. Foi necessário tabular os dados obtidos de forma a organizar as localidades das instituições analisadas em uma malha municipal digital do IBGE, que foi a base cartográfica para o desenvolvimento dos mapas com o programa QGIS. Além disso, foi elaborada uma análise descritiva das informações contidas nos mapas afim de ampliar e facilitar a análise dos dados.

3 | RESULTADOS

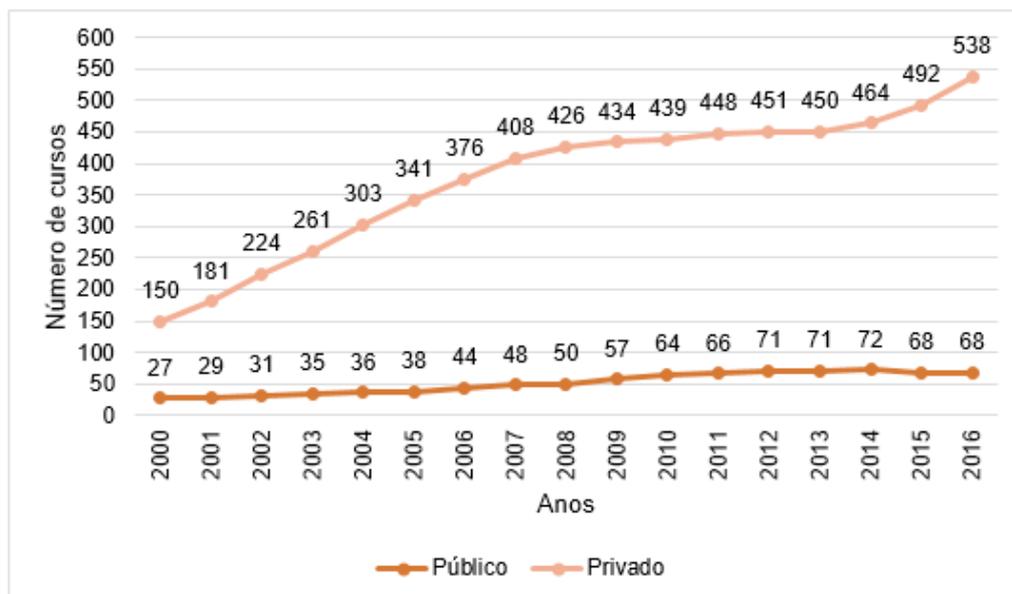
O número de cursos de graduação em Fisioterapia demonstrados no Gráfico 1 expõe o crescimento mais lento entre os anos de 1969 até 1997, partindo de 6 para 80 cursos. A partir de 1998 até 2016 apresentou um crescimento mais veloz, passando de 115 para 606 cursos de graduação, resultando em um crescimento percentual de 427% no período.



Fonte: ALMEIDA, 2008; INEP, 2000-2016.

Gráfico 1. Evolução do número de cursos de Fisioterapia nos anos de 1969 à 2016.

Em relação ao número de cursos de Fisioterapia dos anos de 2000 até 2016, dividindo-os em público e privado, o Gráfico 2 demonstra diferença existente ao longo dos anos.

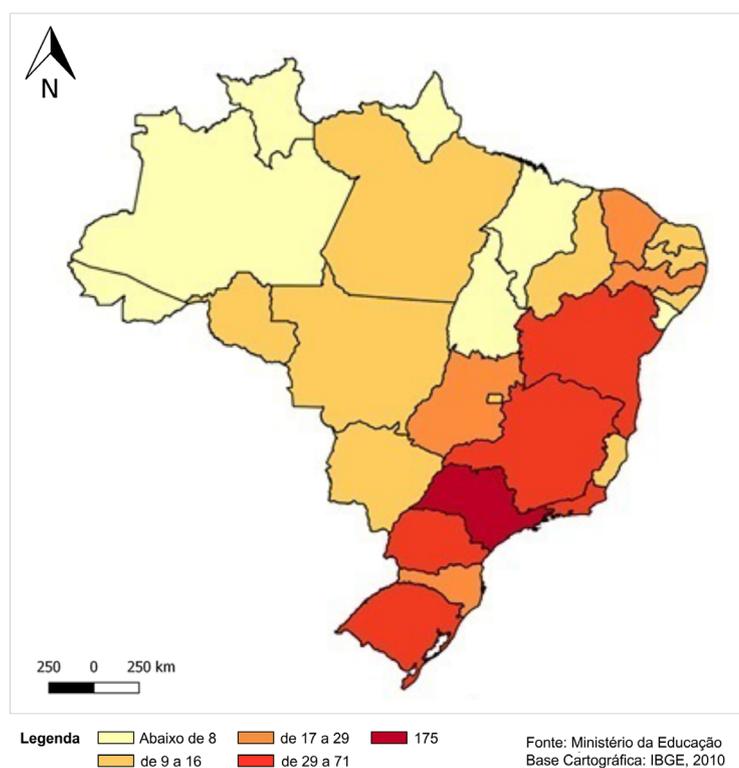


Fonte: INEP; MEC, 2000-2016.

Gráfico 2. Evolução do número de cursos de Fisioterapia nos anos de 1969 à 2016.

O Gráfico 2 demonstra que as instituições privadas têm um grande aumento a partir de 2007, enquanto que as instituições públicas mantêm um nível de crescimento estável, diminuindo apenas em 2015, em contraponto as instituições privadas que apresentam um crescimento crescente.

O Mapa 1 apresenta o número de instituições no Brasil por estados que oferecem o curso de Fisioterapia.



Mapa 1. Número de cursos de Fisioterapia no Brasil em 2016.

Observa-se que a maior concentração de cursos de graduação em Fisioterapia por estado forma uma faixa que se estende em diagonal do estado do Rio Grande do Sul até o estado da Bahia, sendo que São Paulo apresenta a maior concentração, com 175 cursos, seguido pelos estados de Minas Gerais (71), Rio de Janeiro (62), Bahia (51), Paraná (42) e Rio Grande do Sul (40), totalizando 715 no país, segundo o banco de dados do e-Mec, para o ano de 2016. A região norte foi a que demonstrou menores quantidades de instituições em seu território, apenas os estados do Pará e Rondônia obtiveram um número maior de instituições, sendo 12 e 10 respectivamente.

Na Tabela 1 apresenta o número de vagas para o curso de Fisioterapia oferecidas pelas instituições por estado, totalizando 115.901 vagas em 2016, sendo que São Paulo continua apresentando os maiores valores, com 39.376 vagas no total, seguido por Rio de Janeiro (10.683), Minas Gerais (8.139) e Bahia (7.821).

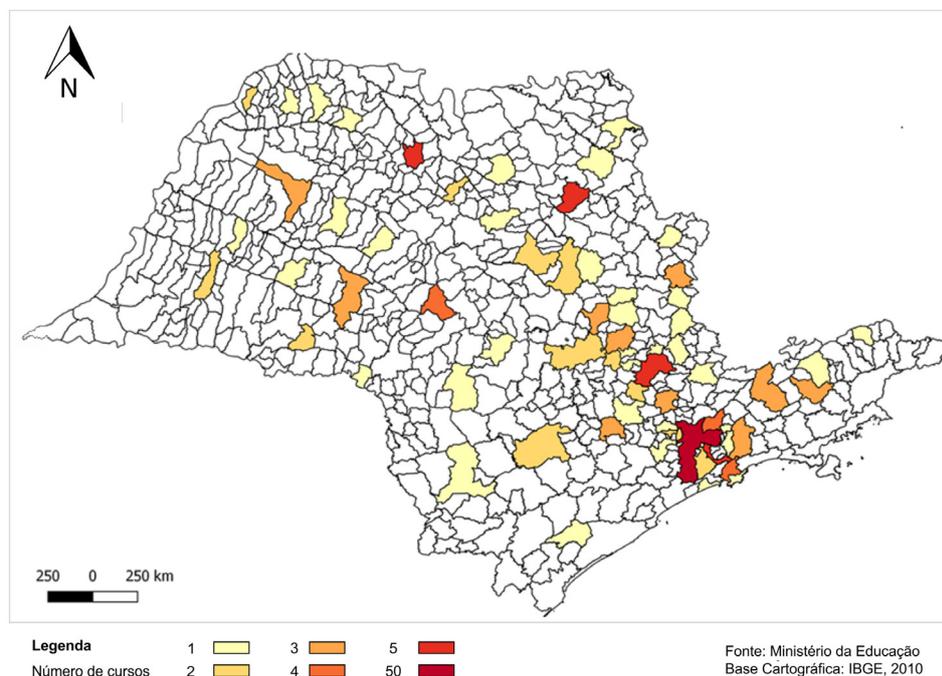
Grandes Regiões	Estados	Número de Instituições	Número de Vagas Autorizadas
Norte	Acre	3	550
	Amapá	4	430
	Amazonas	8	1.706
	Pará	12	2.140
	Rondônia	10	1.060
	Roraima	2	300
	Tocantins	6	660
	Total	45	6.846
Nordeste	Alagoas	12	1.621
	Bahia	51	7.821
	Ceará	23	4.270
	Maranhão	8	1.180
	Paraíba	15	2.365
	Pernambuco	29	5.216
	Piauí	15	1.680
	Rio Grande do Norte	12	1.720
	Sergipe	7	1.010
Total	172	26.883	
Centro-Oeste	Distrito Federal	14	2.892
	Goiás	26	3.820
	Mato Grosso	16	2.390
	Mato Grosso do Sul	13	2.059
	Total	69	11.161
Sudeste	Espírito Santo	13	1.485
	Minas Gerais	71	8.139
	Rio de Janeiro	62	10.683
	São Paulo	175	39.376
	Total	321	59.683

Sul	Paraná	42	4.266
	Rio Grande do Sul	40	4.253
	Santa Catarina	26	2.809
	Total	108	11.328
Total		715	115.901

Tabela 1. Número de vagas oferecidas para o curso de Fisioterapia no Brasil em 2016.

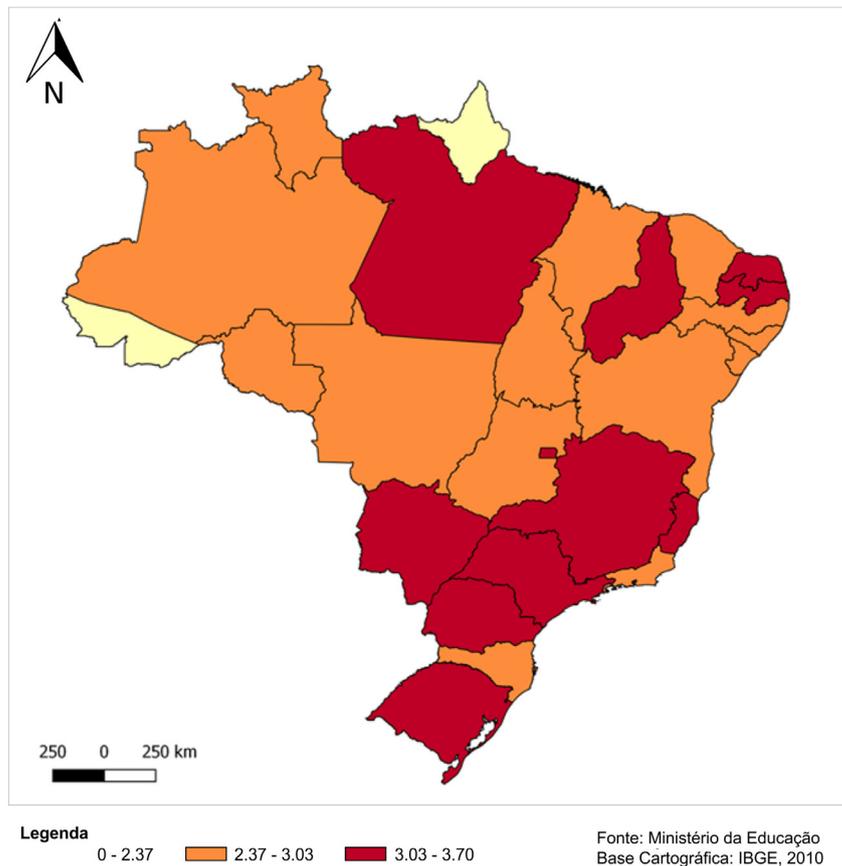
Fonte: MEC, 20017

Um olhar específico para o estado de São Paulo, representado no Mapa 2, pode-se observar a distribuição dos 175 cursos e a quantidade por município. Os locais de mais destaque foram os municípios de São Paulo totalizando 50 cursos, seguido de Santo André, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto e Campinas com 5 cursos cada município e Guarulhos, Santos e Bauru com 4 cursos. Os demais municípios apresentam 3 ou menos.



Mapa 2. Distribuição dos 175 cursos de Fisioterapia no estado de São Paulo em 2016.

Para se aproximar da análise da qualidade dos cursos o Mapa 3 foi construído com a média das notas por estado obtidas no ENADE de 2016. Nenhum estado brasileiro obteve uma média acima de 4 na classificação das notas para os cursos de graduação em Fisioterapia, e as regiões sudeste e sul apresentaram médias melhores, além dos estados do Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba na região nordeste, e o estado do Pará, na região norte.



Mapa 3. Média estadual da classificação de notas do ENADE em 2016.

Para permitir um olhar mais qualitativo para os dados acima, a Tabela 2 a seguir foi elaborada com as notas do ENADE para cada estado, além de sinalizar o número de cursos que não realizaram a prova.

Grandes Regiões	Estados	Notas					Sem nota	Total de Instituições
		1	2	3	4	5		
Norte	Acre		1				2	3
	Amapá	1	2				1	4
	Amazonas		3	2	1		2	8
	Pará		1	1	2	1	7	12
	Rondônia		2	3			5	10
	Roraima			1			1	2
	Tocantins	1		3			2	6
	Total	1	9	10	3	1	20	45

Nordeste	Alagoas	1	2	1	2		6	12
	Bahia	1	10	11	3		26	51
	Ceará		3	5	1		14	23
	Maranhão			2			6	8
	Paraíba		1	7	1	1	5	15
	Pernambuco	1	3	4	1	2	18	29
	Piauí		1	8	1	1	4	15
	Rio Grande do Norte			1	2		9	12
	Sergipe		1	1	1		4	7
	Total	3	21	40	12	4	92	172
Centro-Oeste	Distrito Federal		2	2	3	1	6	14
	Goiás		5	6	4		11	26
	Mato Grosso		4	1	2		9	16
	Mato Grosso do Sul			2	3		8	13
	Total	0	11	11	12	1	34	69
Sudeste	Espírito Santo			3	5		5	13
	Minas Gerais	2	5	18	9	3	34	71
	Rio de Janeiro	3	18	10	5		26	62
	São Paulo	3	15	36	34	10	77	175
	Total	8	38	67	53	13	142	321
Sul	Paraná		2	11	13	1	15	42
	Rio Grande do Sul		2	13	9	3	13	40
	Santa Catarina	1	2	5	3		15	26
	Total	1	6	29	25	4	43	108
Total		14	85	157	105	23	331	715

Fonte: MEC, 2016

Tabela 2. Média estadual de classificação das notas do ENADE dos cursos de Fisioterapia no Brasil.

A classificação das notas obtidas no ENADE pelos cursos de Fisioterapia no Brasil destaca que apenas 6% (o que compreende 23 instituições de um total de 384 que realizaram o exame) alcançaram a nota máxima. Dessas 23 instituições, 13 são públicas contra 9 privadas. Em contraponto, 157 instituições obtiveram a nota 3, compreendendo 75% do total,

Segundo o INEP (2017) as instituições que não obtiveram o conceito ENADE não conseguiram reunir as condições necessárias para calcular o percentual, o que pode acontecer quando o curso possui apenas um estudante participante e segundo os dados na Tabela 2, 331 (46%) dos cursos de Fisioterapia no Brasil ficaram sem a nota.

4 | DISCUSSÃO

O crescimento do ensino superior não foi relevante no período entre 1980 a 1995, momento em que se vivia a redemocratização e abertura política no Brasil (ROJAS; BARCELLOS, 1999). Houve contingenciamento de verbas, principalmente

para o MEC, com reflexo no repasse para os investimentos nas instituições públicas de ensino superior, facilitando o crescimento do setor privado (PFEIFER; GIARETA, 2009).

No que chamam de “segunda fase de expansão do Ensino Superior”, Pfeifer e Giareta (2009) argumentam que apenas depois de 1995, seguindo o movimento reformista neoliberal, o setor privado é favorecido a fim de sanar a demanda crescente por vagas na educação superior, respondendo a um crescimento repentino. Segundo Corbucci (2004), esse favorecimento acarretou na aceleração e facilitação da autorização de reconhecimento e credenciamento dos cursos e instituições, sendo refletido no número de cursos de Fisioterapia em instituições privadas no período, visível mudança da curva de crescimento (gráfico 1), avançando de 63 cursos em 1995 para 255 em 2002.

A partir do governo Lula, no período de 2003 até 2011, Pfeifer e Giareta (2009) apontam que houve a continuidade do processo de expansão do ensino superior no Brasil, seguindo com o favorecimento de instituições privadas mas, diferentemente do governo anterior, houve a ampliação e investimento na rede pública. No Gráfico 2 observa-se um aumento de 71,64% no setor privado, onde em 2003 haviam 261 cursos e em 2011 totalizavam 448, já no setor público o crescimento foi maior (88,57%), com 35 cursos em 2003 e 66 cursos em 2011, único período na história da Fisioterapia em que o crescimento dos cursos de graduação é maior no setor público. Essa ampliação do ensino público foi realizada a partir do Projeto Expandir/MEC em 2003, que teve como objetivo a expansão e criação de novas instituições públicas, preferencialmente alocadas no interior do país (ROJAS; BARCELLOS, 1999).

O aumento da oferta de vagas no ensino superior foi acompanhada pelo aumento na taxa de inscrições nos exames vestibulares, segundo Corbucci (2004). Seus estudos mostraram que a proporção de candidatos por vaga era distinta entre as instituições públicas e privadas, tendo observado um aumento nas instituições públicas de 5,7 candidatos por vaga em 1990, para 8,9 candidatos em 2002, e uma diminuição no setor privado que contava com 2,9 candidatos em 1990 e 1,6 candidatos por vaga, em 2002. Isso demonstra que há uma concorrência maior para ingressar no ensino público do que no ensino privado, já que no último há uma maior quantidade de instituições disponíveis, provocando uma pulverização dos candidatos.

Para incentivar o ingresso no ensino superior e também responder as pressões do setor privado, o governo federal instituiu em 1999, o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), destinado originalmente a classes econômicas mais baixas, com o objetivo financiar até 75% dos custos da graduação em instituições privadas (ROJAS & BARCELLOS, 1999; PFEIFER & GIARETA, 2009). Esse instrumento foi e continua sendo um importante estímulo para as instituições de ensino do setor privado.

Em 2004 foi instituído o Programa Universidade para Todos (PROUNI), com o mesmo objetivo do FIES, porém era definido como um programa de bolsas de estudos

destinado a população com renda familiar per capita de até um salário mínimo, que ainda não cursaram o ensino superior e tenham realizado o ensino médio em escolas públicas (PFEIFER; GIARETA, 2009). Ou seja, destinado a uma população que dificilmente teria acesso a essa formação, valorizando e qualificando a política pública.

É evidente que a forma como ocorreu a ampliação do ensino superior público e privado no Brasil provoca muitas reflexões. Segundo Macedo *et al.* (2005) a principal delas está relacionada com a inexistência de um planejamento que contemple a qualidade do ensino, bem como uma distribuição mais equilibrada nas regiões brasileiras, comprometendo sua eficácia.

Além da inexistência de planejamento, Shiwa, Schmitt e João (2016) acrescentam pontos focados especificamente no ensino em Fisioterapia, que também demonstra um crescimento sem planejamento, muito concentrada nas instituições de ensino superior de caráter privado, com qualidade questionável e concentração nas regiões Sudeste e Sul. Segundo os autores, não há dúvidas que os aspectos acima refletem na assistência prestada à população.

A distribuição irregular dos cursos de Fisioterapia pelo Brasil confirmada no mapa 1 e na tabela 1, onde pode-se notar uma maior concentração dos cursos e dos números de vagas oferecidas no eixo diagonal que se estende dos estados da Bahia até o Rio Grande do Sul, destacando o estado de São Paulo. Os autores acima também chamam a atenção para a alta concentração de cursos na cidade de São Paulo e sobre este aspecto, ponderam que a ampliação de cursos e do acesso ao ensino superior é um ponto positivo para o MEC, inclusive com os programas de financiamento como PROUNI e FIES, entretanto, reconhecem a falta de planejamento em sua distribuição geográfica.

Ainda segundo Shiwa, Schmitt e João (2016), na área da Fisioterapia é necessário refletir sobre o que está por trás dos excessos de curso, seria um interesse social para cumprir o papel da formação de fisioterapeutas reflexivos e transformadores ou apenas uma indústria de diplomas.

Sobre a grande disparidade entre o ensino superior público e privado, Pfeifer e Giareta (2009) avaliam que a universidade é tomada pela mercantilização e pela lógica do capital sobre a produção de conhecimento, e que a forma de acesso a ela foi substituída: se antes era um ato de cidadania, agora é uma mercadoria para o consumo, tornando os estudantes não mais cidadãos, mas sim, consumidores de um produto, que no caso é a educação.

Quando a ampliação da oferta do ensino é realizada de forma liberal e dada a iniciativa privada, Souza, Saudanha e Mello (2014) argumentam que há um prejuízo na qualidade da formação, em que predomina profissionais descontextualizados das necessidades sociais, sem entendimento do conceito de integralidade e dos determinantes sociais do processo saúde-doença, favorecendo uma postura tecnicista, desfragmentada, impossibilitando uma atuação adequada para enfrentar as complexas relações no mundo do trabalho.

Como buscar a qualidade da formação? O crescimento acelerado solicita um processo de avaliação dessas instituições, incluindo nesse debate a preocupação de Macedo *et al.* (2005) e Shiwa, Schmitt e João (2016) quanto a avaliação da qualidade do ensino superior no Brasil e a sua distribuição pelo país. Nesta direção há, desde o início da década de 1990, iniciativas do INEP para a disponibilização de dados que possibilitam leituras sobre a Educação Superior Brasileira.

Os dados apresentados sobre a classificação das notas obtidas no ENADE para os cursos de Fisioterapia mostraram que apenas 6% alcançaram a nota máxima e que 157 cursos obtiveram nota 3, evidenciando um ensino com qualidade mediana para a maioria dos cursos. Mas chama a atenção o fato de 331 cursos ficarem sem nota, fragilizando o instrumento de avaliação.

A quem cabe a responsabilidade de se assegurar a realização do exame e de analisar a qualidade do ensino? Sabendo que frente a instituições que não obtivessem desempenho satisfatório, o INEP utilizaria o SINAES para subsidiar processos para sua regulação, sob formas de encaminhamentos, procedimentos e ações com prazos e metas a serem adotados (SEMESP, 2016), quais as providências tomadas frente aos cursos mal avaliados? O que aconteceu com as instituições descomprometidas com os processos de avaliação de seus cursos? Elas podem continuar formando fisioterapeutas?

5 | CONCLUSÃO

Esse estudo apresentou dados da expansão dos cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil. Ficou evidente o crescimento do sistema privado de educação, principalmente a partir de 1995. No período de 2003 até 2011 políticas públicas permitiram um avanço de cursos de graduação em Fisioterapia também nas Universidades Públicas, entretanto, o grande contingente de recursos financeiros do PROUNI e FIES é destinado às instituições de ensino privadas.

Os mapeamentos dos cursos demonstraram que eles se concentram no eixo diagonal que compreende do Rio Grande do Sul até a Bahia, evidenciando os vazios e os excessos neste quesito, e o estado de São Paulo concentra 175 dos 715 cursos registrados em 2016 pelo MEC.

Enfim, diante desse crescimento exponencial do ensino superior o ENADE se apresenta como um dos instrumentos que poderia apontar aspectos da qualidade dessa formação, entretanto, 75% dos cursos avaliados (157) alcançou nota 3 e 331 cursos estão sem nota. A nota 3 aponta problemas com a qualidade da formação de fisioterapeutas e a ausência de notas comprova a dificuldade com os processos de avaliação das instituições de ensino superior no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Lúcia de Jesus; GUIMARÃES, Raul Borges. **O lugar social do fisioterapeuta brasileiro**. Fisioterapia e Pesquisa, v.16, n.1, p. 82-88, jan/mar. 2009.

BARROS, Fábio Batalha Monteiro. **Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história**. Revista FisiBrasil, Rio de Janeiro, n.59, p.20-31. 2003.

BISPO JÚNIOR, J. P. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, 2009.

BRASIL. **Decreto-lei nº 938/69, de 13 de Outubro de 1969**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 out. 1969. Seção I, p. 3658.

BRASIL. **Resolução CNS/CES 1.210/2001, de 10 de dezembro de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 200q. Seção 1, p. 22.

BRASIL. **Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 27833.

BRASIL. **Sistema e-MEC**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. Macruz. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.5, n.20, p. 1400-1410, 2004.

CORBUCCI, Paulo Roberto. **Financiamento e democratização do acesso à educação superior no Brasil: Da deserção do Estado ao projeto de reforma**. Educação & Sociedade, Campinas, v.25, n. 88, p. 677-701, 2004.

HADDAD, Ana Estela; et. Al. (Org). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

INEP. **Conceito ENADE**. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/sinaes>>. Acessado em: 25 mai. 2017.

INEP. **ENADE 2013: Relatório-Síntese Fisioterapia**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2013.

INEP. **ENADE**. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/enade>>. Acessado em: 30 out. 2016.

INEP. **SINAES**. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/sinaes>>. Acessado em: 13 out. 2017.

INEP. **Sinopses Estatísticas do ENADE**. Disponível em: <<http://inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-doenade>>. Acessado em 13 out. 2017.

MACEDO, Arthur Roquete de, et al. **Educação Superior no Século XXI e a Reforma Universitária Brasileira**. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, Rio de Janeiro, v. 13. n. 47, p. 127-148, jan. 2005.

PEREIRA, Luciana Alves; ALMEIDA, Márcio. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: Subsídios para uma política de recursos humanos**. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília: Ministério da Saúde. p. 171-184. 2006.

PFEIFER, Mariana. GIARETA, Paulo Fioravante. **Expansão da educação superior no Brasil:**

Panorama e perspectiva para a formação de professores. In: IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, 2009. Paraná.

ROJAS, Luiza Iñiguez; BARCELLOS, Christovam. PEITER, Paulo. **Utilização de Mapas no Campo da Epidemiologia no Brasil: Reflexões sobre Trabalhos Apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia.** Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 8, n. 2, p. 27-35, jun. 1999.

SEMESP. **Mapa do Ensino Superior no Brasil.** São Paulo: Sindicato das Mantenedoras de Ensino Superior. 2016. Disponível em: < http://convergenciacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf>. Acessado em: 13 ago. 2017.

SHIWA, Sílvia Regina; SCHMITT, Ana Carolina Basso; JOÃO, Sílvia Maria Amado. **O fisioterapeuta do estado de São Paulo.** Fisioterapia Pesquisa, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 301-310, set. 2016.

SOUZA, Thiago Santos de; SANDANHA, Jorge Henrique Santos; MELLO, Ivan Maia de. **As relações de trabalho dos fisioterapeutas na cidade de Salvador, Bahia.** Saúde Sociedade, São Paulo, v.23, n. 4, p. 1301-1315, dec. 2014.

O ENSINO DA ANATOMIA HUMANA EM ALUNOS DO ENSINO MÉDIO DO COLÉGIO SILVIO ROMERO EM LAGARTO/SE: INTEGRAÇÃO ESCOLA E UNIVERSIDADE

Tatiana Dos Santos Moreira

Universidade Federal De Sergipe

Lagarto – Sergipe

Marcela Ralin De Carvalho Deda Costa

Universidade Federal De Sergipe, Docente Do

Departamento De Fisioterapia

Lagarto – Sergipe

RESUMO: O projeto “compreendendo o corpo humano ensino da anatomia humana como forma de integração entre a escola e universidade” foi realizado no Colégio Estadual Silvio Romero, no município de Lagarto/SE. Foram utilizadas metodologias e estratégias ativas para o ensino da anatomia do corpo humano. **Objetivo:** analisar a eficácia das metodologias usadas nas aulas de anatomia em quatro módulos por meio de duas ferramentas, a avaliação somativa e formativa. **Metodologia:** As aulas de anatomia eram divididas em cinco módulos, os alunos são avaliados através de duas ferramentas: avaliação somativa, que são quatro questões referentes ao tema do módulo. E a outra ferramenta utilizada é a avaliação formativa a qual o discente, avalia o aluno da escola de acordo alguns itens atribuindo notas de 0 – 2 a cada item, estes são avaliados no primeiro dia de aula e novamente no último. **Resultados:** Podemos observar o aumento do percentual do número de acertos

nas questões da avaliação somativa de todos os módulos. Na avaliação formativa foram obtidas uma nota menor no modulo I, já nos demais houve aumento em relação a primeira e ultima avaliação. **Conclusão:** Conclui-se que o objetivo foi alcançado, pois através dos resultados obtidos pelas ferramentas de avaliação somativa e objetiva nota-se a evolução na aprendizagem em ambas as partes, com o uso das metodologias ativas.

PALAVRAS-CHAVE: Anatomia, Ferramentas, Avaliações.

ABSTRACT: The project “Understanding the Human Body of Human Anatomy Teaching as a Form of Integration between School and University” was carried out at Silvio Romero State College, in the municipality of Lagarto / SE. Methodologies and agendas were developed for teaching the anatomy of the human body. **Objective:** to analyze the methodologies used in the anatomy classes in four modules for the medium of two tools, a summative and formative evaluation. **Methodology:** As the anatomy classes were divided into five modules, the students are evaluated through two tools: summative evaluation, which are four questions related to the module theme. And the other tool used is a formative assessment which the student evaluates the student of the school according to some items assigning marks of 0

- 2 to each item, these are evaluated in the first day of class and again in the last one. **Results:** we can observe the increase in the number of correct answers in the questions of the summative evaluation of all the modules. The evaluation form in the level in the first version the evaluation in the first version. **Conclusion:** Concludes that, if it was fulfilled, if, in fact, it was fulfilled, with the use of active technologies.

KEYWORDS: Anatomy, Tools, Evaluations.

1 | INTRODUÇÃO

As universidades são espaços de propagação de saberes e possuem três pilares: o ensino, a pesquisa e a extensão, os quais possibilitam os discentes irem além dos muros universitários e associar a teoria com a prática (FOLETTI PIVETTA, et al 2010). Estes pilares devem estar ligados e proporcionalmente balanceados, afim de que a pesquisa incentive a produção de novos conhecimentos a serem inseridos no ensino e na extensão.

O ensino da anatomia humana é base, e tem fundamental importância tanto para cursos de graduação da área de ciência da saúde, quanto para ensino fundamental e médio. Frente a esta realidade, surgem diversas dificuldades relacionadas ao estudo do tema, terminologia, associação das estruturas e a metodologia aplicada no processo de ensino aprendizagem (DE AZAMBUJA MONTES; DE SOUZA, 2010; ZANESCO et al, 2017).

Nos últimos anos os métodos de ensino-aprendizagem vêm modificando-se e tornando-se cada vez mais presentes nas instituições de ensino, mudando assim o estilo tradicional em que o professor é o agente responsável pela aprendizagem, para um modelo mais ativo em que os alunos passam a ter esse papel e o professor torna-se um agente facilitador deste processo (MORÁN, 2015). Atualmente tem se destacado as estratégias de ensino ativo para anatomia humana, como teatro, pinturas no corpo, confecção de peças anatômicas com matérias recicláveis e situações problemas. Estes estimulam o desenvolvimento reflexivo de questões sociais, proporcionando uma integração e articulação de teoria e prática (MARIN et al, 2010; SILVA, 2013).

Esse artigo refere-se aos resultados da aplicação de uma abordagem de ensino inovadora e interdisciplinar de conteúdos de anatomia humana do projeto “compreendendo o corpo humano ensino da anatomia humana como forma de integração entre a escola e universidade” que foi realizado no Colégio Estadual Silvio Romero, no município de Lagarto/SE no ano 2015. Portanto o objetivo foi analisar a eficácia das metodologias usadas nas aulas de anatomia em quatro módulos por meio de duas ferramentas, a avaliação somativa e formativa.

2 | METODOLOGIA

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal

de Sergipe (UFS) com o CAAE: 30544814.8.0000.5546. Foi desenvolvido no Colégio Estadual Silvío Romero, no município de Lagarto/SE, vinculado a UFS- Campus Lagarto, como projeto de extensão. Participaram como professores facilitadores da aprendizagem seis alunos graduandos de fisioterapia e como agentes responsáveis alunos do ensino médio 1º, 2º e 3º do colégio estadual Silvío Romero.

Os alunos tiveram aulas de anatomia do corpo humano uma vez por semana divididas por módulos, sendo eles: I – Sistema musculoesquelético com os temas de ossos, músculos, postura e marcha; II- Cabeça e pescoço/ Sistema digestivo com os temas de anatomia dos sistemas, função dos dentes, percurso do alimento e a repercussão da alimentação; III- Sistema cardiovascular e respiratório com os temas de anatomia, circulação sanguínea e mecânica respiratória; IV- sistema reprodutor anatomia com os temas de doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais com a utilização de metodologias ativas em todas as aulas.

No módulo I foram realizadas cinco aulas, inicialmente foi utilizadas perguntas para favorecer a discussão em grupo com conhecimentos prévios sobre a composição, metabolismo e ossos; exposição audiovisual sobre músculos e prática de arco reflexo focando na diferença da contração voluntária e involuntária; exposição de peças anatômicas (Figura 1) de membro inferior e membro superior, identificando o osso, músculo, ação e função, relacionando com atividade de vida diária (AVD's) (Figura 2). Por fim, avaliação postural através de fotos em vista anterior, posterior e lateral por ficha de avaliação.



Figura 1. Exposição de peças anatômicas durante aula.



Figura 2. Materiais para realização de AVD's.

O módulo II também realizado cinco aulas, foi distribuída uma apostila com o conteúdo de anatomia de cabeça e pescoço (mais ilustrativa), após foi distribuído números nas peças anatômicas as quais os alunos deveriam numerar e fazer uma breve explicação (Figura 3). A exposição audiovisual sobre ação mandibular e após a brincadeira da mímica com base no vídeo. Foi realizada a análise da função e nomeação dos dentes do colega e depois, individualmente, ao comer uma maçã deveriam fazer a análise de quais dentes tem função triturar e cortar analisando e discutindo o percurso do alimento, através da dinâmica de chuva de ideias, montagem da peça do sistema digestivo e reprodução do mesmo com massa de modelar (Figura 4). Finalizando com a aplicação de caso clínico para identificação dos possíveis problemas alimentares.



Figura 3. Dinâmica de sorteio das peças anatômicas para breve explicação dos alunos.



Figura 4. Reprodução do sistema digestivo com massa de modelar.

Já no módulo III, foram realizadas cinco aulas, foi utilizada a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) seguindo a dinâmica de abertura e fechamento de tutorial sobre o sistema cardiovascular. Exposição de vídeo mostrando a circulação sanguínea, seguindo de questionamentos e apostila explicativa sobre a temática. Peças anatômicas do sistema respiratório expostas e prática com bexiga para exemplificar a função do surfactante nos pulmões. Por fim, confecção de pulmão reciclável (Figura 5).



Figura 5. Confeção de pulmão com materiais recicláveis.

No módulo IV, foram realizadas três aulas ocorreu à exposição de peças anatômicas do sistema reprodutor feminino e masculino, com aplicação de perguntas sobre o conhecimento do corpo. Foi empregado o método Role Playng Game (RPG) um jogo de interpretação de papéis sobre fecundação. Os alunos foram estimulados a criar um sociodrama sobre doenças sexualmente transmissíveis e exposição dos métodos preventivos.

As atividades do projeto foram finalizadas com um evento “outubro rosa”, que é uma temática relevante na formação dos cursos de saúde e para população, portanto, torna-se necessário orientações sobre a temática principalmente discussões sobre as formas de prevenção e detecção da doença em ambos os sexos. O evento foi composto de palestras sobre câncer de mama e útero, depoimentos de mulheres que tiveram câncer e um concurso de desenhos (Figura 6), exposto no evento, sobre a temática de prevenção. Os desenhos foram feitos pelos alunos do ensino médio e premiados no final.



Figura 6. Alguns dos desenhos feitos pelos alunos para o concurso na ação do outubro rosa.

Em todos os módulos, os alunos foram avaliados por meio de duas ferramentas: a avaliação somativa, que são quatro questões referentes a temática do módulo, respondidas antes da primeira aula para avaliar o conhecimento prévio dos alunos e aplicada novamente ao final da última aula para avaliar o conhecimento adquirido, sendo as mesmas questões nas duas aplicações. E a outra ferramenta utilizada foi a avaliação formativa a qual o discente, agente facilitador avalia o aluno da escola de acordo alguns itens atribuindo notas de 0 – 2 a cada item, que são: relação com os membros do grupo; relação com o orientador da atividade; expressar-se de forma clara, objetiva e organizada; utilizar conhecimentos prévios; interesse e habilidade na atividade proposta, todos estes pontos são avaliados no primeiro dia de aula e novamente no último. Ocorreram também relatos de experiência dos envolvidos nas atividades.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Demonstraram interesse em participar do módulo I- 17 alunos, do módulo II- 18 alunos, do módulo III- 15 alunos e do módulo IV- 26 alunos. Nas ferramentas aplicadas para avaliação em todos os módulos, observa-se que na avaliação somativa obtiveram maiores acertos na segunda aplicação do que na primeira. No módulo I, na primeira aplicação 14 acertos e na segunda 38; no módulo II, na primeira aplicação 17 acertos e na segunda 46; no módulo III, na primeira aplicação 16 acertos e na segunda 46; no módulo IV, na primeira aplicação 75 acertos e na segunda 86 (Gráfico 1).

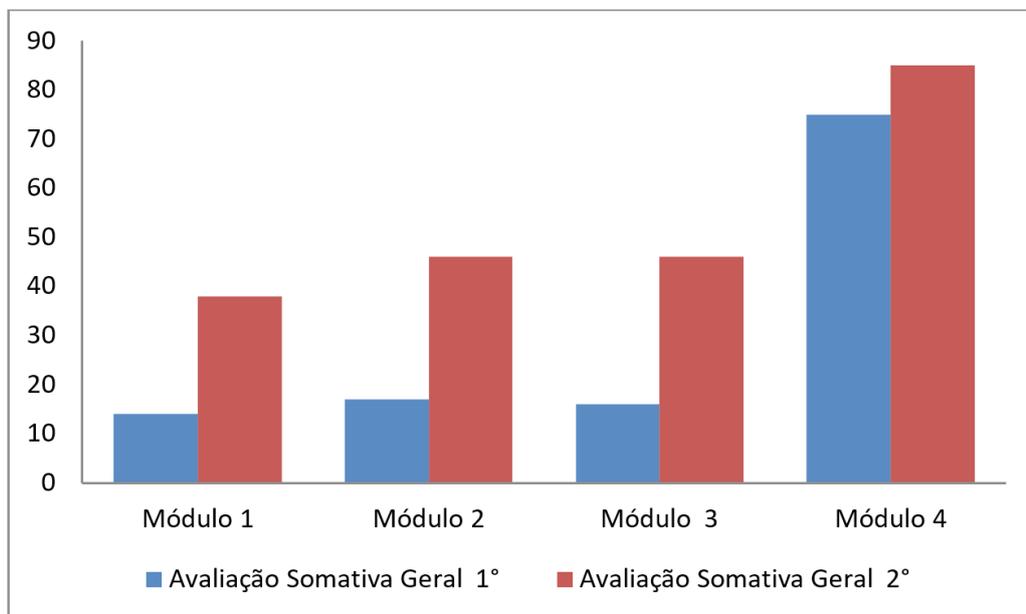


Gráfico 1. Número de acertos das questões na avaliação somativa dos quatro módulos de ensino da anatomia do corpo humano. No eixo vertical o valor de acertos e no eixo horizontal os módulos. As colunas em azul representam número de acertos da primeira avaliação antes do início do módulo e as colunas vermelhas no final do módulo.

Percebe-se então, a partir do exposto no Gráfico 1, que os métodos de ensino aprendizagem refletiram de forma positiva para o aprendizado das temáticas em todos os módulos de anatomia humana, pois em todos os módulos houve um aumento no número de acertos das questões. A utilização das metodologias ativas é eficaz e desperta nos alunos interesse em participar e desenvolver atividades propostas, pois estas aliam a teoria com uma vivência prática do seu cotidiano, quebrando o paradigma de que o professor é o agente totalmente responsável pela aprendizagem do aluno. Apesar de a metodologia ativa tirar o aluno da sua zona de conforto, a diversidade de métodos aplicados desperta o interesse e a vontade pelo conhecimento (MARIN et al, 2010)

Já na avaliação formativa, o módulo I- sistema musculoesquelético foi o único em que a média geral da primeira a avaliação diminui em relação a segunda, porém nos outros três módulos as médias aumentaram. Obteve-se uma média geral no módulo I, na primeira aula 7,7 e na última 7,5; no módulo II, na primeira aula 7,2 e na última 8,7; no módulo III, na primeira aula 7,7 e na última 9,3; no módulo IV, na primeira aula 6,4 e na última 8,0 (Gráfico 2).

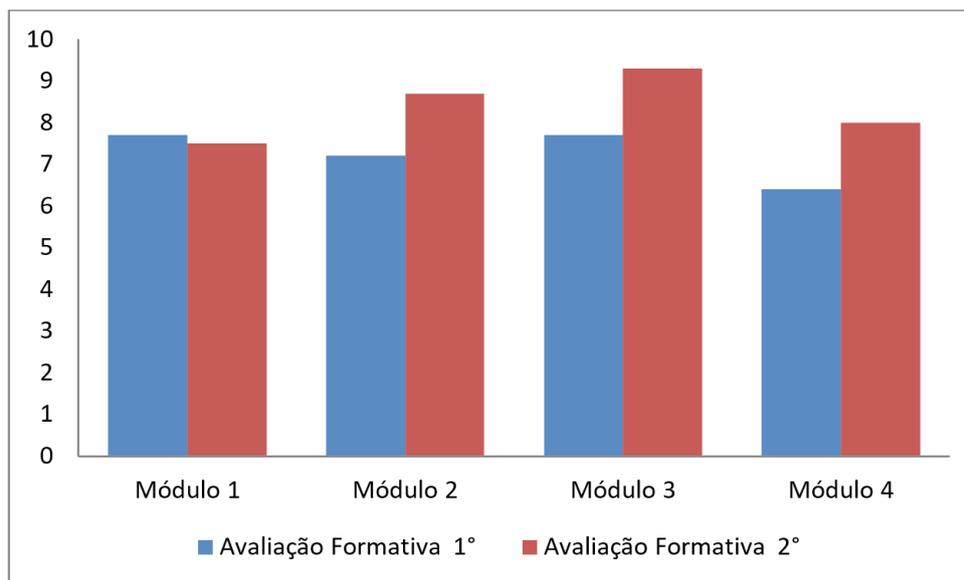


Gráfico 2. Médias da avaliação formativa dos quatro módulos de ensino da anatomia do corpo humano. No eixo vertical o valor das notas e no eixo horizontal os módulos. As colunas em azul representam os resultados da primeira avaliação antes do início do módulo e as colunas em vermelho o resultado da avaliação no final do módulo.

De acordo com alguns autores (MARIN, 2010 e MORÁN, 2015), a aplicação e efetividade da metodologia ativa inicialmente são assustadoras para os alunos, que estão adaptados ao método de ensino tradicional. Destaca-se que o contato inicial seja um pouco mais complicado, afinal é tudo novidade, foi como exposto no gráfico 2, em que os alunos tiveram uma média menor, vale ressaltar também os itens de avaliação formativa, analisa justamente o desempenho não só com aluno, mas a relação social entre colegas.

Os pontos da avaliação formativa são de extrema importância para que a metodologia ativa, seja desenvolvida de uma forma leve, pois eleva um contato maior em grupo, sabendo respeitar; estimula o aluno a se organizar, aprender a ser objetivo e claro; extrai do aluno conhecimentos prévios, mesmo que simples e favorece os mesmos a uma participação efetiva em todas as aulas.

Em contrapartida, existem os agentes facilitadores dessa aprendizagem, os graduandos, que vem da metodologia ativa aplicada nos cursos da UFS- Campus Lagarto, desde sua fundação. Com esta experiência aprendem a vê a metodologia ativa do outro lado, sente a disposição em aprender, a fixação das temáticas e a relação com atividades do seu cotidiano. É isso que as metodologias ativas proporcionam uma construção em degraus para o conhecimento.

Como relatado por uma aluna da graduação: “Trabalhar com metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem me possibilitou uma sensação de enorme gratificação, pois os alunos sentiam-se sempre instigados, mostravam-se sempre dispostos a aprender, fixavam o conteúdo e transpareciam o nítido aprendizado. O aprendizado apenas acontece quando se dá um sentido ao que se aprende. É dessa forma que as metodologias inovadoras de ensino aprendizagem contribuem para a construção do conhecimento”.

Relato de um ex- aluno do projeto, hoje aluno do ciclo três do curso de fisioterapia: “A relevância se dá nos resultados obtidos, como a promoção do trabalho em equipe, desenvolvimento intelectual, pensamento crítico-reflexivo, interação social e a busca pelo conhecimento, além do papel social desempenhado pelo projeto”.

4 | CONCLUSÃO

Acredita-se que a metodologia ativa permite o aluno a crescer e ser responsável pelo seu conhecimento, juntamente com os métodos empregados para transmissão do conteúdo, o que faz ocorrer uma associação teórica e prática através de simples ligações a vivência, estimulando a curiosidade, descoberta e principalmente o trabalho em grupo.

Portanto, conclui-se que o objetivo central foi alcançado, ocorreu à integração escola e universidade, além disso, o ensino da anatomia humana foi efetivo, de acordo com os resultados obtidos nas ferramentas de avaliação somativa e formativa pela evolução na aprendizagem em ambas as partes, através do uso das metodologias ativas, comprovando a sua eficácia no ensino da anatomia.

REFERÊNCIAS

DE AZAMBUJA MONTES, Marco Aurélio; DE SOUZA, Claudia Teresa Vieira. Estratégia de ensino-aprendizagem de anatomia humana para acadêmicos de medicina. **Ciências & Cognição**, v. 15, n. 3, 2010.

FOLETTO PIVETTA, Hedioneia Maria et al. Ensino, pesquisa e extensão universitária: em busca de uma integração efetiva. **Linhas Críticas**, v. 16, n. 31, 2010.

MORÁN, José. Mudando a educação com metodologias ativas. **Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**, v. 2, p. 15-33, 2015.

MARIN, Maria José Sanches et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Revista brasileira de educação médica**, v. 34, n. 1, p. 13-20, 2010.

SILVA, DMS; BRITO, V. C. Metodologias de ensino para anatomia humana: diminuindo as dificuldades e ampliando o processo de aprendizagem. **XIII JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO–JEPEX**, 2013.

ZANESCO, Camila et al. Ensino de anatomia humana: experiência de integração da extensão universitária com ensino médio. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 3, p. 127-135, 2017.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: IMPACTOS PARA A FORMAÇÃO DE CRIANÇAS E PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE GRADUANDOS EM FISIOTERAPIA

Karl Marx Santana da Silva

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Fisioterapia

João Pessoa - Paraíba

Kaliny Oliveira Dantas

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Fisioterapia

João Pessoa - Paraíba

Leandro Moura Silva

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Fisioterapia

João Pessoa - Paraíba

Renata Helena Miranda Freire de Lima

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Fisioterapia

João Pessoa - Paraíba

Rebecka Costa Carvalho

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Fisioterapia

João Pessoa - Paraíba

Joan Lázaro Gainza González

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Fisioterapia

João Pessoa - Paraíba

Renata Newman Leite dos Santos Lucena

Universidade Federal da Paraíba – UFPB/
Instituto de Educação Superior da Paraíba - Iesp

João Pessoa - Paraíba

de atuação interprofissional para execução do Programa Saúde na Escola (PSE), se constituindo como um espaço de educação coletiva, para educação, prevenção e promoção de saúde, tornando-se assim um ambiente de ensino-aprendizagem bilateral, tanto para as crianças e adolescentes como para os profissionais em formação. Desta forma, este trabalho tem por objetivo relatar o impacto de atividades de educação em saúde em crianças e adolescentes, bem como na formação de estudantes do curso de Fisioterapia. O trabalho apresenta o relato de experiência de graduandos de Fisioterapia de uma instituição de ensino superior federal, de uma capital do nordeste brasileiro, em dois campos de estágios de saúde coletiva. As intervenções foram realizadas com crianças e adolescentes com idades entre 3 e 13 anos em instituições de ensino infantil na capital do estado. As ações desempenhadas objetivaram contribuir com o desenvolvimento biopsicossocial das crianças. O feedback das crianças foi positivo, interagindo em todas as atividades e cumprindo com o proposto para elas. Por meio das ações desenvolvidas contribuiu-se para o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças em várias dimensões, de forma criativa e lúdica, aprimorando a propriocepção, coordenação, equilíbrio, visão, tato, memória e interação social, bem como promovendo educação socioambiental. Sendo também uma

RESUMO: As creches e escolas são locais

atividade enriquecedora, segundo relato dos graduandos, para a formação destes profissionais que, trabalhando de forma interprofissional, objetivam uma melhor intervenção para crianças e adolescentes. Estas vivências causaram impactos positivos no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças e também foi benéfica na formação profissional dos graduandos.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Educação Infantil, Desenvolvimento Infantil, Fisioterapia, Práticas Interdisciplinares.

ABSTRACT: The nurseries and schools are places of interprofessional action to implement the Health in School Program (PSE), becoming a space for collective education, for education, prevention and health promotion, thus becoming a bilateral teaching-learning environment, both for children and adolescents and for professionals in training. Therefore, this study aims to report the impact of health education activities on children and adolescents, as well as on the training of students of the Physiotherapy course. The paper presents the experience report of undergraduate physiotherapists of federal higher education institution in a Brazilian Northeast capital in two collective health internships. The interventions were carried out with children and adolescents aged 3 to 13 years in pre-school institutions in the state capital. The actions carried out aimed to contribute to the biopsychosocial development of children. The feedback from the children was positive, interacting in all activities and fulfilling what was proposed for them. Through the developed actions, there were contribution in the neuropsychomotor development of children in various dimensions, in a creative and playful way, improving a proprioception, coordination, balance, vision, touch, memory and social interaction, as well as promoting socio-environmental education. It is also an enriching activity, according to students' reports, for the training of these professionals who, working interprofessional, target at a better intervention for children and adolescents. These experiences had positive impacts on children's neuropsychomotor development and were also beneficial in the professional training of undergraduates.

KEYWORDS: Health Education, Child Rearing, Child Development, Physical Therapy Specialty, Interdisciplinary Placement.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, tem como princípios e diretrizes a integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social (BRASIL, 1990) visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos.

Ao nível da atenção básica, uma nova política de saúde foi implantada, em 2007, o Programa de Saúde na Escola (PSE) que tem como principal objetivo prevenir e conscientizar a população sobre cuidados com a saúde junto a escolas e creches (BRASIL, 2007).

Dentro deste programa coloca-se em prática a Promoção da Saúde que pode ser

compreendida de acordo com a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014:

“Como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.” (BRASIL, 2014)

A educação em saúde, constitui um conjunto de saberes e práticas voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA e LÓPEZ, 1996). Refere-se a um recurso pelo qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, alcança a rotina do dia a dia das pessoas, uma vez que o entendimento oferece incentivos para que novos hábitos e condutas que visam o bem-estar e qualidade de vida sejam adotadas (ALVES, 2005).

Neste contexto, a creche vem se constituindo como um espaço de educação coletiva, propício ao desenvolvimento de ações no âmbito da educação em saúde. Atualmente, o ingresso de crianças nessa instituição tem se iniciado a partir do terceiro mês de vida, permanecendo em tempo integral, retornando ao convívio da família somente no final do dia. Este dado revela que o tempo-espaço da creche exerce na vida da criança um papel essencial e distinto dos demais tempos e espaços (escola, família, rua, entre outros) (BATISTA, 1998).

Ao nascer a criança possui o sistema nervoso central (SNC) imaturo, dependente de estímulos sensoriais e motores, advindos das pessoas que fazem parte de seu convívio e do ambiente que o cerca. Os primeiros anos de vida da criança são marcados por modificações biológicas, psicossociais e emocionais, que levam ao aperfeiçoamento afetivo-social, cognitivo e neuropsicomotor. A partir disso seu desenvolvimento ocorrerá e se manterá em constante evolução, auxiliando também no seu processo de aprendizagem (GUARDIOLA *et al*, 2001; SILVA *et al*, 2010).

Segundo Gallaheu (2005), o desenvolvimento motor da criança e adolescente é marcado por quatro fases e dois estágios: fase motora reflexa, fase de movimentos rudimentares, fase de movimentos fundamentais, fase de movimentos especializados, estágio de aplicação e estágio de utilização permanente. Com isso, é necessário fornecer às crianças experiências motoras significativas, que sejam adequadas aos seus níveis de desenvolvimento particulares.

As creches e escolas são locais de atuação interprofissional para execução do PSE, tornando-se um ambiente de ensino-aprendizagem bilateral, tanto para as crianças e adolescentes como para os profissionais em formação. No que tange às crianças e adolescentes é um ambiente propício para fomentar novas descobertas e/ou estímulos somatossensoriais além da prevenção e promoção de saúde. Quanto aos profissionais em formação é um ambiente para o exercício da interprofissionalidade, muito discutida atualmente na academia. (FRANÇA, 2015)

É notável que o processo de formação dos profissionais de saúde deve englobar o desenvolvimento de capacidades gerais e específicas de cada área de atuação, além

de oferecer aos indivíduos em processo de formação condições para o desenvolvimento conjunto do ideal de trabalho em equipe (ALVARENGA et al., 2013).

Sendo assim, este trabalho tem por objetivo relatar o impacto de atividades de educação em saúde na formação de crianças e adolescentes, bem como a influência na formação de estudantes do curso de Fisioterapia.

MATERIAIS E MÉTODOS

A produção deste artigo se deu a partir de reflexões acerca das experiências cotidianas proporcionadas por dois campos de estágios que compõem a grade curricular do curso de Fisioterapia de uma Universidade Federal de um estado nordestino, com suas atividades desenvolvidas entre o período de agosto de 2016 a junho de 2018.

Adotou-se como método de trabalho intervenções uni e/ou interdisciplinares junto a grupos de crianças e/ou adolescentes na faixa etária compreendida entre 3 a 13 anos. Os grupos de tutores foram compostos por graduandos, preceptores e/ou supervisores.

O estudo abrangeu um Centro de Referência em Educação Infantil (CREI), Escola de ensino fundamental e uma Organização Não Governamental (ONG) que oferece reforço escolar para crianças, localizadas em bairros de baixa renda situadas na cidade do estado do nordeste brasileiro. As instituições serão identificadas aleatoriamente como 1, 2 e 3.

O vínculo da Universidade com cada local foi intermediado pelos professores e/ou supervisores responsáveis pelos estágios antes e/ou durante cada período letivo.

INSTITUIÇÃO 1

Nesta instituição foram realizadas quatro atividades, com frequência semanal, ministrada à grupos distintos de crianças com idades entre 4 e 5 anos. As intervenções consistiram em atividades lúdicas com propósitos socio educacionais associado à de promoção e prevenção da saúde com ênfase na neuropsicomotricidade das crianças.

As ações desempenhadas foram:

1º dia: Estimulação sensorial com frutas

Esta ação foi previamente planejada entre os graduandos de Fisioterapia e Nutrição, sob supervisão dos professores supervisores do estágio. Esta atividade foi dividida em duas etapas:

1. Previamente as crianças foram dispostas em meia lua e divididas em grupos de quatro crianças de acordo com a fruta a ser degustada. Os demais permaneciam em seus lugares torcendo pelos colegas, sendo orientados a não dizerem qual a fruta estava sendo apresentada. Durante a atividade as crianças foram vendadas para que a identificação do alimento fosse apenas por meio dos sentidos de tato, olfato e paladar, consecutivamente.

Neste momento as crianças foram estimuladas verbalmente a identificar e descrever a textura, dimensão, odor e sabor das frutas (Figura 1).



Figura 1: Momento de degustação das frutas pelas crianças

Fonte: Própria (2016)

2. Na segunda fase da atividade, foi realizado um lanche onde os graduandos distribuíram pedaços de diversas frutas para que todas as crianças tivessem a oportunidade de degustar. Além disso, elas também foram estimuladas a identificar as cores de cada fruta.

2º dia: Circuito dos instrumentos

Com o propósito de trabalhar a coordenação, atenção e equilíbrio, bem como estimular o trabalho cooperativo em grupo, organizou-se um circuito com as seguintes etapas (Figura 2):

- a. Pular dentro do bambolê com um pé;
- b. Passar pelos cones em “ziguezague”;
- c. Tocar um instrumento;
- d. Pular em um pé só até o local de arremessar a bola dentro da cesta;



Figura 2: Circuito dos instrumentos.

Fonte: Própria (2016)

3º dia: Peça educativa O Mágico de Oz

Uma adaptação da peça O mágico de Oz (1939) foi pensado com o intuito educativo de trabalhar de forma lúdica a temática principal de ajudar ao próximo, ensinando sobre a importância da amizade, ajuda mútua e perseverança (Figura 3).

Foram utilizados durante a encenação um aparelho de som, tecidos do tipo TNT para confecção do figurino e maquiagem.



Figura 3: Encenação de uma adaptação da peça educativa O mágico de Oz (1939)

Fonte: Própria (2016)

4º dia: Circuito do trânsito

Com o intuito educativo e preventivo contra acidentes de trânsito, foi planejado pelos graduandos um passeio em forma de circuito simulando ruas da cidade. A atividade foi vivenciada de maneira lúdica por meio da proposta hipotética de que todos estavam viajando em um ônibus, assim, foi possível fazer paradas ao longo do percurso para que as placas fossem explicadas, bem como as orientações a respeito do significado das cores do semáforo (Figura 4).



Figura 4: Simulação de um circuito de trânsito

Fonte: Própria (2016).

INSTITUIÇÃO 2

Nesta instituição foi realizada uma atividade ministrada à grupos distintos de crianças com idades entre 5 e 12 anos. A intervenção teve por objetivo educar e promover saúde, de forma lúdica, com o tema “*Postura no ambiente escolar*”, sendo que esta ação foi composta de duas etapas.

1. Anatomia da coluna: Neste momento, foi explicada a estrutura anatômica da coluna vertebral, sua localização e suas curvaturas. Para facilitar o aprendizado foram utilizados blocos de construção de brinquedo de diferentes cores para a simulação. Após a explicação as crianças foram estimuladas a construir a “coluna vertebral” com o mesmo material, levando em consideração a quantidade das vértebras e as porções da coluna por cores diferentes.
2. Ergonomia na sala de aula: inicialmente, as cadeiras da sala de aula foram avaliadas para atestar se eram propícias para os alunos, se os mesmos estavam sentados corretamente, como eles utilizavam a mochila e o seu peso. Após esse primeiro momento foram simuladas situações não ergonômicas e os alunos foram questionados se as posições apresentadas estavam corretas ou erradas. Caso eles identificassem a postura como errada deveriam explicar o porquê. Para finalizar a atividade foram realizados alongamentos e aquecimento com música (Figura 5).



Figura 5: Ergonomia na escola - atividade de alongamento com os alunos.

Fonte: Própria (2017).

INSTITUIÇÃO 3

Nesta instituição, frequentada por aproximadamente 75 crianças de 3 a 13 anos, realizou-se três atividades em um único dia com turmas distintas. As intervenções consistiram em atividades lúdicas com propósitos educacionais de promoção e prevenção da saúde, bem como conscientização ambiental, conduzidas por quatro graduandos do curso de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia.

Atividade 1: Educação bucal

O primeiro grupo foi composto por 23 crianças com idades entre 3 e 5 anos. Desenvolveu-se uma “*Atividade de educação bucal*” dividida em duas etapas:

1. Teatro de Fantoches: Com enredo relacionado à importância da escovação e da alimentação saudável para prevenção da cárie, e promoção da sua saúde (Figura 6).



Figura 6: Teatro com fantoches sobre cuidados com os dentes.

Fonte: Própria (2018).

1. Atividade lúdica: Para que as crianças identificassem os alimentos cariogênicos e os não cariogênicos. Nesta atividade utilizou-se dois cartazes, um com um “dente feliz”, e outro com um “dente triste”, e a cada alimento mostrado, as crianças deveriam indicar o cartaz a que o alimento pertencia. Por fim, foi explicada a importância da escovação e uso do fio dental (Figura 7).



Figura 7: Dinâmica: Amigos e Inimigos do dente.

Fonte: Própria (2018).

Atividade 2: Conscientização nutricional

O segundo grupo foi composto por aproximadamente 25 crianças com idades entre 6 e 9 anos com o qual desenvolve-se uma “*Atividade de conscientização nutricional*” que foi desenvolvida em três etapas:

1. Caça aos alimentos: onde os graduandos esconderam no pátio da instituição imagens de “alimentos saudáveis” e de “alimentos não saudáveis” e as crianças foram divididas em 2 grupos para coletar as imagens.
2. Palestra sobre alimentação saudável: utilizando as imagens coletadas pelos alunos, conduziu-se uma palestra de conscientização sobre alimentação saudável (Figura 8).



Figura 8: Palestra sobre alimentação saudável.

Fonte: Própria (2018).

3. Conscientização ambiental: Onde realizou-se o plantio de sementes de hortaliças em copos descartáveis de café com terra e as crianças puderam levar os recipientes para casa. Tendo como objetivo estimular a cultivo de alimentos em casa, gerando responsabilidade e maior entendimento sobre a origem dos alimentos (Figura 9).



Figura 9: Plantio de sementes.

Fonte: Própria (2018).

Atividade 3: Prevenção de parasitoses

O terceiro grupo foi composto por aproximadamente 20 crianças com idades entre 9 e 13 anos com o qual desenvolveu-se uma “*Atividade de prevenção de parasitoses*” divididas em dois momentos:

1. Palestra sobre as principais parasitoses: neste momento foi utilizado um painel de papelão com imagens e nomes dos principais parasitas humanos e a doença causada por estes (esquistossomose, giardíase, teníase, ascaridíase e amebíase). Foi exposto para as crianças sobre os sinais e sintomas bem como sobre a forma de contágio e a profilaxia de cada doença. Esse tema foi sugerido pelos agentes comunitários de saúde tendo em vista a incidência de parasitoses naquela localidade (Figura 10).



Figura 10: Palestra sobre parasitoses.

Fonte: própria (2018).

2. Gincana: O grupo foi dividido em dois times e as crianças deveriam responder perguntas relacionadas à palestra durante brincadeiras como: “estoura balão”, “lança bambolê” e “quebra-cabeça das parasitoses”. Objetivou-se com isso incentivar o trabalho em grupo, raciocínio e fixação do conteúdo ensinado na palestra. Ao final, entregamos medalhas confeccionadas pelos graduandos ao time vencedor e sacos com pipoca a todo grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Impactos sobre as crianças e adolescentes

Instituição 1:

Ainda que as atividades tenham sido com temáticas distintas foi possível perceber um comportamento semelhante entre as turmas. Inicialmente algumas crianças sentiam-se desconfortáveis para participar da atividade, possivelmente por timidez. Entretanto, com o convite e estímulo dos graduandos a maioria participou de forma ativa. É importante destacar o papel das próprias crianças em estimular seus colegas a participar.

A atividade “Estimulação sensorial com frutas” foi bem aceita por parte das crianças e coordenadores da instituição, tendo sido de extrema importância na estimulação sensorial das crianças, bem como para o enfrentamento quanto a necessidade de experimentar alimentos que não fazem parte do seu dia a dia; construindo assim um hábito de vida mais saudável.

A atividade “Circuito dos instrumentos” constituiu-se em um rico momento para estimulação somatosensorial e proprioceptiva, bem como cardiovascular das crianças.

As demais atividades, “Peça educativa O Mágico de Oz” e “Circuito do trânsito” foram atividades com enfoque educativo, por sugestão da escola, tendo em vista o calendário escolar. Sendo a temática dessas atividades de suma importância para a vida dos alunos.

Destaca-se ainda a grande aceitação que os graduandos tiveram pela maioria das crianças que se mostraram agradecidas ao final de cada atividade.

Instituição 2:

As crianças e adolescentes demonstraram boa aceitação a atividade, cooperando e tirando dúvidas.

Um dos momentos que estes mais interagiram foi durante a explanação da “Anatomia da coluna”. A metodologia de utilizar peças de brinquedo para ilustrar a coluna vertebral foi bastante efetiva para o ensino do assunto. Atestamos que os alunos estavam interessados pois ao fim da atividade quando foram realizadas perguntas sobre o assunto, os alunos tiveram êxito e se mostraram capazes de construir com os

brinquedos o formato da coluna vertebral.

Instituição 3:

Nesta instituição a aceitação das atividades por parte das crianças e adolescentes também foi excelente, sendo evidenciado pela grande interação dos mesmos durante as atividades.

É importante destacar que durante a atividade de educação bucal todas as crianças demonstraram desconhecer o fio dental. Aparentemente nenhuma delas fazia uso deste recurso em suas residências. Este fato é preocupante evidenciando a necessidade de abordar esse assunto com mais frequência no meio educacional.

No momento da atividade sobre conscientização nutricional notou-se que algumas crianças tinham dificuldade em discernir entre “alimentos saudáveis” e “alimentos não saudáveis”, destacando ainda mais a importância dessa temática no âmbito escolar.

Durante a atividade sobre parasitoses foi observado interesse pelo tema por parte dos adolescentes, principalmente quando foram apresentadas imagens para explicar as doenças e também durante as dinâmicas.

Considerações

O ambiente onde a criança está inserida exerce influências positivas ou negativas para o seu desenvolvimento (HALPERN *et al*, 2000), pois ele estará repleto de significados e símbolos gerados por indivíduos que o compõem como sua família, profissionais de saúde e educação, entre outros (BRASIL, 2012). Visto que estes ambientes devem proporcionar estímulos e cuidados para o bom desenvolvimento infantil (BRASIL, 2006), podemos afirmar que a execução destas atividades tornou as instituições em questão ambientes mais favoráveis à aquisição de habilidades sensorio motoras e sociais.

IMPACTO NA FORMAÇÃO DOS GRADUANDOS

A formação do profissional da saúde, neste contexto, do profissional fisioterapeuta, é complexa e deve abranger uma grande quantidade de competências e habilidades a serem adquiridas ao longo da sua formação. Dentre estas está a capacidade de interagir com crianças e adolescentes, participar de programas de educação em saúde e estar apto para trabalhar em equipe, seja uni ou interprofissional.

Desta forma, estas experiências foram de extrema importância para a formação dos graduandos do curso de fisioterapia da UFPB, nos diversos aspectos necessários para a formação. Podemos notar esta importância nas falas de alguns graduandos.

“As atividades de educação em saúde nas creches impactaram de forma positiva a minha formação acadêmica me possibilitando uma experiência ímpar de trabalhar na construção de atividades para crianças voltadas principalmente ao desenvolvimento neuropsicomotor e sensorial associado com princípio de

cidadania; de forma didática e interprofissional. [...] me permitiram evoluir no aspecto da docência e ao mesmo tempo me levaram a aprofundar ainda mais meus conhecimentos [...].” - Graduando 1

O enfrentamento causado pelo contexto adverso das creches e escolas, muito diferente do contexto dos hospitais e clínicas, também foi apontado como um ponto positivo na construção profissional.

“Ter que integrar os conhecimentos da fisioterapia e planejar atividades levando em consideração os temas do calendário letivo, como “meio ambiente”, “arte contando história”, foi um desafio estimulante a nossa criatividade e protagonismo. Ser promotor de saúde no cenário da educação infantil foi uma experiência única e propícia para o desenvolvimento da autonomia e sensibilidade profissional para tomada de decisões, pois nos deparamos com diversas situações-problema durante a vivência.” - Graduando 2

É importante destacar a possível influência dessas atividades na vida familiar dessas crianças, como apontado por esse graduando:

“Sinto-me realizada desenvolvendo ações de educação, prevenção e promoção à saúde das crianças, pois sua repercussão vai além da vida desta, pode atingir toda uma família [...]. Além disso, essa vivência ressaltou a importância da inserção da minha profissão nas escolas [...]” - Graduando 3

“Fazer educação em saúde, para o público infantil, representou um ressignificar da minha visão sobre a promoção à saúde e um florescer de um novo olhar sob o cuidado ao enxergar o potencial preventivo que pode se desenvolver a partir do público infantil.” - Graduando 2.

Os benefícios dessas vivências em meio a realidade da formação acadêmica do fisioterapeuta, focada no tratamento e reabilitação de pessoas com doenças estabelecidas, é apontada por esse graduando:

“Atuar de forma multiprofissional, durante a graduação, no planejamento e execução de ações que promovam a saúde para a população me proporcionou a vivência de conceitos estabelecidos pela inserção do SUS que muitas vezes estão distantes da prática clínica. O acadêmico de fisioterapia [...] é preparado para reabilitar doenças já estabelecidas e pouco tem contato com políticas assistenciais que oferecem a comunidade conhecimentos [...] para ter uma qualidade de vida pautada na prevenção dessas desordens.” - Graduando 4

A partir de tais relatos, observa-se que as atividades em questão proporcionaram aos graduandos vivências uni e interprofissionais no contexto do PSE, contribuindo positivamente para a formação de profissionais reflexivos quanto aos impasses diários na comunidade, podendo intervir de forma eficaz na formação de crianças e adolescentes e, conseqüentemente, na realidade da população local. (ALVARENGA, 2013; FRANÇA, 2015).

CONCLUSÃO

O feedback por parte das crianças foi muito positivo, elas interagiram em todas as atividades, conseguindo cumprir com o que era proposto para elas. Assim, por meio das ações desenvolvidas, os estudantes de fisioterapia, em conjunto com os demais

estudantes e profissionais, contribuíram para o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças em vários âmbitos, de forma criativa e lúdica, aprimorando nelas a propriocepção, coordenação, equilíbrio, visão, tato, memória e interação social, bem como a consciência social e ambiental.

Diante das atividades propostas, foi possível obter um olhar diferenciado e ampliado da dimensão na qual o ser humano está vinculado, resultando, assim, no aprendizado em desenvolver atividades que possam abranger de modo simples e eficiente aspectos de suma importância para o desenvolvimento.

Estas atividades despertaram um novo olhar a respeito da importância de intervenções efetivas na saúde coletiva, mostrando a possibilidade de realizar ações com poucos recursos. Sendo, portanto, uma atividade enriquecedora para a formação de profissionais que buscam tratar o indivíduo como um ser biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. D. P. O. et al. Multiprofessional and interdisciplinary in health education: Experiences of undergraduates on regional interdisciplinary internship. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Brasil, v. 7, n. 10, p. 5944-5951, nov./out. 2013. Disponível em: <DOI: 10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201315>. Acesso em: 27 jul. 2018.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/ fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2018.

BATISTA, R. **A rotina no dia-a-dia da creche: entre o proposto e o vivido**. Florianópolis, SC. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal de Santa Catarina, 1998

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da União**, 5 dez.2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Parâmetros Nacionais de qualidade para a educação infantil. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 33. Brasília, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Diário Oficial da União** Brasília, DF. 11 nov. 2014 Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 28 jul. 2018.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996. 25-58 p.

FRANÇA, R. M. **Avaliação do desempenho dos alunos de graduação na área de saúde da UFPB no estágio regional interprofissional como promotores de saúde pública**. 2015. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Novas Tecnologias na Educação EAD) Universidade

GALLAHUE, D. L.; OZMUM C. J. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3º ed. São Paulo: Phorte, 2005.

GUARDIOLA, A.; EGEWARTH, C.; ROTTA, N. T. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em escolares de primeira série e sua relação com o estado nutricional. **J. Pediatri (Rio J)**, v.77, n.3, p.189-196, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572001000300009>>. Acesso em: 28 jul. 2018

HALPERN, R. et al. Risk factors for suspicion of developmental delays at 12 months of age. Risk factors for suspicion of developmental delay at 12 months of age. **J Pediatr (Rio J)**, v. 76, n. 6, p. 421-428, nov./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-06-421/ing.asp>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SILVA, C. R. R.; SILVA, L.; BAROBOSA, F. S. S. Desenvolvimento neuropsicomotor normal. In: Semana de Ciências e Tecnologia de Ariquemes, 1., 2010, Ariquemes. **Anais**. UNIR/Ariquemes, 2010.

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO DE HABILIDADES MOTORAS E CONSCIÊNCIA CORPORAL PARA PROMOÇÃO E ADOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Karina Durce

Centro Universitário São Camilo, Curso de
Fisioterapia
São Paulo – São Paulo

Sonia Maria Soares Rodrigues Pereira

Centro Universitário São Camilo, Curso de
Fisioterapia
São Paulo – São Paulo

Amanda Pimenta dos Santos Silva

Centro Universitário São Camilo, Curso de
Fisioterapia
São Paulo – São Paulo

Bárbara Zana Lopes

Centro Universitário São Camilo, Curso de
Fisioterapia
São Paulo – São Paulo

Camila Moran Berto

Centro Universitário São Camilo, Curso de
Fisioterapia
São Paulo – São Paulo

Maira Pereira de Abreu

Centro Universitário São Camilo, Curso de
Fisioterapia
São Paulo – São Paulo

Nathália Nistal Mariano da Cruz

Centro Universitário São Camilo, Curso de
Fisioterapia
São Paulo – São Paulo

Nayara Zanoni Pelegrine

Centro Universitário São Camilo, Curso de
Fisioterapia
São Paulo – São Paulo

RESUMO: A saúde e a educação são áreas que trabalhadas a partir da escola, permitem pensar em um cidadão consciente e com hábitos de vida saudáveis. Para promover, proteger e recuperar a saúde dos escolares, torna-se importante observá-los integralmente considerando os diferentes aspectos envolvidos no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) e o papel dos profissionais da saúde da educação. A Fisioterapia, tendo como objeto de estudo o movimento e a funcionalidade humana, aborda temas como o desenvolvimento infantil, articulando educação e saúde por meio de ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde individual e/ou coletiva. Neste capítulo será apresentado um programa de estimulação de habilidades motoras e consciência corporal na educação infantil para promoção e adoção de hábitos de vida saudáveis. Programas como este têm se mostrado eficazes e efetivos neste propósito, uma vez que valorizam o protagonismo dos alunos e seus familiares e são potencializados pela plasticidade neural da primeira infância.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia, desempenho psicomotor, estilo de vida saudável.

ABSTRACT: Health and education are areas that if worked from school, allow us to think of a citizen who is conscious and with healthy habits of life. In order to promote, protect and

recover the health of schoolchildren, it is important to observe them fully considering the different aspects involved in Neuropsychomotor Development and the role of health education professionals. Physiotherapy, focusing on human movement and functionality, addresses issues such as child development, articulating education and health through prevention, promotion, recovery and maintenance of individual or collective health. In this chapter we will present a program of stimulation of motor skills and body awareness in early childhood education to promote and adopt healthy habits. Programs like this have proven effective in this regard, since they value the protagonism of students and their families that are enhanced by the neural plasticity of early childhood.

KEYWORDS: Physical Therapy, Psychomotor Performance, Healthy Lifestyle

1 | INTRODUÇÃO

Articulando a tríade ensino-pesquisa e extensão e partindo do pressuposto de que a saúde e a educação são áreas que, trabalhadas a partir da escola, permitem pensar em um cidadão consciente e com hábitos de vida saudáveis, o programa foi desenvolvido por docentes e discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo – SP e objetiva investigar o efeito do mesmo na promoção e adoção de hábitos de vida saudáveis de alunos da educação infantil, com idades entre 4 anos e 6 meses à 6 anos. Trabalha ainda, sobre a premissa de que fatores ambientais, escolares e familiares podem influenciar no desenvolvimento das habilidades motoras e consciência corporal para hábitos saudáveis dos escolares.

O programa tem como documentos norteadores de seus objetivos e ações, o Plano Nacional de Extensão Universitária, o Programa Primeira Infância, a Política Nacional de Saúde do Escolar e os 17 objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas.

Como um programa de Extensão Universitária busca ultrapassar o âmbito acadêmico, no que se refere ao ensino e pesquisa, levando para a sociedade os produtos do processo de formação de pessoas e geração de conhecimento, que tenha o aluno universitário como protagonista. Corrobora ainda, com as metas para 2020 do Plano Nacional de Extensão Universitária, destacando os pilares: impacto e transformação social (atendendo as demandas regiões e parcerias), interação dialógica (igualdade de comunicação e contribuição entre sociedade e universidade, envolvimento em movimentos sociais), interdisciplinaridade (entre profissional, entre pessoas e organizações) e indissociabilidade (ensino, pesquisa e extensão).

Corrobora também com os princípios comuns aos demais documentos norteadores, uma vez que entende que a melhora dos aspectos psicomotores e de consciência corporal na infância, é de extrema importância para o desenvolvimento cognitivo e socioafetivo. Diante desse contexto, muitos pesquisadores têm buscado atividades que possam ser usadas na escola e que tenham resultados satisfatórios tanto para a aquisição motora como para a alfabetização da criança.

Fonseca (2008) considera o corpo como o primeiro dicionário infantil, repleto de experiências psicomotoras, às quais a criança pode recorrer ao longo de seu processo de alfabetização formal. As crianças passam a adquirir habilidades motoras a partir de suas próprias vivências. No contexto da educação infantil, a escola tem papel importante no desenvolvimento das habilidades psicomotoras, por meio de vivências e aprendizagem. Nesta fase, há grande plasticidade cerebral na qual o aprimoramento e os ganhos no desenvolvimento motor tornam-se possíveis.

A Psicomotricidade trabalha com o corpo, o movimento, a afetividade e as relações no processo de interação. O corpo é uma expressão da individualidade, a criança percebe-se e percebe as coisas que a cercam em função do seu próprio corpo. De acordo com Oliveira (2004), a criança se conhecendo, terá maior habilidade para se diferenciar, para sentir a diferença e o seu desenvolvimento é o resultado da interação do seu corpo com os objetos do seu meio, com as pessoas com quem convive e com o mundo onde estabelece ligações afetivas e emocionais.

Para Williams (2005), o desenvolvimento infantil pode ser colocado em risco por diversos fatores, tidos como fatores de risco, ou seja, condições ambientais ou biológicas que podem elevar a expectativa de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Aprematuridade, distúrbios neurológicos, respiratórios, cardiovasculares, baixo peso ao nascer, desnutrição e infecções neonatais são tidos como fatores biológicos de atraso neuropsicomotor. Entretanto alguns fatores sociais e ambientais têm grande influência, como baixo nível de escolaridade dos pais, condições socioeconômicas desfavoráveis e ambiente domiciliar e escolar com poucas ofertas de estímulos.

De acordo com PNSE (2006), para promover, proteger e recuperar a saúde dos escolares deve-se, a partir do ambiente escolar, considerá-los em seu contexto familiar, comunitário e social de forma integrada entre os profissionais da saúde e os da educação. O trabalho com a saúde do escolar desenvolve-se prioritariamente no ambiente escolar, local do desenvolvimento pedagógico, envolvendo, além das crianças e dos adolescentes, familiares e professores, no que se refere à promoção e à proteção da saúde, bem como do bem-estar físico-mental.

A preocupação excessiva com a alfabetização vem limitando o aprendizado motor das crianças, e levando os educadores a esquecer que a base para a aprendizagem infantil encontra-se no próprio corpo. Para Fonseca (2008), antes de aprender os conteúdos ministrados pela escola, o corpo deve estar com todos os elementos psicomotores estruturados (esquema corporal, lateralidade, organização espacial, organização temporal, coordenação e equilíbrio), pois sem essa organização a criança não está apta a sentar-se em uma cadeira e segurar um lápis para expressar no papel o que formulou em pensamento.

A melhora dos aspectos psicomotores e de consciência corporal é de extrema importância para o desenvolvimento cognitivo e socioafetivo que influencia, dentro de um contexto educacional, para uma aprendizagem mais significativa, transferindo a vivência em hábitos de vida saudável.

2 | O MÉTODO

O Programa aqui apresentado é desenvolvido por docentes e discentes de um Curso de Fisioterapia como uma atividade de ensino-pesquisa-extensão e aplicado em uma escola de educação infantil da rede privada do Estado de São Paulo, onde são beneficiárias diretas crianças de 4 anos e 6 meses a 6 anos e suas famílias.

São propostos 12 encontros semanais, divididos em 4 etapas, nos quais os dois primeiros destinam-se à sondagem e avaliação dos hábitos de vida diária e fatores do ambiente escolar e familiar que possam influenciar no desenvolvimento das habilidades motoras e consciência corporal; dez encontros com ações de educação e promoção de saúde, conscientização corporal, habilidades motoras e hábitos de vida saudável, por meio de uma abordagem lúdica sobre os sistemas do corpo humano, seus funcionamentos e correlação com sustentabilidade e preservação do meio como estratégias para hábitos de vida mais saudável; e os dois últimos reavaliação, como demonstrado na tabela a seguir:

Encontro	Etapa	Atividade
-	Etapa 1	Comunicação e autorização dos pais e/ou responsáveis
1	Etapa 2	Sondagem e avaliação inicial (checklists)
2	Etapa 3	Consciência e reconhecimento corporal
3	Etapa 3	Sistema Musculoesquelético
4	Etapa 3	Reforço Sistema musculoesquelético e apresentação da atividade proposta
5	Etapa 3	Sistema Respiratório
6	Etapa 3	Reforço Sistema Respiratório e apresentação da atividade proposta
7	Etapa 3	Sistema Cardiovascular
8	Etapa 3	Reforço Sistema Cardiovascular e apresentação da atividade proposta
9	Etapa 3	Sistema Digestório
10	Etapa 3	Reforço Sistema Digestório e apresentação da atividade proposta
11	Etapa 3	Sistema Nervoso Central
12	Etapa 4	Reavaliação com checklists e encerramento do projeto.

Tabela 1. Cronograma de atividades desenvolvidas no Programa

3 | SONDAAGEM E AVALIAÇÃO INICIAL

Neste primeiro momento é realizada uma observação da rotina e ambiente escolar e aproximação com as crianças, para a análise de suas habilidades, com foco nas habilidades motoras e no processo de interação entre as mesmas. São aplicados um check list de fatores ambientes na escola e a Bateria Psicomotora de Fonseca, na qual em uma amostra de 19 crianças, todas obtiveram resultado satisfatório ou bom nos itens observados como tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção de corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. O grupo avaliado neste programa (19

crianças), se encontra no corpo percebido, onde o ajustamento espontâneo da fase anterior, transforma-se em um ajustamento mais controlado, tendo portanto, um maior controle do corpo.

4 | CONSCIÊNCIA E RECONHECIMENTO CORPORAL

Após a observação e preenchimento dos instrumentos, é dado início a abordagem da consciência e reconhecimento corporal, realizando uma dinâmica individual, onde cada criança desenha a imagem da própria mão de acordo com a própria percepção.

Dos 19 alunos, 2 não realizaram a atividade, 14 realizaram e atingiram o objetivo proposto, destacando falanges, unhas e colorindo o desenho (Figura 1). Três das crianças realizaram a atividade, porém não atingiram o objetivo, entregando desenhos abstratos, com menos dedos e não pertinentes ao tamanho esperado, conforme exemplificado na Figura 02.



Figura 01: Representação da mão feita por uma das crianças do grupo.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.



Figura 2: Desenho elaborado por uma das crianças para representar a própria mão, que não correspondeu a proposta

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Na faixa etária dos 4 aos 7 anos, o desenho infantil demonstra a visão interna da criança e não o que é realmente visto. Esta fase é denominada como Estágio Pré-Operacional, está associada a uma visão subjetiva do mundo, influenciada pela criatividade, curiosidade e fantasia. A imagem corporal está relacionada às percepções,

experiências, sentimentos e pensamentos sobre o corpo e representa a maneira com que a pessoa percebe a si mesma e o mundo, o que está diretamente ligado ao comportamento, em especial as relações interpessoais (PFEIFER; ANHÃO, 2009).

Para compreender a consciência corporal como um todo, é realizada a atividade de “caça ao tesouro” com as partes do corpo humano, separadas por segmento e espalhadas por diversos locais, que exigem diferentes noções espaciais. As crianças encontraram com mais facilidade as imagens que estavam “escondidas” em locais baixos e de fácil visualização; e apresentaram maior dificuldade em encontrar as espalhadas em locais mais altos e que exigiam mais atenção. Com o intuito de reforçar o aprendizado, após encontrarem todas as imagens, as crianças tiveram que montar a representação do corpo, como pode-se observar na Figura 3.



Figura 3: Aluna montando a representação do corpo com as imagens encontradas na atividade de caça ao tesouro.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Todas as crianças atingiram a proposta da atividade, encontrando ao menos duas figuras cada um, porém, na montagem do corpo, alguns segmentos foram colados em locais inadequados (braço direito no lugar do esquerdo), evidenciando a fase de desenvolvimento dos aspectos psicomotores.

Ao longo da infância é preciso que a criança vivencie atividades que promovam o desenvolvimento da organização espacial, pois a percepção do espaço que a rodeia e das relações entre elementos que o constituem influenciará diretamente no desenvolvimento de suas funções sociais, cognitivas e físicas; por meio de noções de perto e longe, acima e abaixo, que são fundamentais para situações que ela encontrará no seu cotidiano. (ROSA NETO, 2002)

Findada esta fase, é confeccionada de maneira coletiva, uma boneca de sucata (Figura 4) para o trabalho de conscientização corporal, conhecimento do corpo humano e suas funções, sustentabilidade e hábitos saudáveis. São realizados encontros, nos quais boneca de sucata simuladora do corpo humano é utilizada e permite a correlação entre o funcionamento dos sistemas e os benefícios de práticas saudáveis de vida.



Figura 4. Boneca de Sucata

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto

O grau de complexidade das explicações sobre os diferentes sistemas se dá de acordo com o grau de instrução dos alunos e as atividades são baseadas no conceito do Ciclo de Aprendizagem Vivencial. Este, deriva da História da Educação Vivencial e do modelo proposto por David Kolb, no qual a taxa média de retenção de informação é de 90% por participar de experiências, 70% de simulações, 50% de discussões em grupo, 40% de demonstrações e apenas 20% por meio de palestras.

As ações voltadas à aprendizagem dos sistemas e sua correlação com os hábitos de vida saudável do Programa de estimulação de habilidades motoras e consciência corporal para promoção e adoção de hábitos de vida saudáveis são adaptadas ao Ciclo de Aprendizagem Vivencial (CAV) como demonstra a figura 5 e contempla as cinco fases.



Figura 05. Adaptação do Programa ao Ciclo de Aprendizagem Vivencial.

As ações são divididas em cinco sistemas do corpo humano e quatro fases cada.

Na fase 1 é realizada uma vivência prática, na qual ocorre um despertar para aquele referido sistema e a criança vivencia as sensações e emoções da atividade.

Na fase 2 ocorre um compartilhamento destas sensações e sua correlação com o funcionamento do sistema. Neste momento os alunos constroem o sistema na Boneca de Sucata e discutem bons hábitos que podem promover a saúde, sempre de maneira lúdica e com o aluno protagonizando e construindo seu conhecimento.

Na fase seguinte, fase 3 são propostas atividades domiciliares, incentivando o compartilhamento do aprendizado com a família e fortalecendo a relação família *versus* adoção de hábitos saudáveis.

Na fase 4, após a atividade domiciliar, a criança traz para a roda de conversa o que foi discutido e vivenciado no ambiente domiciliar e o conteúdo é reforçado por meio de jogos e brincadeiras.

Nos próximos parágrafos veremos alguns exemplos de atividades realizadas no relato de experiência do Programa de estimulação de habilidades motoras e consciência corporal para promoção e adoção de hábitos de vida saudáveis, que não se esgotam e abrem um amplo leque de possibilidades.

5 | SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Na fase 1 deste sistema os alunos realizam uma dinâmica para vivenciar a contração muscular e mobilidade, composta por uma atividade com um bambolê, na qual as crianças formam uma roda e dão as mãos, como demonstrado na figura 06.

Todos os alunos atingiram o objetivo da atividade e demonstraram-se colaborativos, trabalhando o equilíbrio, a coordenação e a lateralidade; entretanto uma minoria teve dificuldade em compreender inicialmente a atividade, soltando as mãos quando recebiam o bambolê. As atividades psicomotoras envolvem os aprendizados pré-escolares; leva a criança a ter consciência de seu corpo, da lateralidade, localizar-se no espaço, controlar seu tempo e adquirir a habilidade de coordenar os seus movimentos e expressões (BESSA; MACIEL, 2016).



Figura 6: Fase 1 do Sistema Musculoesquelético - Vivência e experimentação

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Para complementação da vivência, os alunos recebem um mini boneco, pré-confeccionado, somente com a silhueta, para preenchimento com a colagem de partes do corpo após a explicação de cada um dos sistemas, de acordo com o sistema apresentado no dia.

Em seguida, é realizada uma roda de conversa com os alunos, onde é abordada a estrutura do corpo humano, explicando as principais funções dos músculos, ossos e articulações. Após, é entregue partes do esqueleto humano para a montagem e identificação de esquema corporal (Figura 7). Todas as crianças conseguiram realizar a atividade proposta, colando as partes do esqueleto dentro da folha sulfite; apresentando dificuldade apenas na identificação dos lados dos membros.

É importante o desenvolvimento de noções de referência espacial (lateralidade), visto que é a consciência do corpo em relação ao meio, é a capacidade da criança de nortear-se em relação às pessoas, aos objetos e ao seu próprio corpo em um determinado ambiente. Conseguir identificar o que está à esquerda ou à direita; à frente ou atrás; acima ou abaixo, bem como, um objeto em comparação a outro (ASSUNÇÃO; COELHO, 1997).

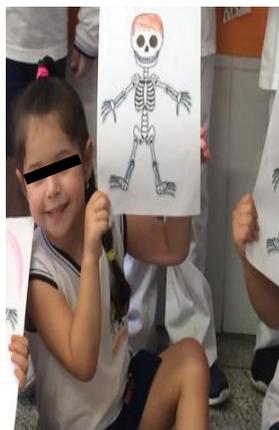


Figura 7: Aluna após a montagem do esqueleto humano.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Para a fixação deste sistema, é ressaltada a importância de hábitos de vida saudáveis para o bom desenvolvimento dos ossos, músculos e articulações.

Na fase 3 deste sistema, como reforço, é proposta uma atividade extra sala, na qual as crianças colam ou desenham atividades que ajudam a manter os ossos, músculos e articulações fortes e saudáveis, auxiliadas por seus pais ou responsáveis. As imagens que mais se repetiram respectivamente foram: atividade física e alimentação saudável.

Na fase 4, cada uma das crianças explica o motivo da escolha das atividades ilustradas, sendo assim, esta dinâmica possibilita a vivência prática da atividade física para demonstrar a resposta muscular ao exercício e a importância de uma alimentação saudável.

6 | SISTEMA RESPIRATÓRIO

Na fase 1 é abordado o sistema respiratório por meio de uma atividade utilizando canudos e algodões individuais. Os alunos são divididos em 2 grupos, tiveram que assoprar o algodão com um canudo até chegar ao final do espaço delimitado, como se fosse uma “corrida” (Figura 8). A atividade tem como objetivo a percepção da relação da entrada e saída de ar de seus pulmões com os demais órgãos do sistema, ressaltando a importância da inspiração e expiração e dos hábitos saudáveis.

A organização espacial representa a orientação do indivíduo no espaço tendo como referência primeiro a si mesmo para posteriormente em relação aos objetos e/ou pessoas estáticos e em movimento. Todas as modalidades sensoriais participam na percepção espacial, e esta garante ao ser humano a evolução de comportamentos essenciais relativos à mobilidade, orientação e exploração (ROSA NETO, 2002; FONSECA; BELTRAME; TKAC, 2008).



Figura 8: Aluna realizando a atividade “corrida do algodão”.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Após esta atividade, na fase 2, foi explicado na boneca de sucata, de modo

didático e simples o funcionamento do sistema e hábitos saudáveis.

Como fixação, foi realizado um *quiz* onde os alunos foram divididos em dois grupos e precisavam estourar uma das bexigas presas a um varal de barbante e dentro havia uma pergunta.

Na fase 3, foi enviado como atividade extra sala um exercício para ilustrar hábitos de vida que fazem bem para a respiração e meio ambiente e hábitos que a prejudicam (Figura 9). As ilustrações que mais se repetiram nos bons hábitos, foram árvores e atividade física; já nos hábitos ruins, a fumaça de automóveis e cigarro.

Como atividade da fase 4 cada um dos alunos apresentou sua atividade extra sala em roda e após, correlacionarmos a percepção da inspiração e expiração nas atividades do cotidiano, enfatizando também os benefícios das atividades físicas para a prevenção de doenças e fatores de riscos.

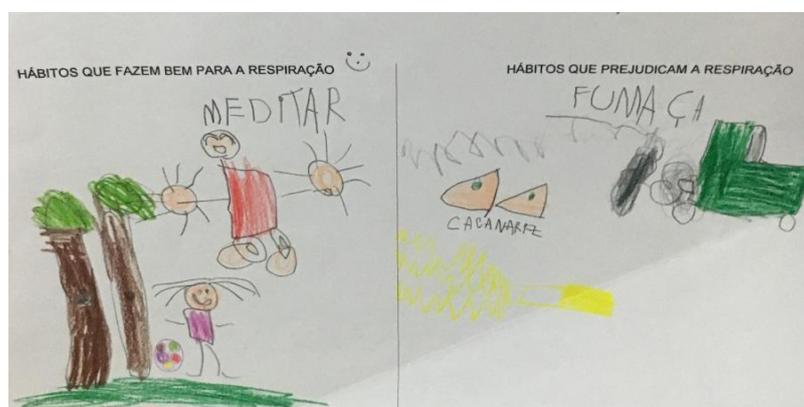


Figura 9: Atividade de reforço realizada em casa com base no sistema respiratório

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

7 | SISTEMA CARDÍACO

Na fase 1 de vivência e experimentação deste sistema, é realizada uma dinâmica de conscientização, na qual é proposta uma brincadeira de pega-pega. Em seguida, ainda agitadas, as crianças são organizadas em duplas para que sintam os batimentos cardíacos uns dos outros, com posterior explicação didática sobre o motivo pelo qual isso ocorre. As crianças ficaram entusiasmadas com a experiência de “ouvirem” o próprio coração, surpresas com a diferença da percepção em movimento e em repouso.

Para fixação, foi realizado um caça ao tesouro com imagens que demonstravam hábitos de vida saudáveis e ruins conforme exemplificado na Figura 10, que estavam espalhadas no pátio em diferentes locais, que exigiam mais ou menos atenção para serem encontrados.



Figura 10: Imagens utilizadas na atividade de caça ao tesouro.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Na fase 3 é encaminhada uma atividade extra sala, para realização das crianças com os pais. O exercício partia da pergunta “quais atividades fazem o nosso coração bater mais rápido?”, abordando a importância do coração no funcionamento do corpo. Das 19 crianças, apenas 11 realizaram a atividade proposta, ilustrando hábitos de vida saudáveis, como esportes e brincadeiras.

8 | SISTEMA DIGESTÓRIO

Direcionado a introduzir o tema do sistema digestório, é solicitado aos pais que enviem a fruta preferida de seu filho no dia da atividade relacionada ao paladar. Nesta atividade as crianças degustam os alimentos e ocorre uma conversa sobre a alimentação correta e saudável, tratando da importância de hábitos saudáveis e do funcionamento do sistema digestório, uma vez que não é só sentir o sabor dos alimentos e deglutir, mas que o ato de comer envolve a digestão de cada um dos alimentos que se consome. As crianças foram vendadas e desafiadas a descobrirem qual era a fruta que estavam experimentando, conforme mostrado na figura 11.



Figura 11: Aluno realizando a dinâmica relacionada ao paladar, correspondente ao sistema digestório.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Para a fixação, é realizada uma atividade estimulando as crianças com hábitos de alimentação correta e saudável, na qual é confeccionada uma boca de palhaço aberta e bolas de papel com figuras de alimentos saudáveis e não saudáveis onde crianças arremessam as bolas com os alimentos saudáveis na boca e os alimentos não saudáveis no lixo (Figura 12).



Figura 12: Aluno realizando a atividade da boca do palhaço.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

A atividade é finalizada apresentando o sistema digestório de maneira lúdica, explicando na Boneca de Sucata o trajeto do alimento até a eliminação.

Na fase 3, como atividade extra sala, é encaminhada uma atividade referente à alimentação saudável, na qual é solicitado que as crianças pintem os alimentos que fazem o intestino funcionar bem por ofertar vitaminas e minerais ou assinalem com um “X” os alimentos que não fazem bem para a saúde quando consumidos em excesso, conforme a Figura 13. Treze alunos realizaram a atividade, porém alguns alimentos foram pintados por algumas crianças e os mesmos sinalizados com um “X” por outras.

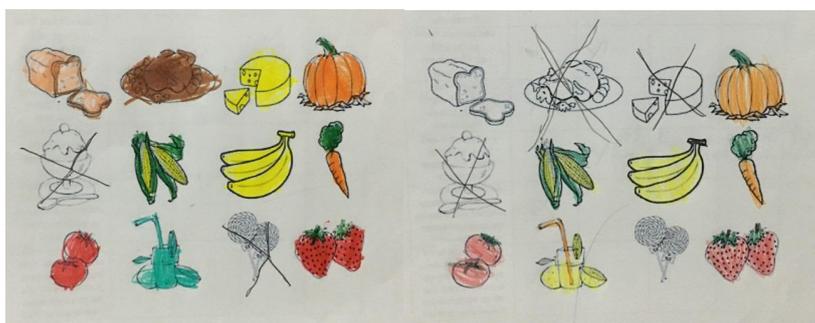


Figura 13: Atividade de reforço feita em casa sobre o sistema digestório.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

9 | SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Na fase 1 é realizado um jogo da memória, explicando um dos papéis do sistema nervoso central no corpo humano: a memória (Figura 14).



Figura 14: Alunos realizando a atividade do jogo da memória.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Como atividade de fixação, é realizado um *quiz* no qual os alunos são divididos em dois grupos e precisam estourar uma das bexigas presas a um varal que contém uma pergunta, sendo esta a respeito de todos os sistemas abordados no projeto (Figura 15).

As 19 crianças participaram da atividade e todas acertaram as questões, demonstrando eficácia na metodologia de ensino adotada.

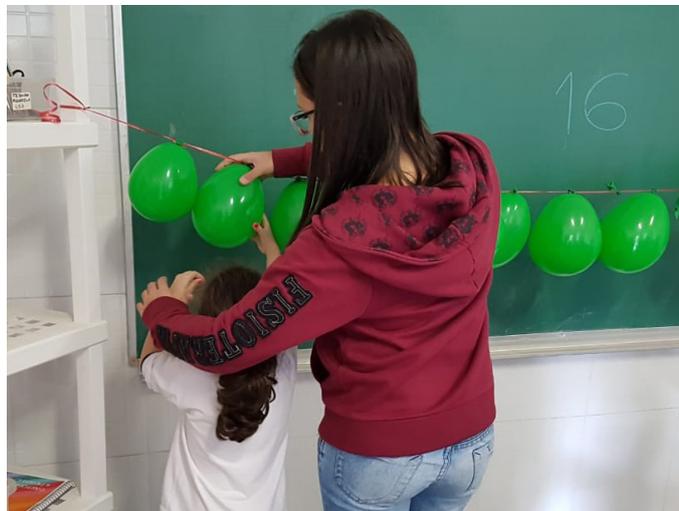


Figura 15: Aluna estourando uma das bexigas para a atividade do quiz.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.

Ao fim da atividade, as crianças finalizam o “mini boneco” com a colagem das imagens dos “mini cérebros”.

Todas colaram no mesmo local: na parte superior do desenho da cabeça do boneco (próximo ao contorno) de modo centralizado, mostrado na Figura 16; terminando o preenchimento deste.

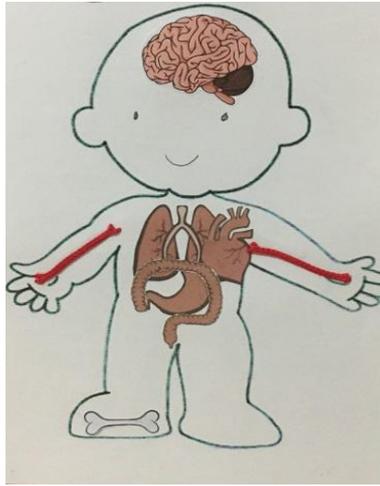


Figura 16: Boneco preenchido com as imagens de cada um dos sistemas.

Fonte: Acervo pessoal das pesquisadoras integrantes do projeto.⁷

10 | AVALIAÇÃO FINAL

Ao final do Programa é reaplicada a Bateria Psicomotora de Fonseca, sendo que neste programa observou-se que todas (19) as crianças evoluíram em itens marcados inicialmente de satisfatório para bom. Analisando os itens individualmente, duas (2) crianças passaram de bom para ótimo em um item; uma (1) criança de bom para ótimo em 2 itens e 1 criança passou de bom para ótimo em 3 itens. Nos itens lateralidade e noção do corpo, todas as crianças não apresentaram evolução em seus resultados finais.

11 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer das ações pode-se observar que as atividades psicomotoras no ambiente escolar e os vínculos familiares se tornam significativos para as escolhas e hábitos de vida saudáveis. A estimulação psicomotora, proporcionou avanços na consciência corporal, aperfeiçoando e refinando os movimentos adquiridos e permitindo à criança, como demonstrado no decorrer do trabalho, o controle do próprio corpo.

Como atividade de extensão destaca-se pelo impacto positivo na formação, transformação social, contribuição entre sociedade e universidade, interdisciplinaridade como outros setores e indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Elisabete; COELHO, Maria Teresa. **Problemas de Aprendizagem**. São Paulo: Ática, 1997.

BESSA, Larissa Aparecida Silva; MACIEL, Rosana Mendes. **A Importância da Psicomotricidade no Desenvolvimento das Crianças nos Anos Iniciais**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 1. Vol. 12. pp 59-78., dezembro de 2016. ISSN: 2448-0959.

BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE, Associação. **O que é psicomotricidade**. Disponível em: <<https://psicomotricidade.com.br/sobre/o-que-e-psicomotricidade/>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)**. Despacho n.º 12.045/2006. Diário da República, n.110, 7 de junho de 2006.

DE CAMPOS OLIVEIRA, Gislene. **Psicomotricidade**: Educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 33 p.

FONSECA, V. da. **Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PFEIFER, Luzia Iara; ANHAO, Patrícia Páfaró Gomes. **Noção corporal de crianças pré-escolares: uma proposta psicomotora**. Rev. NUFEN. 2009, vol. 1, n.1, pp. 155-170. ISSN 2175-2591.

ROSA NETO, Francisco. **Manual de avaliação motora**. Porto Alegre: Artmed, 2002

WILLIAMS, L. et. al. **Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área**. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v13n2/v13n2a02.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2018.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DOCENTES DE FISIOTERAPIA PÓS EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

Cinthia Rodrigues de Vasconcelos

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Fisioterapia, Recife-
Pernambuco

Carine Carolina Wiesiolek

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Fisioterapia, Recife-
Pernambuco

Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Universidade Federal de Pernambuco/Centro
Acadêmico de Vitória, Curso Bacharelado
em Saúde Coletiva, Vitória de Santo Antão-
Pernambuco

Luana Padilha da Rocha

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Fisioterapia, Recife-
Pernambuco

Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral

Faculdades Integradas da Vitória de Santo Antão,
Curso de Bacharelado em Fisioterapia, Vitória de
Santo Antão-Pernambuco

Washington José dos Santos

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Medicina Social, Recife-
Pernambuco

RESUMO: **Introdução:** A epidemia pelo vírus Zika no Brasil e a síndrome congênita relacionada, incluindo a microcefalia, foram instituídas como emergência em Saúde Pública. Diante deste cenário, o Conselho Regional de

Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO-1) criou um Grupo de Trabalho em Fisioterapia na Síndrome Congênita do Zika Vírus (GT-FSCZV). **Objetivo:** Relatar as ações desenvolvidas do GT-FSCZV que fomentaram a rediscussão do processo de formação de fisioterapeutas na atenção integral à saúde da criança. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiências das ações realizadas no Brasil pelo GT-FSCZV, no período de 2016 a 2018, seja pelos próprios membros ou por parceiros (outros fisioterapeutas; instituições de ensino superior; secretarias de saúde; instituições de pesquisa; movimentos associativos; entre outros). Todas as ações buscaram a garantia na integralidade no cuidado às crianças, baseando-se na complexidade dos casos, na dificuldade no acesso aos serviços de reabilitação e na frágil articulação da rede. **Resultados:** Após traçar perfil dos fisioterapeutas que atuavam com saúde da criança no estado de Pernambuco, realizou-se várias oficinas que culminaram no Modelo Lógico de atuação profissional (da fisioterapia e multidisciplinar), além de um Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia. Em seguida, estes instrumentos foram inseridos na formação de fisioterapeutas, bem como em programas de educação permanente desta categoria profissional. **Conclusão:** A docência em fisioterapia promoveu o fortalecimento do

ensino, da qualificação profissional e do fomento a educação permanente em saúde, especialmente na garantia do cuidado integral à saúde da criança, especialmente as com deficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Zika vírus; Saúde da criança; Fisioterapia; Educação em saúde.

ABSTRACT: Introduction: The Zika virus epidemic in Brazil and related congenital syndrome, including microcephaly, were instituted as an emergency in Public Health. In view of this scenario, the Regional Council of Physiotherapy and Occupational Therapy of the 1st Region (CREFITO-1) created a physiotherapy working group on in Zika Virus Congenital Syndrome (GT-FSCZV). **Objective:** To report the actions developed by the WG-FSCZV that fostered the re-discussion of the training process of physical therapists in the integral health care of children. **Methodology:** This is an account of experiences of the actions carried out in Brazil by the GT-FSCZV, from 2016 to 2018, either by the members themselves or by partners (other physiotherapists, higher education institutions, health secretariats, research institutions, associative movements, among others). All the actions sought to guarantee in integrality in the care of children, based on the complexity of the cases, the difficulty in accessing the rehabilitation services and the fragile articulation of the network. **Results:** After tracing the profile of the physiotherapists who worked with the child's health in the state of Pernambuco, several workshops were held that culminated in the Logical Models of professional performance (physiotherapy and multidisciplinary), as well as a Book of Integral Attention to Children's Health, in the field of physical therapy. Then, these instruments were inserted in the training of physiotherapists, as well as in permanent education programs of this professional category. **Conclusion:** Teaching in physiotherapy promoted the strengthening of teaching, professional qualification and promotion of permanent health education, especially in guaranteeing integral health care for children, especially those with disabilities.

Keywords: Zika virus; Child health; Physical Therapy; Health education.

1 | INTRODUÇÃO

A infecção fetal pelo vírus Zika (VZIK) causa graves anomalias no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central. Os principais achados da síndrome congênita pelo VZIK são a desproporção craniofacial com aspecto microcefálico associada a calcificações predominando na junção córtico-subcortical, malformações do desenvolvimento cortical, ventriculomegalia e anormalidades na formação do corpo caloso (RIBEIRO et al., 2017). Dentre as alterações encontrada pelo VZIK, destacam-se a hipertonia global grave com hiperreflexia, irritabilidade, hiperexcitabilidade, choro excessivo, distúrbio de deglutição além de déficits auditivos e visuais (EICKMANN et al., 2016).

Em mulheres grávidas o contágio pode se resultar em uma difícil jornada para a criança e para a mulher, pois o feto pode sofrer alterações em seu desenvolvimento. Grande parte das pessoas que são infectadas pelo vírus não possuem sintomas, logo,

é primordial uma vigilância criteriosa e efetiva para a detecção dos casos (OLIVEIRA et al., 2016; SOUZA et al., 2016).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2015), no período de 2010 a 2014, uma média de 156 casos de microcefalia foi registrado no Brasil através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Todavia, apenas no ano de 2015 foram registrados 1.247 recém-nascidos com essa malformação, sendo Pernambuco o estado brasileiro com maior número de casos, totalizando 646 bebês atingidos pela epidemia da Síndrome Congênita do Zika Virus (SCZV) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 11 de novembro de 2015, diante da alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, em Pernambuco e outros estados, o Ministério da Saúde decretou situação de emergência em Saúde Pública de importância nacional (VARGAS et al., 2016).

Por se tratar de uma questão de saúde pública, envolve aspectos éticos, sociais, financeiros e clínicos, representando por si só um desafio. Significa que a população está enfrentando um enorme desafio que necessita de um sistema de assistência qualificado, multiprofissional, intersetorial, que atenda as necessidades dos envolvidos. É indispensável a existência de formas de cuidado e ações de intervenção ao longo do desenvolvimento da criança, além de apoio aos pais, familiares e demais cuidadores, com o intuito de garantir qualidade de vida aos envolvidos nesse processo.

Diante da necessidade urgente de mobilização e de intervenções para garantir a integralidade do cuidado às crianças e às suas famílias, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO-1) instituiu um Grupo de Trabalho em Fisioterapia na Síndrome Congênita do Zika Vírus (GT-FSCZV).

O objetivo do GT-FSCZV foi garantir à sociedade pernambucana, em especial às famílias acometidas pela síndrome, avaliação e atendimento de excelência nas áreas da Fisioterapia. O trabalho foi pautado na demanda gerada por essa epidemia, desde a complexidade envolvida nos casos, a dificuldade no acesso aos serviços de reabilitação e a frágil articulação entre atenção básica e rede especializada. Dessa forma, o objetivo deste artigo é relatar as ações desenvolvidas pelo GT-FSCZV que fomentaram a rediscussão do processo de formação de fisioterapeutas na atenção integral à saúde da criança, a partir da construção coletiva de docentes da área de fisioterapia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou como ferramenta metodológica o relato de experiência, com o objetivo de apresentar as ações realizadas pelo GT-FSCZV no Brasil, primordialmente no estado de Pernambuco, por se tratar do local de origem deste GT.

O período de realização deste trabalho é de março de 2016 à julho de 2018, iniciando-se no momento de publicação da Portaria Nº 075/2016 do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO-1), que institui a criação do GT-FSCZV, até o momento de organização da IV turma da formação para os profissionais vinculados à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, intitulada “Qualificação da atenção à saúde infantil: fortalecendo o cuidado à criança com deficiência em tempos de Zika Vírus”, que representa a conclusão do planejamento estipulado para o ano de 2018.

A partir da sua criação, o GT-FSCZV deparou-se com um grande desafio, que era conciliar a garantia à sociedade de uma avaliação e atendimento fisioterapêuticos de qualidade, dentro da integralidade do cuidado, para as famílias acometidas pela SCZV, com a função desta autarquia federal, que é normatizar e exercer o controle ético, científico e social das atividades de Fisioterapia.

Assim, para alcançar esse desafio, as ações realizadas pelo GT abrangeram áreas políticas, regulamentadoras, educativas e fiscalizadoras e, à medida que as primeiras ações planejadas foram sendo concretizadas, as novas ações que iam surgindo, foram sendo remodeladas a partir da conscientização de alguns aspectos, como:

(1) o trabalho não deveria estar restrito às crianças e famílias acometidas pela SCZV, mas sim ser ampliado para todas as crianças, especialmente as com deficiência, cujas necessidades são as mesmas, independente da condição clínica apresentada;

(2) os investimentos das ações deveriam extrapolar a assistência “do momento”, mas sim garantir esse cuidado ao longo do tempo. Para isso, fez-se necessário a rediscussão do processo de formação do Fisioterapeuta, desde a graduação até ao processo de educação permanente dos profissionais já inseridos na rede;

(3) mediante a magnitude e complexidade da situação, a equipe executora deste projeto deveria ser ampliada, não de uma forma apenas formal, mas sim da co-responsabilização das pessoas nesse processo. Para isso preconizou-se a utilização constante dos princípios e ferramentas da metodologia ativa, incentivando as construções coletivas. A intersectorialidade também foi imprescindível para o sucesso alcançado;

(4) a área de abrangência das ações do GT-FSCZV necessitavam extrapolar a circunscrição geográfica do estado de Pernambuco, inclusive para que pudessem garantir à durabilidade das propostas construídas e executadas e, se possível, interferir nas políticas públicas que garantirão os direitos desta parcela da sociedade.

A primeira estratégia executada pelo GT foi a aplicação de um questionário *on line* para identificar o perfil dos fisioterapeutas que atuavam na área da Saúde da criança, no estado de Pernambuco, e assim entender quais as reais necessidades destes profissionais. Este questionário foi enviado pelo *mailing list* do próprio CREFITO-1, entendendo-se que esta era uma estratégia para obter um maior número possível de respostas, num curto período de tempo.

A partir das respostas obtidas neste questionário, foram planejados eventos científicos e oficinas, com o intuito de facilitar as trocas de experiências voltadas à atenção à saúde da criança, baseando-se no contexto profissional da realidade dos serviços e territórios ocupados e na reflexão da prática vivenciada pela formação profissional nos diversos ambientes de trabalho. Em todos esses momentos, como público alvo, priorizou-se a participação de Fisioterapeutas que exercessem a docência, seja no âmbito da graduação ou da pós-graduação, inclusive nas residências profissionais.

Esses eventos e oficinas buscavam organizar o processo de trabalho no âmbito da assistência à criança, inclusive preocupando-se com o fortalecimento da rede de atenção à saúde (RAS) que assiste a esta população e ao Sistema Único de Saúde (SUS) conseqüentemente. Entretanto, para que a adesão acontecesse e modificação da realidade existente fosse concretizada, fez-se necessário que o modelo de processo de trabalho que fosse proposto tivesse sido desenvolvido pelos próprios profissionais, para que assim o empoderamento e o reconhecimento da proposta estivessem garantidos.

Todos os produtos e encaminhamentos das ações pelo GT-FSCZV fomentaram a discussão política e técnica para a elaboração da proposta de formação intitulada “Qualificação da atenção à saúde infantil: fortalecendo o cuidado à criança com deficiência em tempos de Zika Vírus”, que fazia parte do Projeto de Educação Permanente.

Esta formação, desde o conteúdo metodológico, logístico e técnico-científico, contou com a construção de vários atores além do GT, como: Conselho Regional de Fonoaudiologia (CREFONO-4); Conselho Regional de Psicologia (CRP 02); e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES/PE (Escola em Saúde Pública de Pernambuco, Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Com Deficiência, Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária em Saúde, Núcleo de Apoio de Famílias das Crianças com a SCZV).

Por fim, o trabalho realizado pelo GT-FSCZV, seja em alguma de suas ações, contou ainda com a parceria e/ou apoio das seguintes instituições: instituições de ensino superior dos cursos de graduação em Fisioterapia dos estados de Pernambuco e do Rio Grande do Norte; instituições de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz); Secretaria de saúde do Estado do Rio de Janeiro; Secretarias de saúde de vários municípios de Pernambuco e também de Maceió/Alagoas; movimentos associativos, como Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação dos Fisioterapeutas do Brasil (AFB), Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN), Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA); movimentos dos usuários, como Aliança das Famílias de Doenças Raras (AMAR) e união de Mães de Anjos (UMA); entre outras.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, a partir do questionário intitulado ‘Conhecendo o perfil dos Fisioterapeutas que atuam na saúde da criança e do adolescente, nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde do estado de Pernambuco’, traçou-se o perfil dos profissionais, a partir das respostas de 135 Fisioterapeutas, obtendo-se as seguintes informações: 80% (n=108) eram do sexo feminino; a faixa etária variou de 23 a 59 anos e 85,92% dos profissionais formaram-se entre os anos de 2001 a 2016.

Ainda sobre o perfil dos fisioterapeutas, 79,25% possuem curso de aperfeiçoamento/especialização na área de pediatria; 23,7% concluíram mestrado e 5,18% são doutores. A maioria desses profissionais informou que presta assistência à crianças e adolescentes ‘muito frequentemente’ (34,07%) e ‘frequentemente’ (24,44%) em diversas áreas de especialidades, sendo a ‘Neurologia infantil’ uma das mais citadas (48,14%). Desses, 38,51% prestam assistência à crianças com a SCZV.

Quando perguntados se gostariam de participar de cursos de formação/capacitação para o cuidado de crianças com SCZV, 93,34% do total informaram que gostaria de participar, sendo o tema “Abordagens terapêuticas” mais citado (74,81% das respostas) (Tabela 1).

O QUE VOCÊ GOSTARIA QUE FOSSE ABORDADO NA FORMAÇÃO?	n (%)
Métodos de avaliação	97 (71,85)
Abordagens terapêuticas	101 (74,81)
Cuidados e orientações domiciliares	75 (55,55)
Cuidados e abordagens familiares	34 (25,18)
Tecnologia Assistiva	75 (55,55)
Abordagem interdisciplinar	91 (67,40)
Conhecimento da rede de atenção à saúde	69 (51,11)

Tabela 1 – Temas de interesse em capacitação dos Fisioterapeutas atuantes no Estado de Pernambuco (n=135) que responderam ao questionário do GT/CREFITO-1, no primeiro semestre de 2016

Fez-se necessário também o reconhecimento do perfil clínico-biológico e socioeconômico das crianças acometidas pela SCZV, sendo esta uma das demandas oriundas das instituições de ensino, que, ao comprometerem-se com uma formação voltada às necessidades locorregionais, começaram a contribuir com o GT na organização de discussões científicas multidisciplinares e intersetoriais, bem como com mutirões para assistência às crianças e orientações aos familiares, sempre que possível em parceria com serviços da RAS e com os gestores vinculados ao SUS.

A identificação do perfil dos profissionais e do perfil clínico-biológico e socioeconômico das crianças acometidas contribuíram para o planejamento de ações e intervenções, por parte do GT-FSCZV, que atendessem às necessidades dos

profissionais, na realidade das famílias acometidas.

Após essas etapas e realizando revisões das evidências científicas publicadas na época (COFFITO, 2016), verificou-se a necessidade da existência de materiais que fornecessem informações técnicas que subsidiassem, não só a assistência fisioterapêutica das crianças, mas também o processo de trabalho para a garantia dessa assistência. Daí propôs-se a elaboração de um “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia”.

Com este objetivo foram realizadas duas oficinas de 8 horas cada, para promover a troca de experiências dos profissionais de diversas categorias que assistissem crianças em seu exercício profissional. As oficinas foram intituladas como *Encontro de profissionais que assistem crianças e adolescentes, do estado de Pernambuco*.

A idéia era que fosse identificado e mapeado o contexto profissional das diversas realidades dos serviços, nos mais diferentes territórios existentes no estado de Pernambuco, além da valorização das diversas práticas vivenciadas nestes ambientes de trabalho. A primeira oficina foi multidisciplinar e aconteceu em julho de 2016 numa instituição de ensino superior (IES) particular de Pernambuco, tendo a participação de aproximadamente 120 profissionais, incluindo nesse grupo docentes em fisioterapia (Figura 1).



Figura 1: I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Oficina com profissionais inseridos nas diversas esferas da assistência à saúde da criança

Na metodologia dessa oficina foi utilizado casos reais da SCZV que possibilitaram discussão sobre as atribuições comuns e específicas das diversas categorias profissionais envolvidas na assistência, elencando as dificuldades e potencialidades na condução do cuidado. Com base nos produtos obtidos, que foram devidamente organizados, realizou-se a segunda oficina, que desta vez teve como público alvo apenas Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, incluindo mais uma vez os que exercessem a docência.

O principal objetivo da segunda oficina foi trabalhar o produto consolidado pelo GT em cada uma das categorias, separadamente, validando a proposição de um modelo lógico (ML) de atuação profissional, entendendo que o ML é uma ferramenta

bastante útil, que permite de maneira visual e sistemática apresentar as relações entre recursos necessários, intervenções (atividades planejadas) e efeitos esperados (produtos, resultados e impactos) que se pretende alcançar com um determinado programa (BEZERRA, CAZARIN e ALVES, 2010).

Iniciou-se assim a elaboração do “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia”, cuja publicação para tiragem gratuita aconteceu em maio de 2018, a partir do lançamento nacional e simultâneo no XXII Congresso Brasileiro de Fisioterapia (COBRAF), em Belo Horizonte/ Minas Gerais, e no 13º Congresso Internacional da Rede Unida (REDE UNIDA), em Manaus/Amazonas (disponível em <http://.crefito1.org.br/caderno-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-no-ambito-da-fisioterapia-disponivel-para-download/>; Editora Redeunida) (Figura 2).



Figura 2: Caderno de atenção integral á saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia, construído a partir de discussões com Fisioterapeutas do Estado de Pernambuco, com *expertise* na assistência à criança com deficiência

Para a concretização do “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia” foram realizadas outras ações no intervalo de agosto de 2016 a maio de 2018, com o intuito de apresentar e debater o conteúdo que estava sendo organizado.

Em agosto de 2016, foi iniciada a realização de oficinas piloto, com temáticas identificadas a partir das respostas obtidas nos questionários aplicados aos profissionais do Estado de Pernambuco. Ao todo, nas quatro oficinas realizadas, foram capacitados aproximadamente 200 fisioterapeutas de todo o Estado, inseridos na assistência, seja na atenção básica ou na rede especializada. As oficinas realizadas aconteceram em IES ou na sede da AMAR.

Os temas das oficinas foram os seguintes: *Massagem Shantala e Banho de Ofurô como proposta para redução de irritabilidade em crianças com microcefalia* (Figura 3); *Adequadores posturais de baixo custo* (Figura 4); *Fisioterapia Respiratória na garantia do cuidado integral: um olhar segundo a CIF*; *Formação teórico-prática no enfrentamento da SCZV*.



Figura 3: Oficina de Massagem Shantala e Banho de Ofurô como proposta para redução da irritabilidade de bebês com a SCZV

Esta última formação, a *Formação teórico-prática no enfrentamento da SCZV*, foi planejada como projeto de extensão do Laboratório de Fisioterapia em Saúde Coletiva do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (LAFISC), tendo como parceiros os Departamentos de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional desta mesma Universidade, tendo o apoio do CREFITO-1. Estas formações tiveram como público alvo os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e também os agentes comunitários em saúde.



Figura 4: Oficina Adequadores Posturais de Baixo Custo, realizada em parceria com a Aliança das Famílias de Doenças Raras (AMAR)

Já em 2017, dentre as ações realizadas pelo GT-FSCZV, citam-se as oficinas para construção do Modelo Lógico Multiprofissional (MLM) de Atenção Integral à Saúde da Criança com Deficiência, entendendo que o trabalho multiprofissional faz parte do processo de trabalho do fisioterapeuta. As oficinas foram realizadas em eventos científicos da área de saúde: primeiro no III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); na Feira de Soluções para a Saúde Inovações aplicadas à Zika,

Dengue e Chikungunya, realizada em Salvador/Bahia pela FioCruz; no Congresso Internacional de Microcefalia e Audição também para validação do MLM realizada em Maceió/Alagoas.

Ainda em 2017, o GT avançou para as etapas seguintes de seu planejamento inicial, que era o Projeto de Educação Permanente. Uma das etapas previa a realização, no final do primeiro semestre de 2017, de uma oficina voltada exclusivamente para Docentes dos Cursos de Fisioterapia. Nesta oficina estiveram presentes 30 docentes (responsáveis por disciplinas relacionadas à pediatria e à saúde coletiva nos cursos de graduação em fisioterapia), o que representa 60% das instituições de ensino superior (IES) do estado que oferecem cursos de Fisioterapia. Havia representantes, inclusive, de IES localizadas no agreste (município de Caruaru) e sertão de Pernambuco (município de Petrolina) (Figura 5).



Figura 5: Oficina para Docentes dos Cursos de Graduação em Fisioterapia de Instituições de Ensino públicas e privadas do estado de Pernambuco

Essa oficina, realizada numa IES particular do estado, objetivou discutir a formação profissional que atendessem às necessidades da sociedade pernambucana em relação ao cuidado da criança com deficiência, ou seja, que estivesse adequada às necessidades epidemiológicas locais. Ao final da oficina, os docentes comprometeram-se em utilizar, com mais ênfase, os princípios da integralidade e interprofissionalidade para guiar a construção da aprendizagem no cuidado à essa população. Como instrumento facilitador dessa abordagem pedagógica, os docentes foram incentivados a utilizar o ML da Fisioterapia, como também o MLM, que estão detalhados e disponíveis no “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia”.

Ainda na perspectiva da Formação em Fisioterapia, em setembro de 2017, foi realizada mais uma oficina para docentes, sendo que desta vez com caráter nacional, no IV Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia, em João Pessoa/Paraíba, promovido pela Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), que entendendo a importância desse projeto, apoiou e fomentou junto à Rede Unida, a publicação do “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da

Fisioterapia”.

Como resultados e produtos desses investimentos, constantemente, o GT-FSCZV recebe relatos da utilização dos ML ou do próprio Caderno, como instrumentos pedagógicos que vêm sendo utilizados em aulas da Graduação em Fisioterapia e em discussões nas Residências Multiprofissionais (Figura 6).



Figura 6: Utilização do Modelo Lógico da Fisioterapia contido no Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia em aulas da graduação em fisioterapia

Por fim, no final do 1º semestre de 2017, dando continuidade ao Projeto de Educação Permanente, iniciou-se a discussão para a construção de uma formação para profissionais vinculados ao SUS, que pudesse ser oferecida em parceria com a secretaria de saúde estadual de Pernambuco. A idéia era conseguir contribuir para o fortalecimento da RAS, junto ao SUS. Assim, uma das ações priorizadas pelo GT-FSCZV foi articular parcerias para concretizar este projeto, que foi intitulado “*Qualificação da atenção à saúde infantil: fortalecendo o cuidado à criança com deficiência em tempos de Zika Vírus*”.

Esta formação é uma força tarefa conjunta do dos cursos CREFITO-1 com o Conselho Regional de Fonoaudiologia (CREFONO-4); Conselho Regional de Psicologia (CRP 02); e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES/PE (Escola em Saúde Pública de Pernambuco, Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Com

Deficiência, Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária em Saúde, Núcleo de Apoio de Famílias das Crianças com a SCZV. Toda a construção foi feita com a participação dos usuários.

De abril à junho de 2018 foram realizadas três turmas dessa formação, abrangendo duas das quatro macrorregionais de saúde do Estado de Pernambuco. Todas as formações aconteceram em IES, o que estreita a aproximação da academia com os profissionais e serviços da RAS. Como facilitadores destas formações, contou-se com a colaboração dos docentes das IES do Estado, seja na própria formação ou no matriciamento de outras ações, como as de multiplicação do saber.

Nestas formações, que tiveram como característica serem oferecidas na modalidade presencial, já foram envolvidos mais de 400 profissionais das diversas categorias. Deste quantitativo, tem-se, aproximadamente, 150 fisioterapeutas (que têm vínculo no SUS ou são docentes ou exercem preceptoria de estágios curriculares). Como estes fisioterapeutas exercem suas atividades na atenção básica ou na rede especializada, estas formações têm contribuído para uma melhor comunicação entre a categoria, fortalecendo o olhar de núcleo. As vagas ociosas das turmas, do quantitativo previsto para a fisioterapia, sempre são preenchidas pelos acadêmicos do último período do curso de fisioterapia.

Para concluir as ações previstas para o GT-FSCZV para o ano de 2018, será realizada no mês de agosto de 2018, a IV turma desta formação, sendo que desta vez no município de Petrolina, situado no sertão do estado, que faz parte de uma macrorregional de saúde que ainda não fora contemplada com esse projeto de educação permanente para os profissionais.

É importante ressaltar ainda, que mediante as repercussões das ações desenvolvidas pelo GT-FSCZV em Pernambuco, especialmente no envolvimento de docentes, oportunidades para contribuição na RAS dos Estados de Rio de Janeiro (RJ) e de Alagoas (AL) também se concretizaram, seja na facilitação para a construção do plano de enfrentamento da atenção básica no RJ (abril de 2018) ou na capacitação de profissionais da atenção básica e da rede especializada de Maceió/AL (junho de 2018).

4 | CONCLUSÃO

A epidemia do zika virus despertou a necessidade de mudança de paradigmas em saúde, especialmente nos diversos segmentos da sociedade que envolvem a fisioterapia.

Através da experiência docente e apoio de diversos setores, múltiplas ações culminaram no fortalecimento da prática de ensino, na qualificação profissional comprometida com a saúde da população e no incentivo constante para a educação permanente em saúde. A proposta apresentada a partir da fisioterapia contribuiu

substancialmente para a formação e o empoderamento profissional frente a garantia do cuidado integral à saúde da criança, especialmente para as crianças com deficiência.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque; CAZARIN, Gisele; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Isabella Samico; Eronildo Felisberto; Ana Cláudia Figueiró; Paulo Germano de Frias. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. 1ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, v. 1, p. 65-78

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ministério da Saúde divulga novos casos de microcefalia**. Brasília, 2015.

COFFITO. Sistema COFFITO/CREFITOs. **Diagnóstico: Microcefalia. E agora?**. 2016, 12 p. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/site/files/noticias/2016/CartilhaMicrocefalia_Final.pdf> Acesso em 04 de Junho de 2016.

EICKMANN, Sophie Helena et al . Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 7, e00047716, 2016. ..

OLIVEIRA, Consuelo Silva de et al . Acompanhamento de gestantes com confirmação laboratorial de infecção pelo vírus Zika na região metropolitana de Belém, Estado do Pará, Brasil: dados preliminares. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua , v. 7, n. esp, p. 209-211, dez. 2016.

RIBEIRO, Bruno Niemeyer de Freitas et al. Síndrome congênita pelo vírus Zika e achados de neuroimagem: o que sabemos até o momento?. **Radiol. Bras.**, São Paulo , v. 50, n. 5, p. 314-322, out. 2017 .

SOUZA, Wayner Vieira de et al . Microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil: características epidemiológicas e avaliação da acurácia diagnóstica dos pontos de corte adotados para notificação de caso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, e00017216, 2016.

VARGAS, Alexander et al . Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 4, p. 691-700, Dec. 2016.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATITUDES E CRENÇAS EM DOR LOMBAR CRÔNICA EM ESTUDANTES DE FISIOTERAPIA: UM ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL ANALÍTICO

Pâmela Pinheiro Sumar

Universidade Veiga de Almeida
Cabo Frio – Rio de Janeiro
pamellasumar@gmail.com

Aline Louise Santos

Universidade Veiga de Almeida
Cabo Frio – Rio de Janeiro

Marianna de Souza Santa Roza

Universidade Veiga de Almeida
Cabo Frio – Rio de Janeiro

Vitor D'almada Borduam

Universidade Veiga de Almeida
Cabo Frio – Rio de Janeiro

André Luiz Trindade dos Santos

Universidade Veiga de Almeida
Cabo Frio – Rio de Janeiro

Luciano Teixeira dos Santos

Universidade Veiga de Almeida / Centro
Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Métodos: O estudo foi realizado na Universidade Veiga de Almeida – Campus Cabo Frio, entre os meses de maio e agosto de 2017. Foi realizada uma amostra por conveniência composta por estudantes do curso de fisioterapia. Os estudantes foram categorizados em períodos iniciais (PI), intermediários (PM) e finais (PF). Para identificação no nível de atitudes e crenças foi utilizada a versão brasileira e abreviada da *Pain Attitude and Belief Scale*. Para comparação entre os grupos foi utilizado *Testt Student* ou *Test U Mann-Whithney* de acordo com a distribuição e o nível de significância foi $P < 0,05$.

Resultados: Participaram do estudo 149 estudantes (homens e mulheres), PI 56, PM 47 e PF 46. O nível de atitudes e crenças na escala biomédica foi: PI $31,2 \pm 4,8$; PM $26,8 \pm 5,9$ e PF $30,4 \pm 6,3$ (PI vs PM $P = 0,000$; PM vs PF $P = 0,003$). Na escala biopsicossocial foi: PI $19,7 \pm 6,1$; PM $23,4 \pm 4,39$ e PF $20,6 \pm 4,9$ (PI vs PM $P = 0,000$; PM vs PF $P = 0,004$).

Conclusão: Estudantes do curso de fisioterapia apresentam nível médio de atitudes e crenças em dor lombar crônica. Adicionalmente foi verificado estudantes de períodos intermediários apresentaram melhores resultados em ambos aspectos.

PALAVRAS CHAVE: dor lombar crônica; atitudes e crenças; biopsicossocial; estudantes de fisioterapia.

RESUMO: Tipo de estudo: Estudo observacional transversal analítico

Objetivo: Os objetivos do estudo são: (1) Avaliar o nível de atitudes e crenças em dor lombar crônica em estudantes de fisioterapia. (2) Comparar o nível de atitudes e crenças em dor lombar crônica entre os estudantes de fisioterapia de diferentes períodos letivos.

ABSTRACT: Study design: Cross-sectional observational study.

Objective: The objectives of the study are: (1) To assess the level of attitudes and beliefs in chronic low back pain in physiotherapy students. (2) To compare the level of attitudes and beliefs in chronic low back pain among physical therapy students of different schooling periods.

Methods: The study was carried out at the University Veiga de Almeida - Cabo Frio Campus, between May and August 2017. A convenience sample was made up of students of the physiotherapy course. Students were categorized into initial (PI), middle (PM) and final (PF) periods. For identification at the level of attitudes and beliefs was used the Brazilian version and abbreviated Pain Attitude and Belief Scale. Student's t-test or Mann-Whitney U-test compared according to the distribution and significance level was $P < 0.05$.

Results: 149 students (males and females), PI 56, PM 47 and PF 46 participated in the study. The attitudes and beliefs level in the biomedical scale was: PI 31.2 ± 4.8 ; PM 26.8 ± 5.9 and PF 30.4 ± 6.3 (PI vs PM $P = 0.000$; PM vs PF $P = 0.003$). On the biopsychosocial scale it was: PI 19.7 ± 6.1 ; PM 23.4 ± 4.39 and PF 20.6 ± 4.9 (PI vs PM $P = 0.000$; PM vs PF $P = 0.004$).

Conclusion: Students of the physiotherapy course present average level of attitudes and beliefs in chronic low back pain. Additionally, students from the middle periods presented better results in both aspects.

KEYWORDS: chronic low back pain; attitudes and beliefs; biopsychosocial; physical therapy students

INTRODUÇÃO

A dor lombar é o principal distúrbio musculoesquelético do mundo e estima-se que mais de 80% da população irá experimentar um episódio de dor lombar em algum momento da vida (Collaborators, 2015). A forma crônica corresponde a uma das causas mais impactantes na incapacidade funcional dos indivíduos.

Além disso, tem sido demonstrado que aspectos biopsicossociais são muito importantes para o agravamento dos sintomas em pacientes crônicos (Araújo *et al.*, 2010). Dentre muitos aspectos, atitudes e crenças dos profissionais e pacientes são capazes de influenciar diretamente a intensidade de dor e capacidade funcional (Bishop *et al.*, 2008; Kovacs *et al.*, 2011).

Sabe-se ainda que atitudes e crenças dos pacientes também podem ter um efeito importante na sua recuperação, visto que esses aspectos podem ter grande influência no comportamento individual e social em todos os níveis dos relacionamentos interpessoais dos indivíduos (Truchon, 2001; Thomas *et al.*, 2010).

No entanto esses aspectos são pouco explorados na formação acadêmica, e futuros profissionais podem menosprezar o gerenciamento desses aspectos.

OBJETIVOS

Objetivo primário

Avaliar o nível de atitudes e crenças em dor lombar crônica em estudantes de fisioterapia.

Objetivo secundário

Comparar o nível de atitudes e crenças em dor lombar crônica entre os estudantes de fisioterapia de diferentes períodos letivos.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional transversal analítico conduzido de acordo com as recomendações de *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm *et al.*, 2007).

Local e data do experimento

O estudo foi realizado na Universidade Veiga de Almeida – Campus Cabo Frio, entre os meses de maio e agosto de 2017.

Considerações éticas

O presente estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e estar em conformidade com a Declaração de Helsinque (Van Delden e Van Der Graaf, 2017).

Amostra

Foi realizada uma amostra por conveniência composta por estudantes do curso de fisioterapia. O critério de inclusão foi estar regularmente matriculados no curso de fisioterapia. O critério de exclusão foi possuir alguma doença/lesão que dificultasse ou impedisse a realização da coleta. Foram considerados estudantes de períodos iniciais (PI) os que estavam cursando entre o 1º e 3º período, intermediários (PM) entre o 4º e 6º período e finais (PF) entre 7º e 10º período.

Procedimentos

Os candidatos foram recrutados na Universidade Veiga de Almeida, campus Cabo Frio em ambos os turnos, manhã e noite. Os candidatos eleitos foram orientados a respeito do estudo e convidados a participar. Após selecionados os participantes foram entrevistados num único dia, por três avaliadores independentes (ALS, MSSR

e PPS), para identificação das características sociodemográficas. Na sequência, foi avaliada o nível de atitudes e crenças de cada participante através da escala *Pain Attitude and Belief Scale*.

Instrumentos de medidas

Características sociodemográficas (gênero e experiência com pacientes) foram analisadas por meio de um questionário autoaplicável.

Para identificação no nível de atitudes e crenças foi utilizada a versão brasileira e abreviada da *Pain Attitude and Belief Scale* (PABS-PT) (Bishop, 2010). A escala avalia a presença de 2 variáveis (biomédica e psicossocial). Biomédica (itens 1 a 10) e biopsicossocial (itens 11 a 19). Os itens para ambos os fatores são pontuados em uma escala Likert de 6 pontos (0 = “discordo totalmente” a 5 = “concordo totalmente”). O escore da variável biomédica da PABS.PT vai de 0 a 50 pontos, e o escore da variável biopsicossocial de 0 a 45 pontos. Uma pontuação alta na subescala biomédica representa uma crença na relação entre lombalgia e dano tecidual, enquanto uma alta pontuação na subescala biopsicossocial indica uma crença na influência de fatores psicológicos, sociais e biológicos (Mutsaers *et al.*, 2012). Neste estudo utilizamos a versão em português do PABS.PT, que também já foi traduzida e adaptada culturalmente, e apresenta propriedades clinimétricas aceitáveis (Magalhaes *et al.*, 2011).

Análise estatística

Os resultados foram apresentados em porcentagem de valores, bem como média e desvio padrão. Para verificação da distribuição dos dados foi utilizado o teste de Shapiro-Willk, o Test t Student foi aplicado para distribuição normal e Mann-Whitney para distribuição não normal. O nível de significância foi $P < 0,05$.

RESULTADOS

Características dos participantes

Participaram do estudo 149 estudantes de fisioterapia de ambos sexos, sendo 56 de PI, 47 de PM e 46 de PF, todos adultos jovens, porém uma pequena parcela com experiência em estágio. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

	PI (n=56)	PM (n=47)	PF (n=46)
Gênero (%)			
Feminino	64,3	68,1	80,4
Masculino	35,7	31,9	19,6
Experiência com estágio (%)			

Sim	-	4,3	52,2
Apenas observação	7,1	19,1	10,8
Não	92,9	76,6	37

Abrevedaturas: PI, Períodos acadêmicos iniciais. PM, Períodos acadêmicos intermediários. PF, Períodos acadêmicos finais. T

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Nível de atitudes e crenças em dor lombar dos estudantes de fisioterapia.

A figura 1 descreve o nível de atitudes e crenças para a variável

biomédica. Foi constatado que todos grupos apresentaram nível médio de atitudes e crenças para essa variável, com PI 31,2 \pm 4,8; PM 26,8 \pm 5,9 e PF 30,4 \pm 6,3. Da mesma forma que a figura 2 demonstra que todos grupos apresentam nível médio de atitudes e crenças na variável biopsicossocial, com PI 19,7 \pm 6,1; PM 23,4 \pm 4,39 e PF 20,6 \pm 4,9.

Comparação do nível de atitudes e crenças em dor lombar entre os estudantes de fisioterapia.

A figura 1 descreve também a comparação do nível de atitudes e crenças na variável biomédica entre os grupos PI, PM e PF. O *Test T Student* não mostrou diferença entre as médias para os grupos PI 31,2 \pm 4,8 vs PF 30,4 \pm 6,3 P = 0,506. O *Test U Mann-Whitney* mostrou diferença de significância entre as médias para os grupos PI 31,2 \pm 4,8 vs PM 26,8 \pm 5,9 P = 0,000, e a PM 26,8 \pm 5,9 vs PF 30,4 \pm 6,3 P = 0,003.

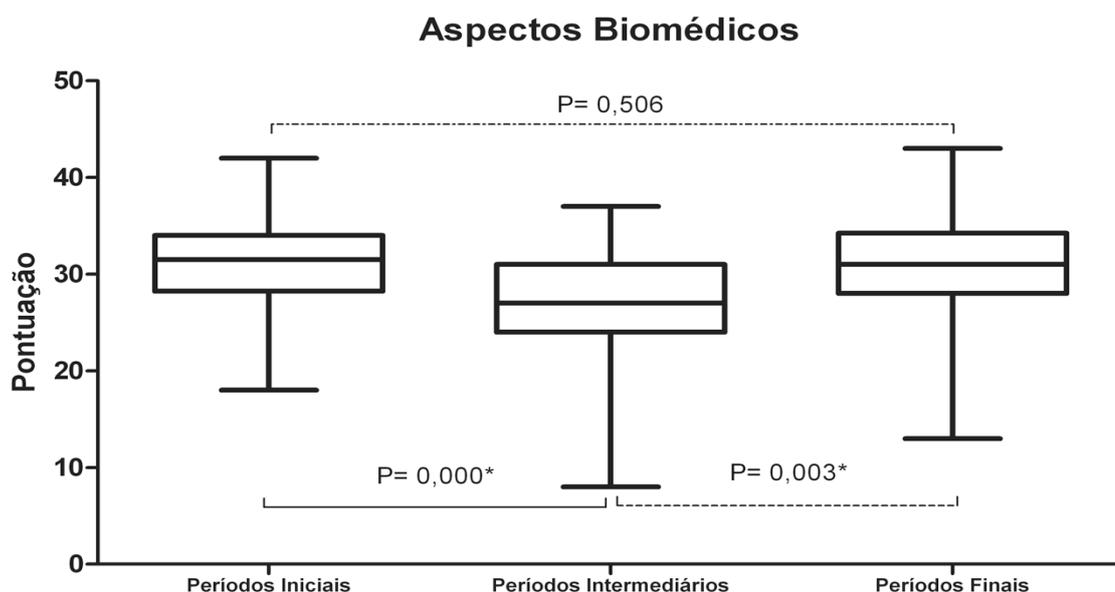


Figura 1. Comparação do nível de atitudes e crenças na variável biomédica

Nota: Os dados são apresentados como média. Diferenças significativas entre os grupos foram testadas utilizando o *Test t Student* foi aplicado para distribuição normal e *Test U Mann-Whitney* para distribuição não normal.

A comparação do nível de atitudes e crenças na variável biopsicossocial esta apresentada na figura 2. O *Test T Sdudent* não mostrou diferença entre as médias para os grupos PI $19,7 \pm 6,1$ vs PF $20,6 \pm 4,9$ $P = 0,239$, mas mostrou diferença entre para os grupos PM $23,4 \pm 4,39$ vs PF $20,6 \pm 4,9$ $P = 0,004$. Assim como o *Test U Mann-Whitney* mostrou diferença de significância entre as médias para os grupos PI $19,7 \pm 6,1$ vs PM $23,4 \pm 4,39$ $P = 0,000$.

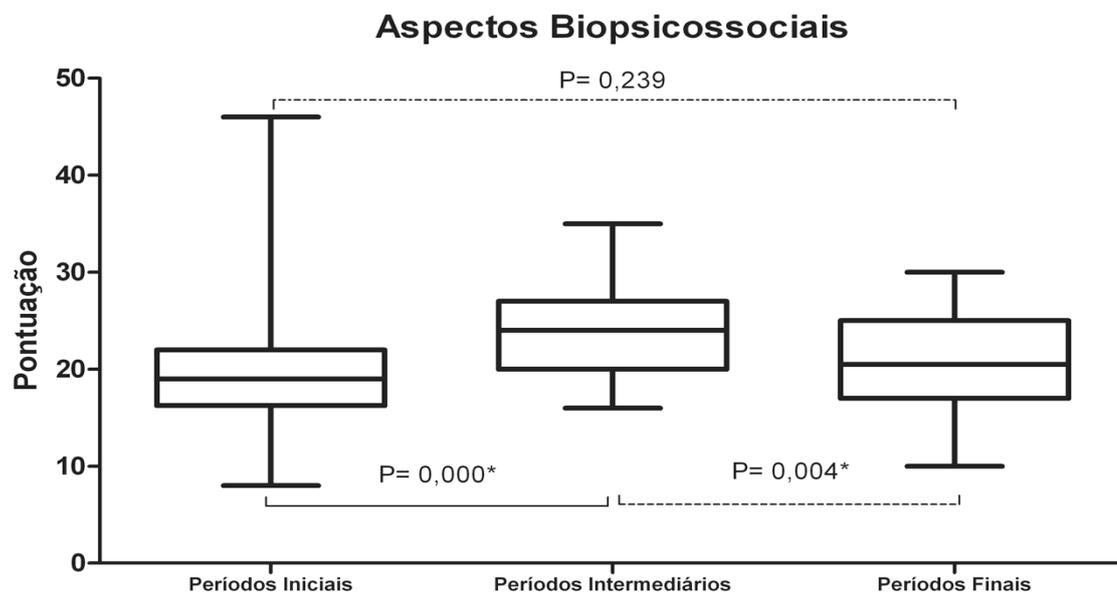


Figura 2. Comparação do nível de atitudes e crenças na variável biopsicossocial

Nota: Os dados são apresentados como média. Diferenças significativas entre os grupos foram testadas utilizando o Test t Student foi aplicado para distribuição normal e Test U Mann-Whitney para distribuição não normal.

DISCUSSÃO

Os participantes deste estudo apresentaram níveis médios de atitudes e crenças em dor lombar crônica em todos os períodos acadêmicos. Apesar disso, surpreendentemente o desempenho dos estudantes dos períodos intermediários foi superior aos outros períodos acadêmicos, tanto na variável biomédica quanto na variável biopsicossocial. Os períodos acadêmicos iniciais e finais foram similares no nível de crenças e atitudes para ambas variáveis.

Em nosso estudo o resultado demonstra nível médio de atitudes e crenças em dor lombar crônica nos estudantes de fisioterapia. Deixando evidenciada uma incerteza dos estudantes quanto a influência dos fatores envolvidos no desenvolvimento e manutenção da dor lombar crônica. Resultados semelhantes foram identificados por Magalhães e colaboradores (2012), com uma amostra de fisioterapeutas brasileiros. Porém, Innes e colaboradores (2015) realizaram uma análise similar com 218 quiropraxistas australianos e identificou baixo nível de atitudes e crenças, mas os resultados demonstram também que profissionais com mais experiência tendem a seguir uma abordagem biomédica no tratamento de pacientes com dor lombar crônica.

Briggs e colaboradores (2013) também na Austrália, avaliaram o nível de crenças em dor lombar em estudantes de diferentes cursos (fisioterapia, quiropraxia, terapia ocupacional, medicina e farmácia), com a utilização do *Back Pain Beliefs Questionnaire*. Diferentemente dos nossos resultados, foi constatado que os estudantes de fisioterapia e quiropraxia apresentaram menores níveis de crenças em dor lombar enquanto os estudantes de farmácia apresentaram níveis mais baixos em relação aos estudantes dos outros cursos.

Atitudes e crenças inapropriadas sobre dor lombar crônica por parte dos estudantes de fisioterapia, podem no futuro próximo, prejudicar o manejo e gerenciamento adequado para dor lombar crônica. Sabe-se ainda que os fatores psicossociais vêm mostrando cada vez mais influência na duração e gravidade dos sintomas (Foster e Delitto, 2011; Scheele *et al.*, 2011). Tornando assim, fundamental que os profissionais da saúde saibam identificar e gerenciar esses aspectos, para proporcionar uma abordagem mais ampla e eficaz ao tratamento da dor lombar crônica

Limitações do estudo

O estudo apresenta algumas limitações. Não avaliamos estudantes de diferentes instituições de ensino, assim como não estendemos a amostra para outros campi devido à limitação logística. Além disso, a investigação sociodemográfica foi bastante reduzida, dificultando assim, o melhor entendimento sobre os resultados.

Sugere-se também que estudos futuros tenham maior número de participantes, além de adicionar outras instituições de ensino e mais variáveis sociodemográficas. Adicionalmente, é recomendado que os mesmos sejam reavaliados após o seu engajamento no mercado de trabalho, a fim de determinar quaisquer mudanças no comportamento referente as suas atitudes e crenças em dor lombar crônica.

CONCLUSÃO

Estudantes do curso de fisioterapia apresentam nível médio de atitudes e crenças em dor lombar crônica. Adicionalmente foi verificado estudantes de períodos intermediários apresentaram melhores resultados em ambos aspectos e surpreendentemente os estudantes dos períodos finais não apresentaram melhor performance que os estudantes dos períodos iniciais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. G. et al. Escala de Locus de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos. *Braz. J. Phys. Ther.*, v. 14, n. 5, p. 438-445, 10/2010 2010. ISSN 1413-3555.

BISHOP, A. Pain Attitudes and Beliefs Scale (PABS). *Journal of Physiotherapy*, v. 56, n. 4, p. 279, 2010/01/01 2010. ISSN 1836-9553.

BISHOP, A. et al. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain*, v. 135, n. 1-2, p. 187-95, Mar 2008. ISSN 1872-6623.

BRIGGS, A. M. et al. Low back pain-related beliefs and likely practice behaviours among final-year cross-discipline health students. *Eur J Pain*, v. 17, n. 5, p. 766-75, May 2013. ISSN 1090-3801.

COLLABORATORS, G. B. O. D. S. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, v. 386, n. 9995, p. 743-800, Aug 2015. ISSN 1474-547X.

FOSTER, N. E.; DELITTO, A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice--challenges and opportunities. *Phys Ther*, v. 91, n. 5, p. 790-803, May 2011. ISSN 1538-6724.

INNES, S. I. et al. Attitudes and beliefs of Australian chiropractors' about managing back pain: a cross-sectional study. *Chiropr Man Therap*, v. 23, p. 17, 2015. ISSN 2045-709X (Print)2045-709x.

KOVACS, F. M. et al. The correlation between pain, catastrophizing, and disability in subacute and chronic low back pain: a study in the routine clinical practice of the Spanish National Health Service. *Spine (Phila Pa 1976)*, v. 36, n. 4, p. 339-45, Feb 2011. ISSN 1528-1159.

MAGALHAES, M. O. et al. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. *Rev Bras Fisioter*, v. 16, n. 3, p. 248-53, Jun 2012.

MAGALHAES, M. O. et al. Clinimetric testing of two instruments that measure attitudes and beliefs of health care providers about chronic low back pain. *Rev Bras Fisioter*, v. 15, n. 3, p. 249-56, May-Jun 2011.

MUTSAERS, J. H. et al. Psychometric properties of the Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists: a systematic review. *Man Ther*, v. 17, n. 3, p. 213-8, Jun 2012. ISSN 1356-689x.

SCHEELE, J. et al. Back complaints in the elders (BACE); design of cohort studies in primary care: an international consortium. *BMC Musculoskelet Disord*, v. 12, p. 193, Aug 2011. ISSN 1471-2474.

THOMAS, E. N. et al. The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med*, v. 53, n. 1, p. 3-14, Feb 2010. ISSN 1877-0665.

TRUCHON, M. Determinants of chronic disability related to low back pain: towards an integrative biopsychosocial model. *Disabil Rehabil*, v. 23, n. 17, p. 758-67, Nov 2001. ISSN 0963-8288.

VAN DELDEN, J. J.; VAN DER GRAAF, R. Revised CIOMS International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans. *JAMA*, v. 317, n. 2, p. 135-136, Jan 2017. ISSN 1538-3598.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies: *The Lancet*. 370: p1453–1457 p. 2007.

A EFICÁCIA DO NINTENDO WII NO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Bianca de Freitas Souza

Fisioterapeuta Neuropediatrica na Unimed,
Pelotas, RS, Brasil.

Tatiane Barcellos Corrêa

Fisioterapeuta e Docente na Faculdade
Anhanguera, Pelotas, RS, Brasil.

Maicon de Pinho Souza

Fisioterapeuta e Docente na Faculdade
Anhanguera, Rio Grande, RS, Brasil.

Maria Bethânia Tomaschewski Bueno

Graduanda em fisioterapia, Faculdade
Anhanguera, Pelotas, RS, Brasil.

RESUMO: Introdução: O tratamento da paralisia cerebral tem por objetivo o progresso do desempenho motor, social e cognitivo do paciente, favorecendo sua inserção em atividades necessárias do cotidiano. Dentre as terapias disponíveis, o uso da Realidade Virtual tem como objetivo a melhora da percepção espacial, força, equilíbrio e coordenação motora, envolvendo o indivíduo em atividades reais através de ambientes virtuais. Objetivo: O estudo teve por objetivo avaliar o efeito da aplicação do Nintendo Wii® como instrumento de reabilitação e estímulo no desenvolvimento motor de crianças portadoras de paralisia cerebral. Metodologia: O estudo consistiu em uma revisão sistemática. Foram pesquisados artigos nos idiomas português e espanhol,

disponíveis em bases eletrônicas de pesquisa como a Scielo e a Lilacs, publicados no período de 2013 a 2016. Resultados: Dos 52 artigos inicialmente encontrados somente 10 corresponderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Conclusão: Conclui-se que a utilização de protocolos de intervenção com o uso do Nintendo Wii® em pacientes com paralisia cerebral mostraram indícios de melhora do equilíbrio e da motricidade grossa.

PALAVRAS-CHAVE: Nintendo Wii; Fisioterapia; Paralisia Cerebral; Desenvolvimento motor.

ABSTRACT: Introduction: The treatment of cerebral palsy has the objective of progressing the motor, social and cognitive performance of the patient, favoring their insertion in the necessary daily activities. Among the available therapies, the use of Virtual Reality aims to improve spatial perception, strength, balance and motor coordination, involving the individual in real activities through virtual environments. Objective: The aim of this study was to verify the effect of using Nintendo Wii® as a tool for rehabilitation and stimulation the motor development of cerebral palsy children. Methodology: The work consists of a systematic review. Portuguese and Spanish published studies in electronic databases as Scielo and Lilacs was investigated. The review was carried out with articles published in the period from

2013 to 2016. Results: 52 papers were initially found about the topic, which were submitted to careful evaluation, leaving just 10 papers. Conclusion: According to the review it is concluded that the use of intervention protocols with the use of Nintendo Wii® in cerebral palsy patients can improve balance and gross motricity.

KEYWORDS: Nintendo Wii; Physiotherapy; Cerebral Palsy; Motor development

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) define-se como um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento, da postura e do movimento que causam limitações nas ações do indivíduo. Essas desordens são associadas a distúrbios não evolutivos que ocorrem ainda no desenvolvimento encefálico fetal ou infantil. As alterações motoras da PC são em geral acompanhadas por distúrbios de cognição, sensação, percepção, comunicação e comportamento, epilepsia e problemas secundários musculoesqueléticos (ROSENBAUM et al., 2007).

A prevalência geral da patologia é de duas a três crianças a cada 1000 nascidas vivas, sendo a causa mais comum de deficiência física grave na infância (ROSENBAUM et al., 2007). É necessária, ao longo da vida de uma criança portadora de paralisia cerebral, a intervenção de um tratamento de reabilitação, sendo assim indispensável à classificação da PC através de avaliações que valorizem a funcionalidade, identificando suas limitações e potencialidades (BRASIL, 2013).

A classificação da PC pode ser verificada de acordo com a região que foi acometida, com a localidade da lesão ou de acordo com a severidade do comprometimento (CHRISTOFOLETTI, HYGASHI e GODOY, 2007).

Segundo a distribuição topográfica, a paralisia cerebral é dividida em três tipos: Tetraparesia ou quadriparesia (sendo a forma mais grave, caracterizada por comprometimento dos quatro membros e lesão encefálica bilateral, extensa, simétrica ou não), Diparesia (a forma mais comum entre os prematuros, sendo caracterizada por espasticidade nos quatro membros, mas predominante em membros inferiores) e Hemiparesia (lesão de um dos hemisférios cerebrais, caracterizada por comprometimento motor em um dimídio corporal, tendo as etiologias pré-natais como responsáveis por aproximadamente 75% dos casos) (PALISANO et al., 1997).

Existe ainda uma classificação do comprometimento motor do portador de PC de 0 a 18 anos através do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). Divide-se em cinco níveis de acordo com as limitações motoras funcionais e com a necessidade de equipamentos para locomoção. No nível I o indivíduo apresenta deambulação independente sem restrição em ambientes externos; no nível II possui dificuldades mínimas para correr e pular; no nível III necessita de aparelhos auxiliares da marcha; no nível IV troca passos com andador; no nível V apresenta mobilidade gravemente limitada mesmo com o uso de tecnologia assistiva (MARTINS et al., 2015).

As diversas e diferentes técnicas de intervenção devem ser empregadas de

acordo com o quadro clínico de cada criança. A análise individual para a definição do melhor método é essencial, pois o tratamento deve estar de acordo com suas necessidades (GIANNI, 2003).

Em meio à evolução tecnológica, surge um novo recurso que vem sendo amplamente utilizado para complementar o processo de reabilitação de pessoas com deficiência, a Realidade Virtual (RV). Trata-se da imersão do usuário em ambientes com os quais ele pode interagir e explorar, possibilitando a simulação e a visualização de ações impossíveis de serem percebidas ou realizadas no mundo real (MARTINS et al., 2015).

É sabido que o movimento do corpo é significativo para o desenvolvimento motor e cognitivo de qualquer ser humano, tornando assim fundamental a elaboração de condutas que permitam à pessoa com PC a participação ativa em seu desenvolvimento motor. Através da Realidade Virtual, torna-se viável a prática de atividades físicas com adaptações devido às dificuldades motoras e sensoriais das pessoas com PC (CORRÊA et al., 2011).

São imensas as vantagens que os jogos eletrônicos proporcionam nos planos de tratamento, destaca-se: possibilita a participação de pessoas com incapacidade físicas e mentais; estimula alto nível da motivação, observação de cenas em diferentes ângulos e distâncias; disponibiliza recursos para que o usuário pratique procedimentos que serão realizados posteriormente no mundo real; propicia um ambiente motivador para a aquisição de conhecimento e aprendizagem além de oferecer possibilidades de entretenimento, incentivando a pessoa que apresenta alguma dificuldade a realizar uma determinada ação funcional específica enquanto se diverte (PANTELIDIS, STUART, 2009).

O Nintendo Wii é o jogo eletrônico mais requisitado na reabilitação de diversas patologias, pois exige dos pacientes a execução de movimentos semelhantes aos realizados nas sessões de fisioterapia. Além disso, o que diferenciou o console da Nintendo Wii dos demais videogames é o controle remoto sem fio, chamado de Wii Remote ou Wiimote, conectado por comunicação via Bluetooth.

Por isso, estes jogos possibilitam que os usuários se desloquem e interajam de diferentes formas no ambiente real, por meio de diferentes dispositivos e tecnologias de comunicação sem fio. Olmedo Ortega (2010, p. 7) destaca que os videogames permitem ao paciente focalizar sua atenção sobre as atividades

podendo ser mais motivadores do que os exercícios monótonos e repetitivos. O método de reabilitação por jogos oferece a possibilidade de o paciente superar desafios para conseguir melhores resultados nos jogos. (p.7)

Além de colaborar na evolução do desempenho físico, os jogos também estimulam funções cognitivas padrões como: concentração, memória, atenção, planejamento, entre outras atividades que guardam relação àquelas realizadas diariamente, todas extremamente significativas no tratamento da PC.

Devido a isso, quando se utiliza a realidade virtual para desempenho motor,

dividimos o conceito em três palavras-chave: repetição (relevante para a aprendizagem motora sendo associada à conquista de alguma tarefa ou meta), feedback (nesse ambiente o feedback pode ser aumentado em relação a ambientes reais, além de haver o *feedback* imediato e medidas objetivas dos movimentos, como monitorar a velocidade dos membros, amplitude de movimento, taxas de acerto e/ou erro e pontuações em jogos, por exemplo) e motivação (a interatividade irá estimular o paciente a ter foco na reabilitação se dispondo a realizar mais vezes as atividades) (HOLDEN, 2005).

A Wii reabilitação engloba basicamente dois tipos de jogos: o Wii Sport que simula jogos como tênis, beisebol, boliche, golf e boxe; e o Wii Fit que apresenta jogos onde é possível o treino de posturas de ioga, exercícios de equilíbrio, exercícios aeróbicos e exercícios de tonificação. Além do Wiimote e do Nunchuk, existe outra interface de interação com os jogos, compondo um importante utensílio para a Wii reabilitação, que consiste numa plataforma de força chamada de Wii Balance Board. O paciente posiciona-se em pé sobre a mesma, sendo que seu deslocamento é captado por infravermelho, e, dessa forma, ele interage com os diferentes jogos. (MIRANDA e NOVO, 2011, p. 9).

Essa possibilidade de integrar fisioterapia com a realidade virtual é o grande diferencial do “Exergames” - indivíduo possui participação motora ativa com o jogo, pois se trata de abordagem coadjuvante da fisioterapia tradicional. Isso se deve ao fato de que a atração propiciada pela prática de tecnologia digital e jogos interativos promove o envolvimento em atividades físicas do portador de PC de diversos níveis de condicionamento físico, favorecendo a realização dos movimentos desejados pelo terapeuta.

É importante ressaltar que o uso de jogos virtuais como ferramenta para tratamento deve ser imposto como complemento para a reabilitação e não o tratamento completo. Isto posto, o objetivo desse estudo é realizar uma revisão sistemática entre referenciais teóricos encontrados nas bases de dados escolhidas, em busca de evidências científicas sobre os efeitos do Nintendo Wii na contribuição da melhora do desenvolvimento motor de pacientes com paralisia cerebral.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do presente estudo de revisão sistemática, utilizaram-se duas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). Não obstante, outros bancos de dados foram utilizados na pesquisa, não sendo encontrado nenhum resultado no qual favorecesse o estudo.

Os descritores utilizados para busca dos artigos, conforme o DECS (Descritores em Ciências da Saúde) foram: paralisia cerebral, desenvolvimento motor, Nintendo Wii. Das publicações encontradas, as de língua portuguesa e espanhol foram selecionados, do período de 2013 a 2016, na qual incluíssem assuntos conforme o DECS, com amostras de crianças com paralisia cerebral, não sendo considerados os artigos que obtinham objetivos diferentes da pesquisa em questão.

A montagem deste estudo foi embasada em 10 artigos científicos, previamente selecionados e especificados quanto a presente pesquisa. Foram excluídos artigos no qual utilizaram métodos de intervenção diferentes dos jogos do Nintendo Wii, que relatavam patologias que não fossem a paralisia cerebral e que não abordagem a idade infantil.

RESULTADOS

Foram encontrados, no total, 52 artigos utilizando a intervenção do Nintendo Wii. Desses, 42 estudos foram excluídos por não associar o tratamento com crianças portadoras de paralisia cerebral ou por se tratar de estudos os quais não relacionavam o uso terapêutico do vídeo game com nenhuma patologia específica.

A partir dos descritores utilizados foram encontrados 10 artigos científicos, distribuídos de acordo com a tabela 1.

Base de Dados	Nº de artigos encontrados
LILACS	07
SCIELO	03
Total de artigos encontrados:	10

Tabela 1: Distribuição do número de artigos encontrados nos DECS para a pesquisa, no intervalo de 2013 a 2016.

Os resultados obtidos a partir da pesquisa nas bases de dados podem ser observados na tabela 2.

Título	Ano	Amostra	Metodologia	Conclusão
Uso de Nintendo Wii para Reabilitação de crianças com paralisia cerebral: Estudo de caso	2013	Duas crianças com diparesia espástica	Intervenção NW duas vezes por semana, durante 20 sessões após fisioterapia convencional.	Sugerem que a intervenção é eficaz para o incremento da função motora grossa em crianças com comprometimento moderado, e equilíbrio em pacientes com comprometimento leve.
Efeito da Terapia Virtual na reabilitação motora do membro superior de crianças Hemiparéticas	2013	Três crianças hemiparéticas	Intervenção Nintendo Wii com duração de 1 h e 10 min. em um período de duas semanas consecutivas	Conclui-se que a Realidade Virtual pode promover ganho funcional no MS hemiparético dessas crianças

Impacto de intervenção baseada em realidade virtual sobre o desempenho motor e equilíbrio de uma criança com PC: Estudo de caso	2014	Uma criança hemiplérgica espástica	Intervenção de fisioterapia de 12 sessões de 45 min., duas vezes na semana, com uso de terapia baseada em realidade virtual.	Na avaliação de desenvolvimento motor e equilíbrio foi averiguada mudança de um desempenho motor muito inferior para apenas inferior
Uso da reabilitação Virtual na reabilitação motora de crianças com paralisia cerebral atáxica: estudo de caso	2015	Uma criança Com diagnóstico de Paralisia cerebral atáxica	Intervenção da Realidade Virtual três vezes por semana, duração 30 min. cada sessão, durante quatro meses, totalizando 40 sessões, associado com cinesioterapia.	Observou-se melhora do equilíbrio estático, concluindo que o uso do NW influencia na melhora principalmente do equilíbrio da criança quando usada em complemento com o tratamento cinesioterapêutico.
Avaliação da motricidade Grossa em indivíduos com paralisia cerebral pré e pós aplicação da Realidade Virtual.	2016	Cinco crianças com paralisia cerebral	Intervenção de três jogos do NW durante 12 semanas consecutivas, duas vezes por semana, com aplicação de quatro minutos cada jogo.	Todos obtiveram melhora nos posicionamentos em pé.
Treino de equilíbrio em crianças com paralisia cerebral com Nintendo Wii	2015	Três crianças com paralisia cerebral	Intervenção com NW foi realizado uma vez na semana com duração de 40 min. Pcte nº1 não apresentou melhoras significativas, pctes nº 2 e 3 apresentavam melhora na escala de Berg.	Resultados concluíram que a intervenção com NW é eficaz para incremento do equilíbrio em pacientes com comprometimento leve.
Reabilitação na paralisia cerebral com o Nintendo Wii associado ao Wii Fit	2015	Dez crianças com paralisia cerebral	Intervenção da realidade virtual foi elaborada a partir dos jogos inseridos no pacote Wii Fit durante 24 sessões. Avaliados pré e pós-intervenção utilizando-se medida função motora grossa e escala de Berg	Todos os participantes apresentaram melhora na função motora ampla e no equilíbrio

Efectos Del tratamiento fisioterapeutico con El Wii balance board en las alteraciones posturales de dos ninos con paralis cerebral. Estudio de caso	2015	Duas crianças com paralisia cerebral hemiparesia espástica	Intervenção foi realizada com fisioterapia convencional associado ao jogo wii fit plus com wii balance durante 20 sessões	Concluiu-se que a intervenção é uma alternativa favorável no que se diz respeito a melhor distribuição do centro de gravidade favorecendo a longo prazo correção das alterações posturais
Aspectos motores da paralisia cerebral espástica Diparética: o Nintendo Wii 'marca registrada' como atividade motora complementar	2013	12 crianças e adolescentes PC espástica diparéticas	Intervenção da RV associado à fisioterapia convencional durante 20 sessões	Concluiu-se melhora no controle do equilíbrio estático, porém não ocorreu alteração na função motora grossa, no alinhamento postural e na distribuição da carga corporal nos pés.
A análise das contribuições da Wii terapia no desenvolvimento motor e cognitivo de um adolescente com Paralisia cerebral	2013	Uma criança com 12 anos com PC atetóide	Intervenção da RV em seis sessões, duas vezes por semana, com duração de 40 min.	Foi concluído melhora dos aspectos cognitivos e motores.

Tabela 2: tabela de seleção de artigos

DISCUSSÃO

O principal fator observado nos resultados dos artigos científicos escolhidos para realização deste trabalho foi à motivação dos pacientes para execução das tarefas solicitadas. Assim, os estudos evidenciaram que o uso do Nintendo Wii como terapia na reabilitação fisioterapêutica permitiu o avanço no tratamento desses usuários.

O estudo realizado por Gordon, Roopchand-Martin e Gregg (2012) mostrou em seus resultados que as crianças selecionadas, usuárias do dispositivo de cadeira de rodas, foram capazes de jogar durante toda a sessão sem intercorrências. Os autores reconhecem que o Nintendo® Wii™ é uma opção acessível como recurso nos países desenvolvidos.

Já em outra pesquisa, as crianças selecionadas tiveram dificuldades de preensão grossa não conseguindo segurar o controle do console. Porém, com a utilização de uma fita crepe foi possível proporcionar maior mobilidade para os jogadores. O fato dessas crianças, portadoras de PC, perceberem sua própria evolução foi um fator motivacional de extrema importância, sendo possível constatar esses resultados de acordo com a reavaliação da Medida da Função Motora Grossa (GMFM).

No entanto, através do método neuroevolutivo Bobath, técnicas cinesioterápicas e integração sensorial, Vedoato, Conde e Pereira (2008) confirmaram os mesmos resultados. Nesse estudo, as autoras observaram que os ganhos das habilidades

motoras foram semelhantes à utilização do método Bobath.

O uso do Nintendo® Wii™, segundo Ramstrand e Lyngnegård (2012), conclui que a RV não alterou o equilíbrio estático ou dinâmico das crianças com PC de GMFCS nível I e II. Já Maciel, Mazzitelli e Sá (2013) relatam que cinco entre seis crianças obtiveram um escore menor na reavaliação de equilíbrio, após intervenção com cinesioterapia e fisioterapia aquática, apresentando maior déficit de equilíbrio. Contudo, apesar deste resultado, percebeu-se melhora no controle postural dessas crianças.

O estudo proposto por Tavares, et al. (2013) visava avaliar a melhora da função motora grossa e equilíbrio através da terapia virtual. Foram observado que ambos os indivíduos analisados no estudo obtiveram as mesmas respostas, mostrando melhora nas funções avaliadas e, evidenciando assim, que a intervenção tecnológica tem a capacidade de trazer às crianças um estímulo prazeroso no qual é influenciador do resultado final.

Deutsch et al. (2008) observou que a utilização do Nintendo® Wii™ promoveu mudança de comportamento e na plasticidade neural de crianças com PC. Foram obtidos resultados melhores no controle postural, na distribuição de peso bilateralmente, em ortostase, no desempenho e na aprendizagem, além de feedback positivo na audição, visão e tato.

O estímulo visual é um dos principais mecanismos para promover absorção de aprendizagem. Com isso, Santos e Gardenghi (2013) e Almeida et al. (2014) demonstraram que a utilização da terapia visual em pacientes com paralisia cerebral contribuiu para melhora do comprometimento cognitivo e motor. Esse resultado se justifica pela repetição dos movimentos produzidos durante a realização do jogo que, conseqüentemente, necessita maior atenção em relação à execução de exercícios propostos.

Os benefícios proporcionados pelo videogame, segundo Howcroft et al. (2012), foram considerados similares aos ganhos da fisioterapia e da terapia ocupacional em relação ao encorajamento e ao objetivo dos movimentos. No entanto, não devem ser utilizados para fortalecimento muscular do membro dominante. Foram realizadas adaptações para os participantes do estudo durante o jogo, a fim de minimizar o esforço físico e potencializar os ganhos motores. Identificou-se que o uso do o Nintendo® Wii™ é agradável para pacientes com PC leve.

Os resultados descritos por Sharan et al (2012) revelaram que os efeitos da RV não foram significativos no escore de habilidade manual, porém houve melhora considerável na participação, satisfação, cooperação, motivação e equilíbrio. Não houve diferenças significativas entre o grupo de caso e o controle no pré-intervenção, entretanto o grupo de caso obteve melhor resultado com relação ao equilíbrio após a intervenção. Tanto nesse estudo quanto em Deustch, et al (2008) foi constatado que posterior ao uso do Nintendo® Wii™ houve melhora no controle postural.

Robert et al. (2013) realizou estudo comparando a utilização do videogame em um grupo de crianças com PC e outro grupo de crianças sem PC, não havendo diferença

nas variáveis alcançadas. Segundo o autor, trata-se de um recurso de baixo custo, seguro, eficaz, o qual pode ser utilizado em casa, melhorando a qualidade motora de crianças com limitações decorrentes da PC.

Muitos foram os estudos que relataram melhoras significativas em pacientes com PC através do uso da RV. Todavia, de encontro a isso, Moreira (2012) não constatou ganho na mobilidade funcional e controle postural dos usuários dessa terapia. Segundo o autor, poderia ser justificado devido ao método de avaliação utilizado, uma vez que o software de avaliação postural aplicado (SAPO) não possui valores específicos para crianças, inviabilizando o uso do mesmo como forma de ferramenta para obtenção de dados.

Perante o que foi discutido, Fonseca, Brandalize (2012) utilizaram um maior número de ferramentas avaliativas (testes específicos) as quais foram aplicadas antes e após o uso da terapia de RV em uma jovem. Dessa forma, conseguiram verificar que o equilíbrio, a velocidade da marcha e distribuição plantar dessa paciente melhoraram significativamente, comprovando a eficácia dessa terapia.

Diante da diversidade de trabalhos com esse tema, muitos autores têm se dedicado a avaliar evidências científicas referentes à eficácia do Nintendo Wii para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de PC. Segala (2014) constatou ser de extrema necessidade aplicação de novas terapias para reabilitação desses pacientes, além da comprovação do uso da RV como ferramenta terapêutica.

Carvalho (2013) ao relacionar a RV com outras terapias obteve em sua pesquisa ganhos extremamente relevantes em quesitos fundamentais para pacientes com PC como motivação, concentração, equilíbrio e controle postural, evidenciando a importância do uso do NW e, ressaltando também, a necessidade de mais indivíduos para novos estudos.

Um fator importante foi evidenciado por Sousa (2011) em seu estudo acerca dos riscos relacionados à má manipulação do NW como forma de tratamento, sendo obrigatoriamente realizado com supervisão de um profissional capacitado e uma avaliação adequada sobre o jogo escolhido para cada paciente, a fim de possibilitar melhor eficácia tanto na reabilitação motora quanto na percepção visual. Além disso, realiza questionamentos acerca do número de pacientes envolvidos nos estudos.

CONCLUSÃO

É fundamental esclarecer que, na deficiência, existem diferentes fatores os quais influenciam na decisão de programas de intervenção e, estes fatores, devem ser considerados de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo. Uma lesão neurológica de origem pré, peri ou pós-natal pode gerar o mais variado quadro clínico, tornando os pacientes com PC bastante diferenciados entre si, o que dificulta, ainda mais, a generalização de resultados científicos.

Através dessa revisão, foi possível perceber a eficácia do Nintendo® Wii™ na

maioria dos estudos selecionados, principalmente nos quesitos equilíbrio e motricidade grossa. Todavia, ainda não há evidências científicas que comprovem resultados significativos na função motora de crianças com PC por meio desse recurso, mesmo que haja indícios de melhora da concentração, motivação, equilíbrio e controle postural dos pacientes durante o tratamento.

O uso do videogame como uma ferramenta auxiliar do tratamento mostra-se bastante promissor, no entanto, necessita-se de número mais abrangente de estudos clínicos, com maior amostragem e padronização metodológica com intuito de avaliar sua eficácia junto a essa população.

É imprescindível que sejam realizadas novas pesquisas com a finalidade de aumentar a confiabilidade do uso do Nintendo® Wii™ como recurso para a reabilitação fisioterapêutica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2013.

CHRISTOFOLETTI, G.; HYGASHYI, F.; GODOY, A.L.R. Paralisia Cerebral: uma análise do comprometimento motor sobre a qualidade de vida. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 37-44, jan./mar., 2007.

CORRÊA, A. G. D., et al, **Realidade Virtual e Jogos Eletrônicos: Uma proposta para deficientes**. In MONTEIRO, C. B. M, org. Realidade Virtual na Paralisia Cerebral. São Paulo: Plêiade, 2011.

DEUTSCH JE, Borbely M, Filler J, Huhn K, Bowlby PG. Use of a low-cost, commercially available gaming console (wii) for rehabilitation of an adolescent with cerebral palsy. **Phys. Ther.** 2008;88(10):1196-207.

GORDON C, Roopchand-Martin S, Gregg A. Potential of the Nintendo Wii as a rehabilitation tool for children with cerebral palsy in a developing country: a pilot study. **Physiotherapy** 2012;98:238-42. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2012.05.011>>.

HOLDEN MK. Virtual environments for motor rehabilitation: review. **Cyberpsychol Behav** 2005;8:187-211. <<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2005.8.187>>.

MACIEL, F., MAZZITELLI, C., SÁ, C. S. C. Postura e Equilíbrio em Crianças com Paralisia Cerebral Submetidas a Distintas Abordagens Terapêuticas. **Rev. Neurocienc.**, v. 21. n. 1, p.14-21, 2013.

MOREIRA, M.C. A utilização da realidade virtual como intervenção terapêutica para a melhora do controle postural e da mobilidade funcional em crianças com paralisia cerebral. Recife: **UFP**, 2012.

OLMEDO ORTEGA, P.J.; Videoconsola Wii: lesiones provocadas por uso inadecuado versus aportaciones al mantenimiento y restauración de la salud. **Trances: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud**. Jan/Fev. 2010.

PALISANO, R. J. et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**. v. 39, p. 214-223.1997.

RAMSTRAND, N., LYGNEGÅRD, F. Can balance in children with cerebral palsy improve through use of an activity promoting computer game? **Technology and Health Care** v. 20, p.501–510, 2012.

- ROBERT, M., et al. Exercise Intensity Levels in Children With Cerebral Palsy While Playing With an Active Video Game Console. **Physical Therapy**. v. 93, n. 8 Aug. 2013.
- ROSENBAUM P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M. The definition and classification of cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology** 2007; 49: 8-14.
- SANTOS EJB, GARDENGHI G. A utilização do NINTENDO WII na reabilitação de pacientes pediátricos: Uma revisão bibliográfica. 2013. Disponível em: <<http://www.resceafi.com.br/vol3/n1/Artigo%2003%20RESC%2003%20p%C3%A1ginas%2038%20a%2058.pdf>>.
- SHARAN, D., R., et al. Virtual reality based therapy for post operative rehabilitation of children with cerebral palsy. **Work**, v. 41, p. 3612–3615, 2012.
- SOUZA MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
- TAVARES, C. N. et al. Uso do Nintendo Wii Para Reabilitação de Crianças Com Paralisia Cerebral: Estudos de Casos. **Revista Neurociência**, p. 286-293, 2013.
- VEDOATO, R. T., CONDE, A. R., PEREIRA, K. Influência da intervenção fisioterapêutica na função motora grossa de crianças com paralisia cerebral dipléica: estudo de caso. **ConScientiae Saúde**, v.7, n.2, p.241-250, 2008.

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA NO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

Gabriela Pereira Avolio

Universidade Estácio de Sá
Cabo Frio – RJ

Paula Soares da Silva

Universidade Estácio de Sá
Cabo Frio – RJ

Ana Carolina Botelho

Universidade Estácio de Sá
Cabo Frio – RJ

Alana Fontoura

Universidade Estácio de Sá
Cabo Frio – RJ

Julia Santana

Universidade Estácio de Sá
Cabo Frio – RJ

Marina Canellas

Universidade Estácio de Sá
Cabo Frio – RJ

Karoline Pires da Silva Carvalho

Universidade Estácio de Sá
Cabo Frio – RJ

Sergio Ricardo Martins

Universidade Estácio de Sá
Cabo Frio – RJ

um nível de habilidades motoras elevado, porém, esse processo pode levar até o dobro do tempo estimado para que as habilidades sejam adquiridas e aperfeiçoadas. Assim, quanto mais imediatas forem as intervenções, maiores serão as chances de minimizar ou prevenir modificações do desenvolvimento. Por isso, o objetivo deste trabalho foi verificar a resposta da conduta fisioterapêutica para o desenvolvimento psicomotor da criança de Síndrome de Down. A presente pesquisa caracterizou-se do tipo exploratória pré e pós teste onde o indivíduo é seu próprio controle, ou seja, ele é comparado com ele mesmo. O Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver (TTDD) é um instrumento de detecção precoce das condições de desenvolvimento da criança, avaliando quatro áreas: motor-grosseiro, motor fino adaptativo, linguagem e pessoal-social. Na avaliação a criança apresentou desempenho anormal no desenvolvimento neuropsicomotor. A maior concentração de atrasos foi no setor motor grosso, seguido da área da linguagem. Os itens com maior concentração de atraso, nas quatro áreas avaliadas, em ordem decrescente de ocorrência, foram: setor motor grosso “Sustenta o tronco com apoio dos braços”, “Fica de pé com apoio”, “Puxar para ficar de pé”, “Fica de pé por 2 segundos”, “Sustenta forças nas pernas” e “Engatinha”. Pode-se observar que foi atingido o objetivo traçado, tendo uma melhoria

RESUMO: A Síndrome de Down (SD) é uma das alterações genética conhecida como Trissomia do cromossomo 21. O desenvolvimento motor nas crianças com esta síndrome, podem adquirir

em todos os parâmetros trabalhados na intervenção fisioterapêutica do estudo.

PALAVRA CHAVE: Desenvolvimento motor, psicomotricidade, síndrome de down.

ABSTRACT: Down syndrome (DS) is one of the genetic changes known as Trisomy 21. Motor development in children with this syndrome may acquire a high level of motor skills, but this process can take up to twice the estimated time to skills are acquired and improved. Thus, the more immediate the interventions, the greater the chances of minimizing or preventing developmental modifications. Therefore, the objective of this study was to verify the response of the physiotherapeutic behavior to the psychomotor development of the Down Syndrome child. The present research was characterized by the exploratory type pre and post test where the individual is his own control, that is, he is compared with himself. The Denver Development Screening Test (TTDD) is an early detection tool for children's developmental conditions, evaluating four areas: motor-coarse, adaptive fine motor, language and personal-social. In the evaluation the child presented abnormal performance in neuropsychomotor development. The largest concentration of delays was in the gross motor sector, followed by the language area. The items with the highest concentration of delay, in the four areas evaluated, in decreasing order of occurrence, were: gross motor sector "Holds the trunk with arms support", "Stand with support", "Pull to stand", "It stands for 2 seconds", "It supports forces in the legs" and "Crawling." It can be observed that the goal was reached, having an improvement in all the parameters worked in the physiotherapeutic intervention of the study.

KEYWORDS: Motor development, psychomotricity, down syndrome.

1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é uma das alterações genéticas cromossômicas mais conhecidas, trata-se de uma desordem genética e sua causa principal é a Trissomia do cromossomo 21. Podendo em casos mais raros, ser causada por disfunção genética ou simplesmente pela translocação deste cromossomo (BERTAPELLI *et al.*, 2011).

O Dr. John L. H. Down através de muitos estudos descobriu a SD em 1866, mas a comprovação de existência de cromossomo extra (n 21) aconteceu apenas em 1959 pelas equipes do Dr. Jerome Lejeune e da Dra. Patrícia Jacobs (SILVA e DESSEN, 2002)

No Brasil a expectativa de vida é de 50 anos de idade, e em países considerados desenvolvidos a média varia entre 50 e 60 anos. No entanto, eles podem viver um pouco mais, devido aos avanços na qualidade de vida, com os tratamentos/atendimentos específicos, e por poder ser diagnosticada através de exames específicos como o Cariótipo, que analisam o conjunto de cromossomos existentes na célula, mas não determina quais serão as características nesse indivíduo, sejam físicas ou intelectuais, sabendo que não existem graus classificatórios para a SD (SANTOS, SOUSA e ELIAS, 2011; MARTIN, MENDES e HESSEL, 2011; SILVA e KLEINHANS, 2006).

São consideradas características físicas e fisiológicas: Braquicefalia, fissuras nas pálpebras inclinadas superiormente, pregas epicânticas, base do nariz chata, língua hipotônica e levemente deslocada para frente, pescoço encurtado, deformação do 5º dedo das mãos, distância aumentada entre o 1º e o 2º dedo dos pés, geralmente apresentam baixa estatura, hipotonia muscular (em crianças), articulações mais fragilizadas e com hipermobilidade, alterações motoras, alterações no sistema endócrino (principalmente relacionados à tireóide), devido ao hipotireoidismo, as crianças com SD tendem a obesidade; extrema sonolência (HENN, PICCININI e GARCIAS, 2008; MOURA *et al.*, 2009; MENEGHETTI *et al.*, 2009; COPPEDE *et al.*, 2012).

O andar característico causado pela ante-versão pélvica e pela larga base de apoio com os pés voltados para fora e joelhos genovaros (voltados para fora), são vistos principalmente em crianças. Essas particularidades podem contribuir negativamente, dificultando a aquisição e aperfeiçoamento das habilidades motoras locomotoras e estabilizadoras (COPETTI *et al.*, 2007).

Já as características cognitivas e psicomotoras se resumem em: deficiência intelectual, podendo variar de criança para criança, bebês apresentam dificuldade para deglutir e efetuar sucção de líquido, evoluindo para problemas ao mastigar, o encéfalo com as medidas de peso e volume reduzidos, afetando o lobo frontal que tem como função controlar linguagem, conduta e pensamentos, o tronco cerebral que é responsável pela atenção aos perigos ambientais e o cerebelo que responde pelo equilíbrio e tônus muscular (SILVA e DESSEN, 2002; MASTROIANNI *et al.*, 2006).

Ornellas e Souza (2001) relatam ser indispensável a estimulação cognitiva e motora em crianças com SD. Pacanaro, Santos e Suehiro (2008) dizem que quanto mais precocemente for à intervenção multidisciplinar, maior será a probabilidade de êxito e mais rapidamente aparecerão os resultados.

O desenvolvimento motor é descrito como processo natural que altera o comportamento de um indivíduo, existem diversos fatores importantes para este desenvolvimento como: nível de exigência da tarefa, fatores intrínsecos ao indivíduo (como a sua predisposição genética) e fatores extrínsecos - relacionados ao ambiente no qual o sujeito cresceu e se desenvolveu (ANDRADE *et al.*, 2004; RODRIGUES *et al.*, 2013).

O desenvolvimento motor já é analisado a partir dos primeiros meses, e nas crianças com esta síndrome, independente do nível de deficiência mental, elas podem adquirir um nível de habilidades motoras elevado, na mesma proporção ou muito próximo do que se espera em relação às crianças que não possuem essa patologia. Porém, esse processo pode levar até o dobro do tempo estimado para que as habilidades sejam adquiridas e aperfeiçoadas (BONOMO e ROSSETTI, 2010).

Algumas habilidades em especial podem ser afetadas devido o volume do cerebelo reduzido, provavelmente terá uma grande defasagem nas habilidades que exigem uma tonicidade muscular acentuada, como o equilíbrio e nesse caso, esse indivíduo é duplamente prejudicado, já que esta parte do encéfalo também é responsável pelo

controle do equilíbrio (MASTROIANNI *et al.*, 2006).

Intervenções oferecidas a estas crianças superam apenas a área Médica. Atualmente, as intervenções terapêuticas visam a interdisciplinaridade, os psicólogos, fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e professores. Após a divulgação do diagnóstico aos pais, a equipe de saúde deve mostrar à família a importância de iniciar a estimulação precoce, encaminhando a criança para programas especializados de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos (MORAIS *et al.*, 2016).

A estimulação precoce é uma intervenção global, educativa e capacitadora, visando auxiliar e estimular posturas que apoiem o desenvolvimento motor e cognitivo da criança com deficiência, utilizando diferentes estímulos que terão impacto na maturação da criança. Baseia-se em exercícios de acordo com o estágio em que a criança está visando seu desenvolvimento. A criança deve ser encaminhada à estimulação precoce de preferência antes de três anos, pois é o estágio de maior plasticidade neural. Quanto mais imediatas forem as intervenções, maiores serão as chances de minimizar ou prevenir modificações do desenvolvimento (MORAIS *et al.*, 2016).

Os fisioterapeutas normalmente vêm as crianças de SD e suas famílias em serviços de intervenção e planejam o tratamento derivado de seus conhecimentos e especialização em diferentes técnicas, conceitos e métodos de fisioterapia, todos com o objetivo de proporcionar à criança SD mais oportunidades de adquirir habilidades motoras, longevidade e melhor qualidade de vida, melhorando o processo de desenvolvimento (MORAIS *et al.*, 2016).

Visto o exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar a resposta da conduta fisioterapêutica para o desenvolvimento psicomotor de uma criança com Síndrome de Down.

2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa foi um estudo de caso, do tipo exploratória pré e pós teste onde o indivíduo é seu próprio controle, ou seja, ele é comprado com ele mesmo (TURATO, 2003). A área de abrangência envolve a Fisioterapia em psicomotricidade. Foi realizado na Clínica Escola da Universidade Estácio de Sá (UNESA), Cabo Frio, situada na Rodovia General Alfredo Bruno Gomes Martins, s nº - Braga – Cabo Frio/RJ.

O presente estudo foi composto por uma paciente, sexo feminino, 1 ano de idade, no período do primeiro semestre de 2017. Não houve critério de inclusão e exclusão, pois se trata de um caso Clínico.

Para o desenvolvimento do estudo foi utilizado como instrumento de avaliação a ficha de neuropediatria da instituição que consiste em uma avaliação minuciosa

contendo dados da mãe, gravidez e da criança, para uma avaliação precisa.

Para avaliar o desenvolvimento motor foi utilizado o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver (TTDD), elaborado em 1967 por Frankenburg *et al.* para acompanhar objetivamente o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de zero a seis anos. É um instrumento de detecção precoce das condições de desenvolvimento da criança, avaliando quatro áreas: motor-grosseiro, motor fino adaptativo, linguagem e pessoal-social (MORAES *et al.*, 2010).

A intervenção da fisioterapia foi realizada, duas vezes na semana, durante 1 hora, individualmente, consistindo nas seguintes atividades:

TRATAMENTO	OBJETIVO
CURTO	PRAZO
Ambientação	Mostrar o ambiente para a criança, estimulando o interesse com os brinquedos e socialização com o fisioterapeuta.
Método Bobath	Normalização de tônus, equilíbrio, reação de proteção, retificação da coluna e controle e fortalecimento da cervical.
Exercícios de cinético funcional	Estimular posição de 4 apoios.
Orientação ao responsável	Estimular em casa os exercícios feitos na fisioterapia para dar mais autonomia à criança.
MÉDIO	PRAZO
Exercícios cinético funcional	Estimular posição de 4 apoios
Bola Suíça	Fortalecimento do abdome
Exercícios de motricidade global	Pegar brinquedos que estão a sua frente
Terapia espelho	Conscientização postural, fixação dos movimentos que serão realizados e facilitação dos movimentos.
LONGO	PRAZO
Exercícios cinético funcional	Estimular marcha
Musicoterapia	Estimular ritmo
Circuito proprioceptivo	Equilíbrio, propriocepção, velocidade, controle postural e treino de marcha.
Exercícios de motricidade fina e global	Desenhar, rasgar papel, rodar bambolê.
Exercícios de cognição	Estimular aprendizagem, motricidade, campo visual e memória.

Descrição detalhada da intervenção fisioterapêutica: Cavalinho de borracha, a criança era colocada em cima do mesmo fazendo dissociação de cintura pélvica e transferência parcial de peso intercalando o membro inferior direito e esquerdo; Estimulação de quatro apoios, colocando um brinquedo a frente da criança, estabilizando o tronco e mantendo os joelhos fletidos estimulando o engatinhar; Terapia espelho, foi colocado a criança em posição ortoestática em frente ao espelho, estimulando ao reconhecimento visual e manter o equilíbrio na posição; Colocado a criança em

decúbito ventral em um rolinho e estimulando a subida dando estímulos verbais e parabenizando a mesma quando conseguia; Na bola suíça foi realizado exercícios de Bobath; Estimulação de posição ortoestática também foi realizado com ajuda de step, colocando brinquedos no topo do mesmo e estimulando a criança a pega-los e se manter de pé; Colocado a criança em cima da cama elástica na posição de sentada e feito movimentos de pressão sobre a cama elástica, fazendo com que a criança se mantivesse em equilíbrio em solo irregular.

Eram inibidos todos os movimentos repetitivos (Tiques) que a criança apresentava.

Em todas os encontros, quando faltava 20 minutos para terminar a sessão fisioterápica, o responsável era convidado a entrar na sala e participar, tirando as dúvidas sobre os exercícios que poderiam ser realizados. Neste momento eram dadas as orientações domiciliares a este responsável.

3 | RESULTADOS

A criança avaliada apresentou no pré-teste desempenho anormal no desenvolvimento neuropsicomotor. A maior concentração de atrasos foi no setor motor grosso, seguido da área da linguagem. Menos expressivo, mas também importante, foi o número de atrasos tanto no setor motor fino, quanto no setor pessoal-social.

Os itens com maior concentração de atraso, nas quatro áreas avaliadas, em ordem decrescente de ocorrência, foram: setor motor grosso- “Sustenta o tronco com apoio dos braços”, “Fica de pé com apoio”, “Puxar para ficar de pé”, “Fica de pé por 2 segundos”, “Sustenta forças nas pernas” e “Engatinha”; área da linguagem- “Vocaliza sílabas”, “Imitas sons”, “Papa e mama não específicos”, “Tagarela” e “Papa e mama específicos”; setor motor fino adaptativo - “Passa cubo de uma mão para outra” e “agarra com o polegar”; setor pessoal-social- “Alimenta-se sozinha”, “Da tchau” e “Joga bola com examinador”.

Após as sessões de intervenção psicomotora fisioterapêutica a criança mostrou evolução em seu desenvolvimento neuropsicomotor enquadrando-se no desenvolvimento normal para sua idade. Mostra-se então um resultado favorável pós intervenção, sendo observado a evolução psicomotora da criança com o começo do engatinhar e manter-se em posição ortostática com apoio.

4 | DISCUSSÃO

Pereira (2013) realizou um estudo com objetivo de identificar o ritmo de desenvolvimento motor de bebês com síndrome de Down dos 3 aos 12 meses de idade, nas seguintes posturas: prono, supina, sentada e em pé. Em relação à postura em prono, a habilidade foi crescente adquirida do 3º ao 12º mês. Entretanto, o ritmo de aquisição foi variado entre os meses, podendo ser destacado o 10º mês, no qual

pode ser observado uma maior aprendizagem motora, quando a maioria dos bebês adquiriu o controle da postura e locomoção em quarto apoios. Em relação ao presente estudo, após um número de 12 sessões de fisioterapia, a paciente adquiriu controle da locomoção em quarto apoios, já que antes do tratamento, ela se “arrastava” para se locomover.

Ena postura em pé a obtenção de habilidades motoras aumentou consideravelmente do 4o ao 12o mês, porém não ocorreu de forma contínua (PEREIRA, 2008). No presente estudo, pode-se observar um resultado semelhante, já que a paciente conseguiu se manter por mais segundos na posição ortostática com apoio.

O método Bobath usa procedimentos que determinam desenvolver padrões corretos do tônus muscular e da postura. Os movimentos proporcionam no paciente estabilização, equilíbrio e descarga de peso no solo e também a dissociação pélvica, a fim de recuperar o controle motor (ARTHUR *et al.*, 2010). No estudo presente, o método Bobath é trabalhado da seguinte forma: a criança sobre o cavalinho de borracha e o fisioterapeuta fazendo a dissociação da cintura pélvica, o que gera um instabilidade funcional, sendo assim, resgatando o controle motor.

Segundo Serapompa e Maia (2006), a constituição de um ambiente acolhedor das diversidades humanas é tarefa para muitos, e o fisioterapeuta junto com a família, mostraram nesta pesquisa uma contribuição relevante neste processo de desenvolvimento motor.

5 | CONCLUSÃO

Faz-se notório que o desenvolvimento psicomotor na primeira idade é essencial para ter um bom cognitivo posteriormente. Pode-se observar que foi atingido o objetivo fisioterapêutico traçado, tendo uma melhoria em todos os parâmetros trabalhados na intervenção fisioterapêutica do estudo e a criança chegando ao grau de desenvolvimento da faixa etária dela.

Neste caso, em particular, os pais acreditaram na possibilidade de desenvolvimento da criança, e assim gerando um ambiente de estímulos e acolhimento, inclusive, em domicílio. Percebeu-se o diferencial da conduta fisioterapêutica utilizada associada ao acolhimento da equipe e família, porém esta variável não foi estudada.

Conclui-se que a intervenção da Fisioterapia em crianças com déficit psicomotor é benéfica, porém sugere-se que trabalhos sejam realizados comparando a conduta ao acolhimento familiar e da equipe.

REFERÊNCIAS

ARTHUR, A. M., MARTINS VANINI, T., LIMA, N. M., IANO, Y., & ARTHUR, R. **Tratamentos fisioterapêuticos em pacientes pós-AVC: uma revisão do papel da neuroimagem no estudo da plasticidade neural**. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v. 14, n. 1, 2010.

- BERTAPELLI, F.; GORLA, J. I.; COSTA L. T.; FREIRE, F. **Composição corporal em jovens com síndrome de down: aspectos genéticos, ambientais e fisiológicos.** Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, v.15, n.2, p.197-207, 2011.
- BONOMO, L. M. M.; ROSSETTI, C. B. **Aspectos percepto-motores e cognitivos do desenvolvimento de crianças com síndrome de Down.** Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum, v.20, n.3, p.723734, 2010.
- COPETTI, F.; MOTA, C. B.; GRAUP, S.; MENEZES, K. M.; VENTURINI, E. B. **Comportamento angular do andar de crianças com síndrome de down após intervenção com equoterapia.** Rev. bras. Fisioter., v.11, n.6, p.503-507, 2007.
- COPPEDE, A. C.; CAMPOS, A. C.; SANTOS, D. C. C.; ROCHA, N. A. C. F. **Desempenho motor fino e funcionalidade em crianças com síndrome de Down.** Fisioter Pesq., v.19, n.4, p.363-368, 2012.
- HENN, C. G.; PICCININI, C. A.; GARCIAS, G. L. **A família no contexto da síndrome de down: revisando a literatura.** Psicologia em Estudo, v.13, n.3, p.485-493, 2008.
- MARTIN, J. E. S.; MENDES, R. T.; HESSEL, G. **Peso, estatura e comprimento em crianças e adolescentes com síndrome de Down: análise comparativa de indicadores antropométricos de obesidade.** Rev. Nutr., v.24, n.3, p.485-492, 2011.
- MASTROIANNI E.C.Q; BOFI T. C; CESINANDO A.C; SOUSA J; CHIARELLI D. N; SIQUEIRA L. **S.Reescrevendo a Síndrome de Down por meio de brincadeiras** [periódico da internet - 2006]. Acesso em: 20 de junho de 2009. Disponível em: <<http://www.unesp.br/prograd/PDFNE2006/artigos/capitulo8/reescrevendoasindrome.pdf>>
- MORAES, M.W.; WEBER, A. P. R.; SANTOS, M. C. O.; ALMEIDA, F. A. **Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na Comunidade de Paraisópolis.** Revista Einstein, v. 8, p. 149-153, 2010.
- MORAIS, K. D.W.; FIAMENGGHI-JR, G. A.; CAMPOS, D.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. **Profile of physiotherapy intervention for Down syndrome children.** Fisioter Mov, v. 29, n. 4. p. 693-701, 2016.
- MOURA, A. B.; MENDES, A.; PERI, A.; PASSONI, C. R. M. S. **Aspectos nutricionais em portadores da síndrome de down.** Cadernos da escola de saúde, v.2, n.1, p.1-11, 2009.
- ORNELAS, M. A.; SOUZA, C. **A contribuição do profissional de educação física na estimulação essencial em crianças com síndrome de down.** Revista da Educação Física/UEM, v.12, n.1, p.77-88, 2001.
- PACANARO, S. V.; SANTOS, A. A. A.; SUEHIRO, A. C. B. **Avaliação das habilidades cognitiva e viso-motora em pessoas com Síndrome de Down.** Rev. bras. educ. espec., v.14, n.2, 2008.
- PEREIRA, K. **Perfil do desenvolvimento motor de lactantes com síndrome de down dos 3 aos 12 meses de idade.** Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2008.
- RODRIGUES, D.; AVIGO, E. L.; LEITE, M. M. V.; BUSSOLIN, R. A.; BARELA, J. A. **Desenvolvimento motor e crescimento somático de crianças com diferentes contextos no ensino infantil.** Motriz, v.19, n.3, p.S49-S56, 2013.
- SANTOS, G. G.; SOUSA, J. B.; ELIAS, B. C. **Avaliação antropométrica e frequência alimentar em portadores de síndrome de down.** Ensaios e Ciência/: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v.15, n.3, 2011.
- SERAPOMPA, M. T. MAIA, S M. **Acolhimento e inclusão: da clínica ao acompanhamento escolar**

de um sujeito com Síndrome de Down . Distúrbios da comunicação. V. 18, n3, 2006.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. **Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família**. Interação em Psicologia, v.6, n.2, p. 167-176, 2002.

ACOLHIMENTO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA SOB A ÓTICA DE TRANSEXUAIS

Maitê Burgo Costa

Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- Mato Grosso do Sul

João Pedro Cândido

Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- Mato Grosso do Sul

Patrícia Lira Bizerra

Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- Mato Grosso do Sul

Karla de Toledo Cândido Muller

Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- Mato Grosso do Sul

Serginaldo José dos Santos

Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- Mato Grosso do Sul

Gabriel Luis Pereira Nolasco

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande- Mato Grosso do Sul

RESUMO: Pretendem-se com este estudo discutir as questões pertinentes à saúde sob a perspectiva de homens e mulheres transexuais, identificando a assimilação desta população acerca do acolhimento em saúde. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo-descritivo, que teve como população alvo homens e mulheres transexuais, em Campo Grande - MS. A análise dos resultados baseou-se em Minayo, que seguiu duas etapas: (1) Análise; (2) Tratamento dos Resultados/Inferência/

Interpretação. Apesar da existência de uma política de atenção integral a saúde voltada para a população LGBT, decretos de lei que tornam obrigatória a utilização do nome social em esfera estadual e federal, evidenciou-se nesse estudo que o despreparo no atendimento inicial e na triagem é um dos ponderamentos mais referidos, principalmente no que diz respeito ao nome social. A assimilação da população supracitada acerca do acolhimento, evidenciou entraves como o despreparo, desrespeito ao indivíduo e aos pronomes, nome social apontado por grande parte dos integrantes como um das práticas mais realizadas por profissionais atuantes nos estabelecimentos de saúde.

ABSTRACT: The aim of this study is to discuss the pertinent health issues from the perspective of transsexual men and women, identifying the assimilation of this population about health care. This is a qualitative-descriptive research that had as population male and female transsexuals in Campo Grande - MS. The analysis of the results was based on Minayo, which followed two steps: (1) Analysis; (2) Treatment of Results / Inference / Interpretation. Despite the existence of a comprehensive health care policy for the LGBT population, statutory decrees that make it mandatory to use the social name in the state and federal spheres, it was evidenced in this study that the lack of preparation in initial care

and screening is one of the referred to above, especially with regard to the social name. The assimilation of the aforementioned population about the reception, evidenced obstacles such as unpreparedness, disrespect to the individual and to the pronouns, social name pointed out by most of the members as one of the practices most performed by professionals working in health establishments.

PALAVRAS-CHAVE: Transexualidade, SUS e Acolhimento.

INTRODUÇÃO

A identidade de gênero é uma construção social e, portanto, histórica de modo que pode-se pressupor que essa caracterização é variável e que haveria diversas concepções de feminino e masculino¹. As relações de gênero cooperam para as formas de subjetivação, ponderando imagens, discursos e sentidos que são edificados na rotina das pessoas, estabelecendo inúmeras convicções de mundo e de relações.

Existe falta de entendimento entre os leigos do que difere gênero e sexo. Em seus conceitos básicos, sexo é definido como aspecto biológico e/ou anatômico, a qual se dá o fenótipo apresentado pelo indivíduo. Já o gênero é compreendido além da dita construção e aprendizado do que significa ser homem ou mulher, sendo assim, transcende a identidade aprendida sendo aí um ponto ser discutido, pois, identidade é algo individual, que pode ou não ter influências do meio social, ambiental na construção do “eu” e também influenciar este meio.

Contudo, há uma dicotomia a respeito dos dois termos supracitados, de tal forma que o termo sexo ainda é utilizado como um sinônimo de gênero, sem dissociação entre estes. Apesar dessa não dissociação há algo muito mais amplo e complexo na constituição dos seres humanos, vinculado a dificuldade de compreender o corpo além de uma matéria. O ser humano possui subjetividades que ao decorrer do tempo irá passar por construções, desconstruções sejam elas físicas, químicas, psicológicas e socioculturais.

A invisibilidade, a discriminação, preconceito e violações de todas as naturezas são exemplos dos principais enfrentamentos que os transexuais (trans) são submetidos ao decorrer dos séculos. Esses fatores influenciam negativamente no acesso aos serviços públicos em nosso país, como a educação, saúde, meios sociais, segurança pública, entre outros. Contudo, essa população está exposta a diversos riscos como sua integridade psíquica, física e moral o que diminui sua qualidade de vida e leva a processos de sofrimento, prejudicando desta forma sua saúde mental e física.

São frequentes as denúncias de violações a população LGBT, em especial de transexuais, contudo, as organizações públicas não conseguem contabilizar de maneira fidedigna os casos de violência, sejam elas físicas, morais, intelectuais ou mesmo os óbitos.

Os direitos conquistados pelos trans que passaram a acontecer após a implementação do processo de transexualizador no SUS foi regulamentado há 9 anos

por meio das Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Incluindo o direito de utilizar o nome social em escolas e repartições públicas. Porém, ainda observa-se que, no dia a dia, esses direitos supracitados infelizmente ainda não são respeitados de forma integral.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral a População LGBT, apenas beneficia o público transexual com o processo transexualizador e ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), o que acaba por não contemplar este público com propostas de educação em saúde e outras estratégias para que o sistema vigente em nosso país abranja o atendimento, sendo resolutivas as reais necessidades desse público que apresenta particularidades que devem ser respeitadas, seguindo os princípios do SUS.

As micropolíticas existentes em UBS's, UBSF's, NASF's, Ambulatórios, entre os gestores, profissionais de saúde e o próprio usuário é outro fator apontado como dificultador ou facilitador na produção do cuidado em saúde.

Pretende-se com essa pesquisa observar a concepção de transexuais sobre o acolhimento em serviços públicos de saúde, desde a recepção até o contato com profissionais especializados, de modo que puderam relatar aspectos positivos e negativos de suas experiências.

POPULAÇÃO E MÉTODO

Por meio de uma lista de contato do Centro de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate a Homofobia (CENTRHO), foram contactados por mensagem de texto, via celular, 31 participantes maiores de 18 anos que se auto identificam como transexuais. Destes, 16 responderam a mensagem e foram entrevistados, porém, 1 foi excluído após a entrevista por não contemplar a questão norteadora. Este estudo aprecia a assimilação de 15 transexuais, sendo 11 homens transexuais e 4 mulheres transexuais com idade entre 19 a 58 anos, residentes na Cidade de Campo Grande/MS. Os participantes foram caracterizados no estudo através de nomes de personalidades da internet, moda, cinema, TV, etc.

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e qualitativo, este trabalho foi encaminhado em janeiro de 2017 ao Centro de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate a Homofobia (CENTRHO), a fim de ser compreendido e autorizado. Portando a autorização da Casa de Assistência Social e da Cidadania o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com os Seres Humanos da Universidade Católica Dom Bosco—CAAE: 66113117.0.0000.5162, deram-se início ao agendamento das entrevistas em local oportuno para os entrevistados.

Os pesquisados foram informados acerca da finalidade do estudo e do procedimento da pesquisa, como a ética e o sigilo profissional. Aqueles que compreenderam a proposta e aceitaram participar do estudo tiveram de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, os participantes responderam

também de forma individual a entrevista, conduzida por um dos auxiliares portando um gravador, que procurou passar confiança e profissionalismo durante todo o processo.

Através da questão norteadora: Descreva no seu ponto de vista qual a atuação dos profissionais dos estabelecimentos de saúde que já frequentou no que diz respeito ao acolhimento? (Recepcionista, Enfermeiro).

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Foram analisadas primeiramente através de uma leitura, descrita por⁷ como “leitura flutuante”, que consiste em tomar contato exaustivo com o material. Foi feita então, em um segundo momento, a categorização dos dados obtidos a partir de 2 eixos de análise supracitado. Os eixos e categorias deste estudo emergiram através de afirmações que mais se repetiram entre os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise textual foram identificadas 2 eixos: Atendimento inicial e triagem.

A maioria dos entrevistados eram homens transexuais, representando (n= 11) da amostra total, já as mulheres transexuais representaram (n= 4), a média de idade da amostra total é de $26,47 \pm 9,86$ anos.

As falas foram transcritas separadas em dois eixos referentes ao atendimento inicial realizado pelos profissionais da recepção e à triagem, realizada pelo profissional da Enfermagem. Os participantes pontuaram em mais de uma categoria dos eixos citados anteriormente.

Atendimento Inicial

As categorias que emergiram nos discursos foram: Despreparo, Atendimento Adequado e Não tive problemas.

Desconhecimento e desrespeito

Dos participantes 6 apontaram que experimentaram de pelo menos uma experiência de despreparo por parte de recepcionistas ao lidarem com os mesmos.

“Infelizmente na maioria das vezes não foi uma boa experiência, eu percebo um grande despreparo dessas pessoas que ficam à frente da recepção, pra lidarem com as pessoas trans e terem esse olhar mais atento por que é um grande constrangimento que a gente acaba enfrentando por conta dessa falta de sensibilidade, de adequação, é um atendimento que vem a ser pra nos muito mais adequado né (Tom Phelan).”

Uma grande parcela de transexuais se depara em seu cotidiano com a falta de preparo de profissionais atuantes nos serviços de saúde, mas também com a falta de aceitabilidade e compreensão a suas vivências, suas experiências e suas formas de viver. Percebe-se que esse despreparo começa desde o momento em que existe o contato com o recepcionista, quando é necessário que solicitem a inserção ao lado

da ficha de seu nome social – sendo que, pela legislação e pelas políticas públicas vigentes isso não necessitaria ser solicitado.

Do total dos participantes desse estudo 12 apontaram que não foram tratados pelo nome social nos estabelecimentos de saúde, e que a carteira de nome social não resolve seus problemas nos estabelecimentos supracitados e nem em outros âmbitos da sociedade, e que portar este documento não os isenta de sofrer preconceito. Isso pode ser explicado por distração dos profissionais ao se depararem com a carteira de nome social, por desconhecimento sobre os decretos de lei que regulamentam ou por se opor a acatar a solicitação quando realizada.

“Uma vez que foi a pior pra mim, foi um comentário absurdo que ouvi, da recepcionista que falou pra mim que ela não podia fazer nada e ia ter que chamar pelo nome que tava ali mesmo, por que era padrão, era o nome que aparecia junto ao prontuário que não dava pra fazer diferente. Eu sai bastante chateado e isso até potencializa a dor você tá sentindo no momento, além de ter uma dor física que você pode estar passando, existe uma dor moral, dor emocional muito grande, quando você não é atendido com esse respeito, com esse carinho que todo mundo merece, você ser atendido com dignidade (Laith Ashley)”.

“Não se referem a mim pelo nome social, mesmo eu solicitando (Aydian Dowling).”

“Nunca me chamam pelo nome social (Luca Scarpelli).”

“Com a recepcionista não tem sido positiva a experiência, por que o SUS quando você abre o sistema tem o nome de registro e o nome social, e elas param na primeira linha é bem constrangedor (Lea T).”

Tagliamento em sua pesquisa explica que a recusa por parte de profissionais em atender à solicitação supracitada estão interligadas com o fator desconhecimento dos mesmos em relação aos documentos que regulamentam, exigem o uso em esfera estadual e nacional do nome social.

O uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais na esfera da administração pública federal está previsto no Decreto Nº 8.727, de 28 de Abril de 2016, entrou em vigência 1 ano após a sua publicação. Essa lei também está prevista no âmbito do estado de Mato Grosso do Sul, no Decreto Nº 13.684, de 12 de Julho de 2013.

“A carteira de nome social é paliativa, é como ela tem sido pra mim, ela atenua a sua dificuldade de reconhecimento, mas não resolve as coisas pra você, até por que em determinados ambientes ela não existe. Como agora, eu estou passando pela auto-escola, pelo processo de tirar a habilitação e simplesmente não é reconhecido, não existe nem a possibilidade do nome social vir junto com a carteira de habilitação, ela tem servido pra mim pra no máximo ir ao cinema. Na hora de uma vida mais funcional, aquilo lá não tem servido pra nada, é uma gambiarra, é uma forma assim, o estado te deu uma ferida e aí ele tá querendo te dar um curativo mas é uma coisa que não vai resolver o seu problema (Shane Ortega).”

A inclusão do nome social está inserido como obrigatoriedade na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e o Cartão do SUS têm por objetivo reconhecer a legitimidade da identidade de gênero, com intuito de promover maior acesso à saúde da população

transexual. Porém, não existe garantia de que os preceitos estabelecidos por esses documentos vêm sendo obedecidos ou são de conhecimento dos profissionais atuantes no sistema de saúde vigente.

Este despreparo foi também denominado como uma indisposição por parte dos profissionais atuantes na recepção sendo apontado por 3 dos integrantes dessa pesquisa aponta que esse acontecimento pode ser explicado devido a um processo a qual os profissionais que lidam intensamente com o público como recepcionistas, sofrem ao longo do tempo, que é o descontentamento com o ambiente de trabalho, a estabilidade que leva à acomodação, a sobrecarga de trabalho, duplas ou triplas jornadas, insatisfação salarial, déficit nas ações de educação continuada e permanente, gerando dessa forma desconhecimento e, por conseguinte deslegitimação da identidade de gênero.

“Você solicita pra ser chamado pelo nome social e pelos pronomes, no momento em que você vai passar pela triagem, vai ser chamado na frente de todo mundo e na maioria das vezes eu percebi que a pessoa que estava na recepção não estava disposta a acatar aquela solicitação que eu tinha feito (Adam Franco).”

Não Tive Problemas

Dos participantes 4 discorreram não terem experimentado de problemas no acolhimento inicial dos estabelecimentos de saúde, tendo sua carteira de nome social aceita, relataram também não ter tido passado por constrangimento de nenhuma natureza.

“Bom, eu só precisei utilizar uma vez o Sistema Único de Saúde desde que eu comecei meu tratamento, elas aceitaram a minha carteira de nome social e foi tudo ok, ocorreu tudo bem, não tem do que reclamar em relação do posto que eu fui, não posso falar dos demais postos. Posso falar das recepcionistas que foram super atenciosas e discretas comigo (Lucca Najar).”

“Eu não tive nenhum problema e nem sofri nenhum tipo de constrangimento, mas pelo fato de ser passável e por que as pessoas não conseguem me perceber, se não fosse à passibilidade as coisas seriam diferentes (Ariel Modara).”

Produzir acolhimento é gerar em si consciência da responsabilidade em efetivar o ato de acolher, abraçar, abrigar, escutar, admitir, acatar a todos os usuários sem fazer distinção por identidade de gênero, raça, religião, orientação sexual, condições socioeconômicas. Sendo assim, o acolher se realizado de maneira efetiva e resolutiva é uma prática inclusiva.

Nome social respeitado

Apesar das críticas descritas, os entrevistados relataram pontos positivos envolvendo o atendimento inicial categorizado neste estudo como atendimento adequado.

Essa categoria foi apontada por 3 participantes que se referiram ao nome social, pois, solicitaram ao recepcionista que se remetesse aos mesmos através do nome a qual se identificam, demonstrando sensibilidade e respeito ao usuário.

“Uma vez, eu fiquei até muito contente, que eu precisei já era noite, precisei de um atendimento urgente e eu solicitei o nome social e fui atendido, então foi um momento muito feliz (Leo Sheng).”

Acolhimento não tem paredes, lugares, hora, nem muito menos um ator principal, ele é delineado em todo o processo saúde-doença, por todos os atores envolvidos na linha do cuidado. Não podendo ser sintetizado em ações isoladas e contínuas, a criação do vínculo supracitado acima, é fundamental para a escuta de problemas, troca de informações, recíproco reconhecimento de direitos e deveres, findando em tomadas de decisões que proporcionem intervenções convenientes e eficazes para contemplar as necessidades dos usuários do serviço de saúde.

O acolhimento nada mais nada do que a relação gerada, o vínculo usuário-profissional, profissional-usuário, sem distinção e especificidade do ator e momento que irá promover, afinal, acolher é uma práxis irrequieta. A produção de saúde sempre se dá por relações, se materializa dessa forma em trabalho vivo em ato.

Triagem

A triagem é a primeira assistência prestada pelos profissionais de saúde aos usuários. Tem por objetivo uma avaliação primária, seleção e o devido encaminhamento dos usuários para os estabelecimentos ou profissionais adequados à sua assistência. É um processo que ocorre em qualquer unidade de saúde, pautado nas intervenções técnicas e humanizadas adequadas levando sempre em consideração os princípios norteadores do SUS.

A importância da triagem é de primordialmente prevenir complicações e compreender quadros que implicam em morbimortalidades, como esse serviço faz parte da linha de cuidado é necessário a interligação com os demais setores existentes no sistema, fortalecendo os laços da rede de atenção. O profissional da Enfermagem é o escolhido para realizar essa avaliação, por obter em sua formação fortes características assistencialistas, adquirindo ao decorrer de sua prática profissional uma visão aguçada através da escuta as necessidades dos usuários.

As categorias que emergiram nos discursos foram: Despreparo, Desrespeito e Não tive problemas.

Despreparo

O despreparo na triagem fica evidente no discurso de 8 participantes, isso ocorreu em momentos como não acatar o nome social mais uma vez, como já relatado, ou chamar pelo nome social mas não utilizar os pronomes corretos. Esses participantes

não relataram esse despreparo como um momento discriminatório explícito por que não há agressividade do olhar ou do falar, há inabilidade com a situação, ele não entendia o que estava na sua frente.

Essa inabilidade gera desconforto, tristeza e afastamento dos estabelecimentos de saúde. Isso vem a ocorrer devido à falta de abordagem sobre a identidade de gênero nas salas de aula de Instituições de Ensino Superior e dentro do próprio serviço de saúde contextualizado como Educação permanente.

“A grande maioria das vezes meu problema é na triagem, depois da triagem parece eles abrem a cabeça e começam a me tratar da forma que eu quero que me tratem, mas a triagem é complicado, eu chego à recepção peço pra me tratar da forma que eu quero, chega à triagem sempre tem alguma dificuldade, na hora de chamar chama pelo nome de registro, na hora de atender pega meu documento e olha com cara diferente (Balian Buschbaum).”

“Então, sobre os profissionais da triagem geralmente são Enfermeiras, elas te olham, é bem tranquilo, atende normal, só que pelo fato de não aceitarem o meu cartão de nome social, continuam chamando pelo nome biológico e usam os pronomes errados (Laverne Cox).”

“Lá na triagem eu percebi um falta de conhecimento de todo mundo, falta da pessoa querer respeitar quem você é, na verdade não é só a pessoa te respeitar, ele tem que entender o que eu tô passando e o que outras pessoas passam (Chaz Bono).”

Garcia *et al*, em sua pesquisa questionou se na formação acadêmica em Enfermagem, enfermeiros tiveram alguma disciplina a qual foi discutida a temática sexualidade, identidade de gênero e orientação sexual. Dos enfermeiros participantes, 90% ouviram em alguma disciplina da graduação, abordagens sobre sexualidade no geral e apenas 10% tiveram acesso a abordagem sobre orientação sexual, disseram que em nenhuma disciplina foi abordado identidade de gênero.

O déficit na abordagem ou a não abordagem acerca da sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero no processo de formação do enfermeiro é confirmada pelo despreparo dos mesmos em relação a essas temáticas, vindo a refletir em seu desempenho profissional quando à frente da pluralidade existente entre os usuários.

Tendo em vista, que dados como os supracitados servem de alerta as autoridades em saúde, para a realização de ações que conscientizem esses profissionais acerca da diversidade intrínseca no ser humano, suas necessidades e a importância da realização de uma abordagem individualizada respeitando sempre os princípios do SUS.

Desrespeito

De acordo com o que foi relatado por 3 dos participantes deste estudo, os profissionais da enfermagem agiram de forma a desrespeitar e deslegitimar sua identidade de gênero infringindo o princípio da equidade. Por vezes pode ser referido como transgressão das normas impostas pelo cis-tema, podendo caracterizar-se como

transfobia.

“Eu me lembro muito bem uma vez eu tinha 14 anos de idade, tava com infecção urinária, tava bastante mal, tive que passar por um atendimento num posto de saúde e uma enfermeira falou pra mim que ali eu tinha que ficar pianinho por que eu estava precisando e não tinha essa frescura de eu ser o “João”, e eu falei pra ela que meu nome não era João, mas ela usou de uma maneira vexatória pra se referir a mim, que ali eu não era João, que eu tinha que me adequar aquele atendimento, que ali era aquela pessoa que tava naquele cartão e que eu não tinha que mostrar essa frescura naquele momento, que eu tava doente. [...] Eu só tinha 14 anos então, eu ouvi aquilo e aquilo entrou pra mim como uma lança ferindo os meus ouvidos, mas eu não pude fazer nada, na época eu tive que ouvir aquilo e ficar calado, ficar muito chateado, lembro que até chorei ali, horrível simplesmente horrível (Luc Tas).”

“Uma vez fui estava passando bastante mal, fui no UPA com meu marido [...] o enfermeiro me encaminhou para a enfermaria masculina para tomar soro, achei aquilo um absurdo e fiquei me sentindo pior do que eu já tava. Um outro enfermeiro veio e perguntou o que uma senhora estava fazendo na ala masculina (Roberta Close).”

Desrespeito é a falta de respeito, desacato; a palavra em formato de verbo no infinitivo é definida como faltar com o respeito a, desacatar, transgredir, violar, perturbar. O desrespeito está atrelado a discriminação de gênero, levando os indivíduos a serem submetidos a situações vexaminosas propiciando condições para o desenvolvimento de afecções físicas, psíquicas, sentimentais, exclusão social e etc. Discriminar tem como definição distinguir, separar, segregar. Esse conceito está diretamente relacionado a estereótipo, estigma e preconceito.

O estereótipo é a atribuição consensual de determinadas características a diversos grupos, com intuito de tornar as relações sociais mais ágeis, o risco corrido ao estereotipar grupos incide no estabelecimento e aplicações de descrições equívocas, inconclusas e sem flexibilidade de determinados grupos sociais. O estigma se caracteriza como diversos eventos inter-relacionados em que um grupo social dominante, não reconhece pluralidade humana como também rotula enquanto um atributo indesejável, mantendo um amplitude que separa o “nós” e “eles(as)”.

Desrespeito esse que é designado como transfobia, que ocorre por uma série de eventos negativos direcionados a travestis e transexuais, situações essas que podem causar diversos danos severos no contexto geral de saúde.

Não Tive Problemas

Do total de participantes, 4 disseram não terem passado por problemas no momento da triagem. Relataram que os profissionais da enfermagem não demonstraram indiferença, nem lançaram olhares de estranheza, mas sim que foram atenciosos ao se dirigirem aos mesmos pelo nome e pronome a qual se identificam, refeririam terem experimentado de uma abordagem receptiva.

“As enfermeiras sempre chamam pelo nome social e me tratam pelos pronomes

corretos, elas são bem simpáticas e receptivas (João Nery).”

“Nunca tive problemas na triagem, acredito que é por eu ser passável (Tarso Brant).”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou desvelar as experiências de acolhimento a transexuais de prisms diferentes. A assimilação da população supracitada acerca do acolhimento, evidenciou alguns entraves como o despreparo, desrespeito ao indivíduo, aos pronomes e nome social, sendo apontado por grande parte dos integrantes como um das práticas mais realizadas por profissionais atuantes nos estabelecimentos de saúde.

Conclui-se dessa forma, que tem-se um caminho longo a ser percorrido para que a formação em saúde, integre as suas grades curriculares disciplinas direcionadas a discutir identidade de gênero e processo saúde-doença, pois como observado neste trabalho há um distanciamento sobre o entendimento e correlação dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ARÁN, M; MURTA, D; Zaidhaft, S. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. Revista Psicologia e Sociedade.2008;(1).20.70-79.

ARÁN, M; MURTA, D; Zaidhaft, S. “Transexualidade e saúde pública no Brasil”. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2009;(4).14

BENTO, B. A reinvenção do corpo. Sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

BENTO, B. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense.2008.

BIERNAT, Monica; DOVIDIO, Jhon. Stigma and stereotypes. In: HAETHERTON TODD F, KLECK ROBERT E, HEBL MICHELLE R, HULL JAY G, editors. The Social Psychology of Stigma. New York: The Guilford Press; 2000. p. 88-125.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília. reimp. Ministério da Saúde.2013.(1).

BRASIL. Resolução nº 1.482 de 19 de setembro de 1997. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Diário Oficial da União. 1997.

BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e do reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da

administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Disponível em: (<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jps/visualiza/index.jsp?data=17/05/2017&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=256>) Acesso em maio de 2017.

BRUNS MAT, Pinto MJC. Vivência transexual: o corpo desvela seu drama. Campinas, SP: Editora Átomo.2003.

BUTLER, J. “Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo”. Cadernos Pagu.1998;(11)11-42.

BUTLER, J. Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2010.

BUTLER, J. Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.

DIAS, R.B. Identidade de gênero trans e contemporaneidade: Representações Sociais nos processos de formação e educação. (Tese de Mestrado). Campo Grande- Mato Grosso do Sul, UFMS 2015;24-27

GARCIA, F. G.; BATISTA, D. S. ; SANTOS, M. C. . Novidades e avanços em Políticas Públicas de Saúde: a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil. 2016.

GIR, E.; NOGUEIRA, M.S.; PELÁ, N.T.R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. Rev. Latino am. enfermagem, Ribeirão Preto. Abril 2000; (2).8.33-40.Disponível em: (<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12415>). Acesso em: 27 abr 2017.

HAMILTON, David L ; TROILER, TK. Stereotypes and Stereotyping: An Overview of the Cognitive Approach. In: DOVIDIO, Jhon; GAERTNER, Samuel L, Orlando: Prejudice, Discrimination and Racism, Michigan, Academic Press; 1986. p. 127-63.

LINK, Bruce G. Link; PHELAN Jo C. “Conceptualizing stigma”.Annual Review of Sociology, v. 27, p. 363-85, Ago- 2001.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, Triagem nos serviços de saúde organizadores. Saúde em debate: agir em saúde um, desafio para o público.São Paulo: Hucitec.2002.(2)71-112.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.1992.

MINIAURÉLIO: O dicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2010). Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: (http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf) Acesso em 28 abr.2017.242.p.

PERES WS. Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2005.

SEDHAST. Cumprimento ao decreto 13.684 de 12/07/2013. Disponível em: (<http://www.sedhast>).

ms.gov.br/governo-do-estado-realiza-entrega-de-carteira-de-nome-social/) Acesso em abril de 2017.

SILVA, T. Serviço de urgência e emergência: Modelos de gestão com acolhimento e classificação de risco em hospitais brasileiros [monografia]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina, Curso de Pós-Graduação em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde; 2011.

TAGLIAMENTO, G. A arte dos (des)encontros: mulheres trans e a saúde integral. 1. ed. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013. 172p.

VINHA PVH, De Angelis JA, Stechini MAMF, Grieten EMV. Triagem de pacientes para consulta feita por médicos e enfermeiras. Bol Sanit Panam. 1987. (2)102: 148-58.

ANÁLISE DOS EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

Fábio Correia Lima Nepomuceno

Possui graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de João Pessoa (2005), Pós-graduação em Fisioterapia na Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Redentor do Rio de Janeiro (2006); Pós graduação em Educação, Desenvolvimento e Políticas Educativas pelas Faculdades Integradas de Patos (2007). Especialista Profissional em Terapia Intensiva, com área de atuação no adulto pelo COFFITO. Mestrado em Ciências das Religiões, na linha de pesquisa em Espiritualidade e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Doutorando em Inovações Tecnológicas em Medicamentos - UFPB.

Juliane Maury Pereira Lucena

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, FCMPB. Bacharel em Fisioterapia. Mestre em Terapia Intensiva. Manaus-AM.

RESUMO: A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma síndrome metabólica decorrente da perda progressiva da capacidade excretória renal, a qual associada ao tratamento por hemodiálise causa restrições e prejuízos no estado de saúde dos pacientes. Este estudo objetivou avaliar os efeitos do treinamento muscular respiratório com threshold IMT na capacidade pulmonar dos pacientes acometidos por IRC submetidos a hemodiálise. A amostra foi de 07 pacientes

atendidos pelo Serviço Nefrológico Fiúza Chaves (NEFRUZA), maiores de 18 anos, que apresentem $PiMáx \leq -80 \text{ cmH}_2\text{O}$ (mulheres), e $\leq -100 \text{ cmH}_2\text{O}$ (homens) durante a avaliação. Os pacientes foram submetidos a uma avaliação fisioterapêutica penumofuncional, utilizando a Ventilometria e Manovacuômetria, sendo reavaliados após 15 sessões. O protocolo foi realizado com o incentivador respiratório Threshold IMT, com carga de 30% da $PiMáx$ nas cinco primeiras sessões, progredindo para 40% da $PiMáx$ nas cinco sessões seguintes, finalizando o protocolo com 50% da $PiMáx$ nas últimas sessões, sendo realizadas quatro séries com dez repetições. Foram aferidos a PA, FC e FR, sendo observado um aumento nas médias das variáveis PAS ($142,37 \pm 18,98 \text{ mmHg}$ e $143,24 \pm 20,28 \text{ mmHg}$), PAD ($90,67 \pm 8,88 \text{ mmHg}$ e $91,43 \pm 8,82 \text{ mmHg}$) e FC ($82,19 \pm 7,71 \text{ bpm}$ e $83,24 \pm 6,40 \text{ bpm}$), respectivamente antes e após a aplicação do protocolo, tendo a FR ($15,01 \pm 0,50 \text{ irpm}$ e $13,70 \pm 0,59 \text{ irpm}$) apresentada redução após a realização do mesmo. Quanto a $PiMáx$ e VC não houve variação significativa ($-45,7 \pm 17,2 \text{ mmHg}$ e $-55,7 \pm 22,3 \text{ mmHg}$; $599,1 \pm 443,2 \text{ ml}$ e $509,6 \pm 210,3 \text{ ml}$, respectivamente), tendo apenas a $PeMáx$ apresentado variação significativa ($84,3 \pm 31,0 \text{ mmHg}$ e $106,4 \pm 35,2 \text{ mmHg}$, respectivamente). Com isso, o threshold IMT não apresentou melhora significativa da variável

PiMáx, nem do VC.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Renal Crônica. Diálise renal. Fisioterapia. Exercícios Respiratórios.

ABSTRACT: Chronic Renal Insufficiency (CRF) is a metabolic syndrome resulting from the progressive loss of renal excretory capacity, which is associated with hemodialysis treatment, causing restrictions and impairments in the health status of patients. This study aimed to evaluate the effects of respiratory muscle training with IMT threshold in the pulmonary capacity of patients affected by CRI undergoing hemodialysis. The sample consisted of 07 patients who underwent PiMax \leq -80 cmH₂O (women) and \leq -100 cmH₂O (men) who underwent the Neurological Service Fiúza Chaves (NEFRUZA) over 18 years of age during the evaluation. The patients underwent a pneumofunctional physical therapy evaluation, using Ventilometry and Manovacuometry, being reassessed after 15 sessions. The protocol was performed with the Threshold IMT respiratory stimulator, with a 30% loading of Pimáx in the first five sessions, progressing to 40% of Pimáx in the following five sessions, ending the protocol with 50% of Pimáx in the last sessions, with four series with ten repetitions. PA, HR and RR were measured, with an increase in mean SBP variables (142.37 ± 18.98 mmHg and 143.24 ± 20.28 mmHg), DBP (90.67 ± 8.88 mmHg and $91, 43 \pm 8.82$ mmHg) and HR (82.19 ± 7.71 bpm and 83.24 ± 6.40 bpm), respectively before and after the application of the protocol, with RF (15.01 ± 0.50 irpm and $13, 70 \pm 0.59$ irpm) presented reduction after its accomplishment. There was no significant variation ($p = 0.05$) in both groups ($p = 0.05$ and $p = 0.05$). Pemax presented significant variation (84.3 ± 31.0 mmHg and 106.4 ± 35.2 mmHg, respectively). Therefore, the IMT threshold did not show a significant improvement of the PiMáx variable, nor of the CV.

KEYWORDS: Chronic Renal Insufficiency. Renal dialysis. Physiotherapy. Respiratory Exercises.

1 | INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma síndrome metabólica decorrente de uma perda progressiva, geralmente lenta, da capacidade excretória renal. Dado que a função de excreção de catabólitos é resultante principalmente da filtração glomerular, a IRC consiste assim em uma perda progressiva de filtração glomerular. Esta condição resulta em incapacidade do organismo em manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico renal, comprometendo a manutenção do volume extracelular (VEC), a concentração de eletrólitos, o pH e a pressão osmótica do meio interno (DRAIBE; AJZEN, 2002; QUEIROZ, NASCIMENTO, 2006; RIELLA 2010).

Por se tratar de uma doença que não apresenta perspectiva de melhora e devido ao impacto negativo na qualidade de vida desta população, ela tem sido determinada como um problema de saúde pública, devido as elevadas taxas de morbimortalidade e impactos negativos físicos e psicossociais (MARTINS; CESARINO, 2005; ROCHA,

MAGALHÃES, LIMA, 2010).

A insuficiência renal crônica pode ocorrer devido a distúrbios nos vasos sanguíneos, nos glomérulos, nos túbulos, no interstício renal e no trato urinário inferior, sendo as mais comuns a glomerulonefrite crônica, nefropatia túbulo – intersticial crônica (pielonefrite), necrose cortical renal, hipertensão arterial grave, processos renais obstrutivos crônicos, diabetes, amiloidose, lúpus eritematoso disseminado e doenças hereditárias, tais como rins policísticos e síndrome de Alport (MARQUES, PEREIRA, RIBEIRO 2005; QUEIROZ, NASCIMENTO, 2006).

A redução progressiva do número de néfrons leva a retenção de eletrólitos e de líquido, chegando-se ao óbito quando o número de néfrons cai abaixo de 5% a 10% do normal. Isso ocorre devido uma perda progressiva de filtração glomerular que pode ser avaliada pela medida do “clearance” de creatinina em urina de 24 horas. Em indivíduos normais a filtração glomerular é da ordem de 110 a 120 ml/min correspondente à função de filtração de cerca de 2.000.000 de néfrons. Em paciente com IRC a filtração se reduz podendo chegar até 5-10ml/min quando o tratamento dialítico ou o transplante renal se fazem necessários (DRAIBE; AJZEN, 2002).

As modalidades de tratamento da IRC são utilizadas para controle e redução dos sintomas e complicações, sendo comumente utilizadas as modalidades conservadoras, através da terapêutica medicamentosa e dietética. Quando essas modalidades terapêuticas não são suficientes para controle dos sintomas, é imprescindível a indicação para a diálise, que pode ser realizada através da diálise peritoneal ou hemodiálise, ou ainda o transplante renal. Estes tratamentos mantêm a vida, porém não promovem a cura da IRC (QUEIROZ; NASCIMENTO, 2006; KUSOMOTO et al, 2008; COSTA, 2012).

A hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade (90,7%), deve ser utilizada em pacientes portadores de doença renal crônica ou aguda, em decorrência da falência dos mecanismos excretores. Consiste na diálise realizada por uma máquina, na qual se promove a filtração extracorpórea do sangue. A prescrição do tratamento é em média três sessões semanais, por um período de três a cinco horas por sessão, dependendo das necessidades individuais (KUSOMOTO et al, 2008; ROCHA, ARAÚJO, 2010; COSTA, 2012).

Os indivíduos acometidos pela IRC realizam sessões de hemodiálise com frequência e tempo indicado, porém, percebe-se que uma proporção significativa tem dificuldade de aderir às terapêuticas. Como cumprimento do controle de peso interdialítico, obediência às restrições hídricas e dietéticas, adoção ao tratamento medicamentoso controlador dos sintomas causados pelas doenças associadas à IRC, como hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, obesidade, anemia, doenças vasculares, entre outras (COSTA, 2012).

As sessões de hemodiálise podem ser acompanhadas de diversos tipos de intercorrências clínicas. Algumas delas são relacionadas diretamente à fisiologia da diálise, como desequilíbrio, hipotensão e câibras, essas são decorrentes da retirada

de solutos urêmicos, água e eletrólitos (LUGON; MATOS; WARRAK, 2010).

O acúmulo dos produtos da degradação metabólica, como uréia e creatinina, ocorre proporcionalmente ao número de néfrons destruídos, pois a excreção dessas substâncias depende da filtração glomerular. Ou seja, se a taxa de filtração glomerular reduzir causando o acúmulo de creatinina nos líquidos corpóreos, a concentração plasmática se eleva até que a taxa de creatinina volte ao normal (GUYTON, 2006).

As manifestações clínicas da doença estão relacionadas aos sintomas: fraqueza, adinamia, fadiga facial, prurido, edema, pele seca e escoriável, anorexia, náusea, vômito e à medida que os níveis de azotemia se agravam o paciente apresenta dispnéia, nictúria, câimbra nas pernas, perda da libido, irritabilidade e incapacidade de concentração (COSTA, 2012).

A redução do número funcional de néfrons maior que 50%, causam a síndrome urêmica, constelação de sinais, sintomas e complicações que atingem praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo. Essas manifestações são conseqüências da retenção de solutos tóxicos ou do excesso da ação de mecanismos homeostáticos, reguladores da concentração plasmática de solutos vitais aos organismos (DRAIBE; AJZEN, 2002).

Dentre as manifestações extrarrenais da insuficiência renal crônica (IRC), encontram-se as infecções, as quais são consideradas a complicação mais freqüente em indivíduos portadores de IRC. As infecções urinárias são de grande importância, haja vista a dificuldade de os antibióticos atingirem níveis teciduais ou urinários adequados, com freqüente evolução para septicemia. As infecções broncopulmonares são do mesmo modo uma freqüente complicação, sobretudo em pacientes submetidos à hemodiálise, sendo seu diagnóstico dificultado na presença de edema pulmonar concomitante (DRAIBE; AJZEN, 2002; SANTOS et al, 2010).

No sistema respiratório observam-se ainda alterações no drive respiratório, mecânica pulmonar, função muscular e na troca gasosa. Alterações que possivelmente são decorrentes de edemas agudos pulmonares em conseqüência da uremia, as quais são responsáveis por significativas alterações nos volumes e capacidades pulmonares, assim como pressão inspiratória e expiratória máxima, podendo aumentar a gravidade do paciente devido ao quadro de insuficiência respiratória aguda (COELHO et al, 2008; KOVELIS et al, 2008; DUARTE et al, 2011).

A adequada manutenção da ventilação pulmonar, exercida pelos músculos do sistema respiratório, é fundamental para a preservação da vida. Os músculos respiratórios, assim como todos os músculos esqueléticos, podem melhorar a sua função com o treinamento muscular. Diferentes situações patológicas podem acarretar disfunção dos músculos respiratórios, o que contribui para intolerância ao exercício, para a dispnéia, e para a própria insuficiência respiratória (OLIVEIRA, SOARES, KOSOUR, 2009).

Diante as alterações advindas da progressão da IRC, a fisioterapia respiratória se mostra um instrumento indispensável, o qual visa otimizar a funcionalidade pulmonar,

melhorando a qualidade de vida desses pacientes. Para isso, é indispensável a realização de uma avaliação minuciosa para identificar as alterações pulmonares, apresentadas por esses pacientes.

A fisioterapia faz uso de suas técnicas de atuação contribuindo de forma significativa na prevenção, no retardo da evolução e na melhoria de várias complicações apresentadas pelo paciente renal. Estudos mostram que exercícios realizados durante a hemodiálise, quando devidamente orientados, são indicados a esses pacientes (ADAMS, 2006 apud RAMOS et al, 2012).

A manovacuômetro é um aparelho utilizado para a avaliação da função pulmonar, e é responsável por avaliar a força muscular respiratória, sendo considerado um teste não-invasivo e volitivo, que depende da compreensão e da colaboração do indivíduo. Ele é um dispositivo que mede pressões negativas e positivas graduadas em cmH_2O , ou seja, a Pimáx e a Pemáx. A Pimáx pode ser medida a partir da posição de expiração máxima, quando o volume de gás contido nos pulmões é o volume residual (VR). A Pemáx pode ser medida a partir da posição de inspiração máxima até alcançar sua capacidade pulmonar total (CPT), em seguida efetua um esforço expiratório máximo contra a via aérea ocluída (FERNANDES, 2007; OLIVEIRA, SOARES, KOSOUR, 2009).

Indivíduos que apresentam redução na força da musculatura respiratória podem ser submetidos ao tratamento fisioterapêutico utilizando um aparelho inspiratório de carga linear e fluxo-independente, o Threshold IMT, o qual foi desenvolvido nos Estados Unidos (FERNANDES, 2007).

O sistema Threshold IMT permite um total controle da carga pressórica inspiratória e seu sistema é composto por uma membrana ou diafragma; seletor para carga inspiratória; mola (spring-load); peça bucal e, se necessário, pode ser acoplado um adaptador para entrada de oxigênio (FERNANDES, 2007).

O Threshold IMT é um aparelho desenvolvido para treinar a musculatura inspiratória, e é indicado em situações de doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, doenças neuromusculares ou qualquer situação que apresente perda de força ou de *endurance* da musculatura inspiratória. A carga a ser ajustada está relacionada de 30 a 50% da Pimáx, e deve ser sempre medida para alteração da carga oferecida ao paciente, sendo a carga disponível de 9 a 41 cmH_2O com incrementos de 2 em 2 cmH_2O (FERNANDES, 2007; MORBELLI, 2009).

Diante do exposto esta pesquisa objetivou avaliar os efeitos do treinamento muscular respiratório com Threshold IMT na capacidade pulmonar dos pacientes acometidos por Insuficiência Renal Crônica submetidos a hemodiálise, averiguando as modificações promovidas na capacidade pulmonar através do uso do Threshold; o volume corrente e o volume minuto antes e após a utilização do Threshold; e em seguida calcular a Pimáx e Pemáx dos pacientes com IRC antes e após o tratamento fisioterapêutico proposto.

2 | MÉTODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem quantitativa dos dados, pois se estuda um grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação de seus componentes, apresentando uma maior flexibilidade de planejamento ao ser realizado (GIL, 2011).

A amostra foi constituída por 07 pacientes selecionados dentro do universo de pacientes em hemodiálise, atendidos pelo Serviço Nefrológico Fiúza Chaves (NEFRUZA), o qual possui 125 pacientes. A instituição autorizou a realização da pesquisa através da assinatura da carta de anuência.

A escolha dos pacientes respeitou os seguintes critérios de inclusão: Pacientes com IRC, de ambos os sexos, com faixa etária acima de 18 anos, que apresentaram durante a avaliação Pimáx inferior ou igual a $-80 \text{ cmH}_2\text{O}$, para o sexo feminino, e igual ou inferior a $-100 \text{ cmH}_2\text{O}$, para o sexo masculino, e que aceitaram participar da pesquisa. Sendo excluídos da pesquisa os que não se encaixaram nos critérios de inclusão, não necessitando de intervenção fisioterapêutica, e os que não aceitaram participar da pesquisa.

Aos que participaram da pesquisa foi esclarecido sobre os riscos e benefícios de participarem da pesquisa. Caso houvesse intercorrência durante a conduta, esta seria interrompida para que a equipe de enfermagem do NEFRUZA realizasse os procedimentos adequados, sendo levado em consideração que o pesquisador esteve sempre presente durante os atendimentos.

Foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos. Aos participantes foram esclarecidas todas as dúvidas, sendo a participação deles de caráter voluntário, sendo consumada mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, que torna explícito que a participação era livre e espontânea, sem fins lucrativos, podendo o participante retirar-se desta pesquisa a qualquer momento, e os resultados podendo ser publicados, desde que seja assegurado seu anonimato.

Para a coleta dos dados os pacientes foram submetidos à avaliação através da ficha de avaliação fisioterapêutica, a qual continha informações sobre o perfil do paciente (Nome, Idade, Gênero, Peso), diagnósticos associados, tempo de diálise e tratamento, e avaliação fisioterapêutica do sistema respiratório, tais como: padrão respiratório, deformidades torácicas, expansibilidade, ausculta pulmonar, Pimáx, Pemáx, Frequência Respiratória, Volume Corrente e Volume Minuto.

Para avaliação do sistema respiratório, os pacientes foram avaliados com o Ventilômetro e Manovacuômetro na admissão do tratamento e reavaliados após as 15 sessões. Para a utilização do ventilômetro, o paciente foi orientado a respirar de forma fisiológica durante um minuto com o aparelho na boca, e via aérea nasal ocluída através do clip nasal, possibilitando avaliar o Volume Minuto, FR e o Volume Corrente (Volume Minuto-FR).

E para utilização do Manovacuômetro, o paciente foi orientado a inspirar, até a capacidade pulmonar total, e a realizar um esforço expiratório sustentado até o volume residual (VR) para medir a $P_{em\acute{a}x}$, e para medir a $P_{im\acute{a}x}$, o indivíduo teve que expirar até o VR e, a seguir, realizar um breve esforço inspiratório até a capacidade pulmonar total (CPT).

Para admissão na pesquisa foram avaliados 25 pacientes, dos quais apenas 20 se enquadraram nos critérios de inclusão. Destes, dois faleceram e onze desistiram de participar da pesquisa. Os pacientes participaram de sessões periódicas, no período de agosto a outubro de 2014, com um total de 15 sessões realizadas três vezes por semana, sendo divididos em grupos, onde um foi atendido segundas, quartas e sextas, e o outro nas terças, quintas e sábados com duração média de 30 minutos. Toda a abordagem fisioterapêutica foi realizada sob a supervisão do Orientador durante o tratamento de hemodiálise realizado no NEFRUZA, localizado na Cidade de João Pessoa – PB, obedecendo aos dias de diálise de cada paciente.

O protocolo de exercícios terapêuticos foi realizado por meio do incentivador respiratório Threshold IMT, com carga inicial de 30% da $P_{im\acute{a}x}$ nas cinco primeiras sessões, progredindo para 40% da $P_{im\acute{a}x}$ nas cinco sessões seguintes, finalizando o protocolo com 50% da $P_{im\acute{a}x}$ nas últimas sessões, sendo realizadas quatro séries com dez repetições (4x10).

Antes da aplicação do protocolo os pacientes foram submetidos a avaliação dos sinais vitais (PA, FC, FR), sendo verificado novamente após a realização do mesmo.

Após a realização das 15 sessões os pacientes foram submetidos a uma reavaliação, para a coleta dos dados finais. Para o processamento, armazenamento e análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Windows for Excel 2007, verificando os percentuais e valores médios. Em seguida foi aplicado o teste do sinal para a verificação dos dados.

O teste do sinal é um teste não paramétrico, pois não realiza suposição alguma sobre a distribuição dos dados e são utilizados quando é necessário testar uma média e os dados não apresentam distribuição normal. Este teste possui a vantagem de poder aplicar-se a dados tipo dicotômico que não podem registrar-se numa escala numérica, mas que podem representar mediante respostas negativas ou positivas, registrando resultados qualitativos do tipo “fracasso” ou “êxito” (FERREIRA, 2003; VELARDE, 2009).

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

O grupo estudado foi composto por 07 pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica, de ambos os sexos, e que se encontravam em tratamento por hemodiálise. Os participantes tinham uma idade média de 43 anos ($\pm 15,8$), tendo como idade mínima 22 anos e a máxima de 65 anos, e são submetidos a tratamento

hemodialítico três vezes semanais por uma média de 59,9 meses ($\pm 49,1$). A caracterização do grupo estudado encontra-se na tabela a seguir.

Corroborando com este estudo, Figueiredo e colaboradores (2013) em sua pesquisa realizada no Centro de Nefrologia do Maranhão – CENEFRON, na cidade de São Luís, avaliaram 41 pacientes em tratamento hemodialítico, com média de idade de 40,5 anos, sendo a idade mínima de 21 anos e máxima de 60 anos. Enquanto Silva e colaboradores (2010) avaliaram 15 pacientes com diagnóstico clínico de insuficiência renal crônica, submetidos à hemodiálise no período de abril a setembro de 2007, sendo a população composta por 8 homens (53,3%), com idade entre 21 e 73 anos com média de 45,0 anos ($\pm 13,7$), submetidos à hemodiálise três vezes por semana durante 61,4 meses ($\pm 32,3$).

Variáveis Amostra (n = 7)	
Gênero	
Masculino n (%)	5 (71,4%)
Feminino n (%)	2 (28,6%)
Idade (anos)	43,0 ($\pm 15,8$)
Tempo de Tratamento (meses)	59,9 ($\pm 49,1$)
Tempo de HD (meses)	49,6 ($\pm 44,7$)
Diagnóstico Associados	
DM n (%)	2 (28,6%)
HAS n (%)	4 (57,1%)
Outros n (%)	1 (14,3%)
Escolaridade	
Alfabetizado	1 (14,3%)
Ens. Fund. Incompleto	4 (57,1%)
Ens. Médio Completo	2 (28,6%)
Deformidades Torácicas	
Escoliose	2 (28,6%)
Nenhuma	5 (71,4%)
Expansibilidade Torácica	
Simétrica Normal	3 (42,9%)
Simétrica Diminuída	4 (57,1%)

Tabela 1: Características da Amostra

HD: hemodiálise; DM: *Diabetes Mellitus*; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Fonte: LUCENA, 2014.

Dados da Pesquisa

Apesar de não ser uma doença exclusiva da população acima de 60, observa-se que existe uma maior prevalência nesta idade. Isto se justifica devido a instalação de diversas patologias comum neste período, decorrentes das alterações fisiopatológicas.

O aumento da esperança de vida, a maior incidência e prevalência de hipertensão na população idosa, e aumento da idade média dos pacientes iniciando o tratamento são importantes fatores de risco para o desenvolvimento da IRC inerentes ao envelhecimento. Quanto ao sexo, de acordo com Siviero e colaboradores (2013), os índices de prevalência e incidência de pacientes em tratamento de IRC tendem a serem maiores entre os homens, o que corrobora com este estudo.

De acordo com a tabela 1, quanto aos diagnósticos associados, observa-se a predominância da HAS (57,1%), e DM (28,6%). Essas patologias podem ser consideradas doença de base, e no caso da HAS, também pode assumir um papel de complicação decorrente da evolução da IRC. Portanto, torna-se evidente a necessidade do controle rigorosa da hipertensão arterial, sendo importante para minimizar a progressão de IRC.

Corroborando com a pesquisa, Schneider e colaboradores (2013), em seu estudo com 18 portadores de DRC observou a prevalência de HAS em 15 (83,3%) dos pacientes avaliados. Enquanto Coelho e colaboradores (2006) observaram que 100% de sua amostra era hipertensiva.

Ainda de acordo com a tabela 1 observa-se que 57,1% (n=4) apresentam uma expansibilidade simétrica, porém diminuída. O comprometimento da expansibilidade torácica pode estar associado à fraqueza generalizada da musculatura esquelética, e principalmente ao aumento sérico da concentração de substâncias osmoticamente ativas, as quais ocasionam aumento da retenção hídrica extravascular pulmonar.

Santos e Lopes (2010) realizaram um estudo com 17 pacientes do Centro de Nefrologia do Hospital Universitário São Francisco, com idade entre 18 e 70 anos, e ao analisar os valores de mediana da cirtometria, observaram uma redução não significativa ($p>0,05$) na cirtometria xifoidal no pré e pós hemodiálise (2,5 cm e 2,0 cm). Enquanto Queiroz e Nascimento (2006) realizaram estudo para verificar as repercussões pulmonares de 15 pacientes com IRC em tratamento dialítico, e verificaram que houve melhora na mobilidade torácica a nível xifoidal, o que difere dos dados desta pesquisa.

Foram avaliados a PA, FC e FR, antes e após a aplicação do protocolo de tratamento com o threshold IMT, sendo observada uma variação não significativa nas médias das variáveis PAS ($142,37\pm 18,98$ mmHg e $143,24\pm 20,28$ mmHg), PAD ($90,67\pm 8,88$ mmHg e $91,43\pm 8,82$ mmHg) e FC ($82,19\pm 7,71$ bpm e $83,24\pm 6,40$ bpm), respectivamente antes e após a aplicação do protocolo, tendo apenas a FR ($15,01\pm 0,50$ irpm e $13,70\pm 0,59$ irpm) apresentada redução após a realização do mesmo. A variação individual dessas variáveis podem ser averiguadas na tabela 2.

De acordo com a tabela 2, os dados de PAS e PAD inicial não apresentaram variação estatística, mas esta variação clínica se justifica devido as respostas distintas que o organismo nos impõe, tendendo o paciente apresentar uma hipotensão, ou hipertensão, dependendo do estágio em qual ele iniciou o tratamento hemodialítico.

Pacientes	PAS _i	PAS _f	PAD _i	PAD _f	FC _i	FC _f	FR _i	FR _f
1	120,7	118,7	88	89,3	77,8	76,9	15,2	14,3
2	155,3	158	82,7	82	78,3	79,9	15,3	13,9
3	141,3	142	89,3	90	94,2	93,1	14,5	12,7
4	120,7	124,7	82	86,7	73,1	78,3	14,9	14,1
5	171,3	174	104,7	105,3	91,2	90,3	14,8	14,1
6	154	156	101,3	102	78,4	78,9	15,9	13,7
7	133,3	129,3	86,7	84,7	82,3	85,3	14,5	13,1

Tabela 2: Variação dos sinais vitais antes e após a aplicação do protocolo de tratamento

PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; FC: Frequência cardíaca; FR: Frequência Respiratória; _i: Inicial; _f: Final.

Fonte: LUCENA, 2014.

Dados da Pesquisa

A avaliação da força da musculatura respiratória foi realizada através da manovacuometria, que avalia a PiMáx e PeMáx. Inicialmente os pacientes foram avaliados antes da aplicação do protocolo, e após os 15 atendimentos reavaliados. Com isso pode-se observar as variações nas PiMáx e PeMáx de acordo com o gráfico 1 e gráfico 2, respectivamente.

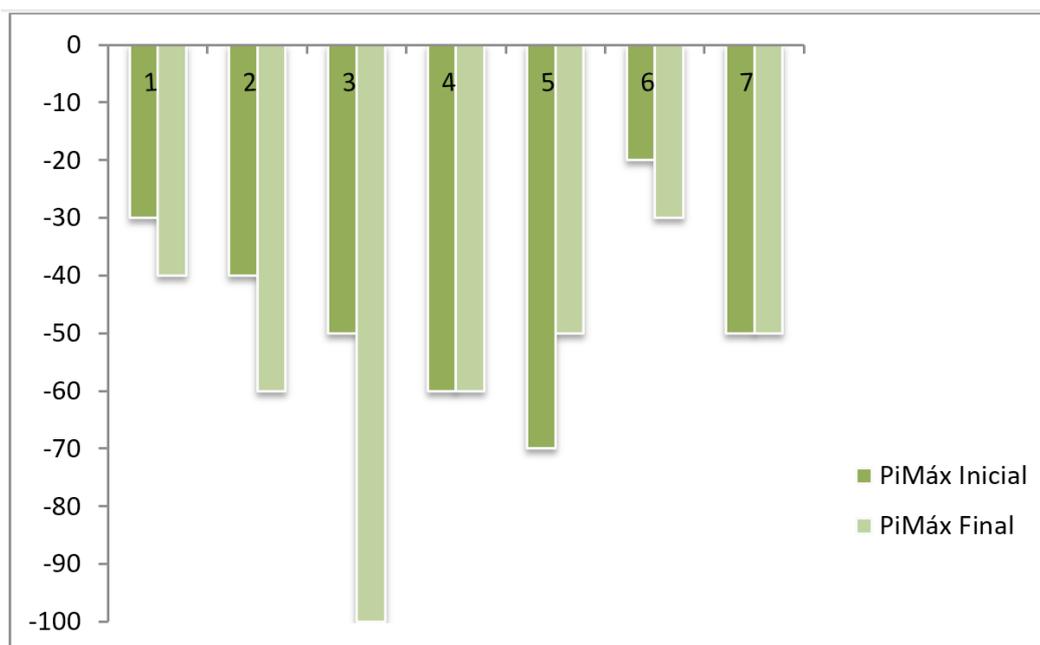


Gráfico 1: Variação da PiMáx antes e após o tratamento com o Threshold IMT.

Fonte: LUCENA, 2014.

Dados da Pesquisa

De acordo com o gráfico 1, 57,1% (n=4) dos pacientes apresentam melhora na variável Pimáx comparando pré e pós treinamento (-45,7±17,2 mmHg e -55,7±22,3 mmHg, respectivamente), apesar de não ser considerada uma alteração significativa de acordo com o teste do sinal ($p > 0,05$), visto na tabela 3. Enquanto a variável Pemáx (gráfico 2) houve variação significativa ($p < 0,05$) em 100% da amostra (n=7) comparando

o pré e pós treinamento ($84,3 \pm 31,0$ mmHg e $106,4 \pm 35,2$ mmHg, respectivamente).

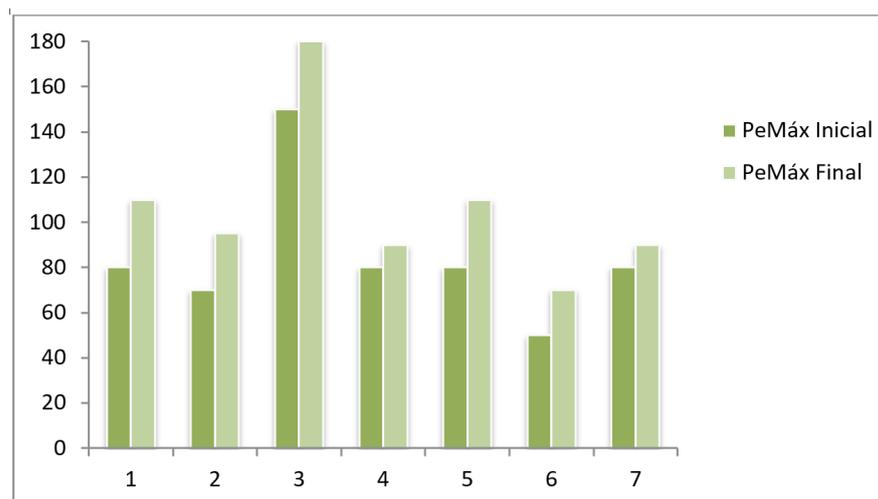


Gráfico 2: Variação da PeMáx antes e após o tratamento com o Threshold IMT.

Fonte: LUCENA, 2014.

Dados da Pesquisa

Isto se justifica devido às diversas intercorrências ocorridas durante o período de treinamento, o que impossibilitou que os atendimentos fossem realizados seguindo uma frequência. Além do que, a pesquisa foi realizada em um período de clima relativamente frio, onde vários pacientes da pesquisa apresentaram comprometimentos respiratórios devido às alterações climáticas, as quais também impossibilitavam a realização do treinamento, e conseqüentemente comprometiam o resultado.

Teste do Sinal	p - valor*
PiMáx	0,227
PeMáx	0,004
VC	0,773

* $\alpha=0,05$

Tabela 3: Verificação de significância através do Teste do Sinal.

Fonte: LUCENA, 2014.

Dados da Pesquisa

Em estudo, Figueiredo e colaboradores (2013) realizaram treinamento muscular respiratório para os músculos inspiratórios, utilizando dispositivo com carga linear pressórica Threshold IMT, durante 30 min, com carga de trabalho de 40% da pressão inspiratória máxima no início da segunda hora de treinamento hemodialítico, realizando esforço voluntário ativo durante 1 minuto e em seguida outro minuto de repouso até completar 30 min. Com isso, observaram uma melhora na força da musculatura inspiratória ($70,63 \pm 4,03$ mmHg para $108,75 \pm 7,41$ mmHg) quando comparado antes e após o treinamento.

Schneider, Winkelmann, Wendland e Oliveira (2013) em estudo com 18 portadores

de IRC, onde 9 pacientes realizaram treinamento com Threshold IMT com uma carga mínima de 7cmH₂O no grupo controle (GC), e os demais realizaram treinamento com Threshold IMT com 30% da PiMáx, no grupo teste (GT) durante 8 semanas. Analisando pré e pós treinamento observou-se melhora significativa nas variáveis Pimáx e Pemáx, no GC e GT respectivamente: PiMáx 74,37±28,89/108,37±45,56 mmHg (p=0,003) e 71,20±31,89/107,10±36,87 mmHg (p=0,007), PeMáx 89,38±26,33/111,63±44,46 mmHg (p=0,043) e 90,10±27,69/109,20±34,02 mmHg (p=0,055), o que discorda com os achados desta pesquisa.

Comparando ao estudo de Marchesan e colaboradores (2008), o qual realizou sua pesquisa com 11 pacientes com diagnóstico de IRC, os quais realizavam hemodiálise na Clínica Renal do Hospital Santa Lúcia, Cruz Alta-RS. Neste estudo foi realizado o treinamento da musculatura respiratória através da utilização do manovacuômetro, onde o paciente realizava 30 manobras inspiratórias (Pimáx) e 30 expiratórias (Pemáx), com freqüência de 3 vezes semanais, durante 15 semanas. Com isso, o treinamento respiratório com manovacuômetro também se mostrou eficaz na melhora da força da musculatura respiratória dos pacientes com IRC, apresentando uma melhora significativa (p<0,05).

Quanto a variação do VC (gráfico 3), observou-se uma variação não significativa, comparando a avaliação pré e pós tratamento (599,1±443,2 e 509,6±210,3ml).

Em estudo, Barros e colaboradores (2010) realizaram um estudo com 23 indivíduos pós-cirúrgico de cirurgia cardíaca, os quais foram submetidos a fisioterapia convencional associado ao treinamento muscular respiratório com o aparelho threshold IMT, com três séries de dez repetições, uma vez ao dia, durante todos os dias de internação no pós-operatório, com carga de 40% do valor da PiMáx inicial, apresentando uma melhora significativa de (0,71±0,21 litros), o que discorda dos dados obtidos neste estudo.

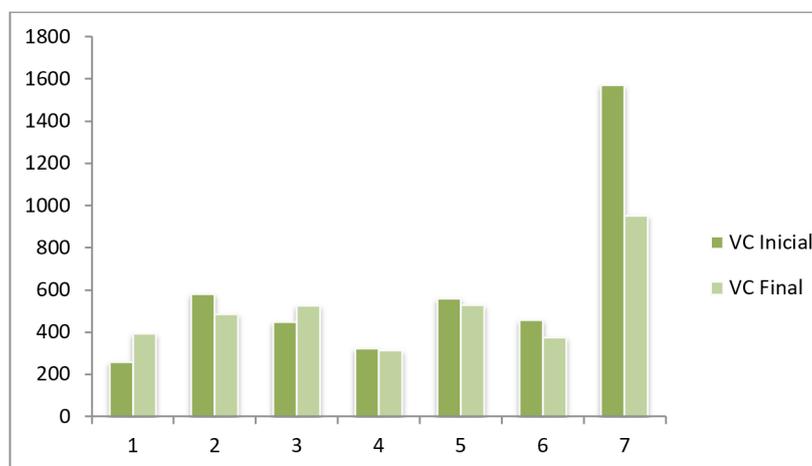


Gráfico 4: Variação do VC antes e após o tratamento com o Threshold IMT.

Fonte: LUCENA, 2014.

Dados da Pesquisa

Corroborando com os resultados do estudo supracitado, Matheus e colaboradores (2012) realizaram uma pesquisa com 47 pacientes, sendo os mesmos randomizados por sorteio em dois grupos, sendo 23 do GE (grupo estudo) e 24 GC (grupo controle), ambos com diagnóstico de insuficiência coronariana crônica e submetidos à cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio. O GC foi submetido ao protocolo de fisioterapia do serviço, que consta de avaliação e orientação no Pré-operatório, reexpansão pulmonar com padrões fracionados, incentivador respiratório, ortostatismo e deambulação no pós-operatório, duas vezes ao dia. O GE foi submetido ao mesmo protocolo e também ao treinamento muscular inspiratório (TMI), com threshold® IMT, duas vezes ao dia com três séries de 10 repetições com 40% da Pimáx aferida no 1º dia de pós-operatório. Comparando-se o valor do VC entre o primeiro dia de PO e o Pré-operatório, observamos redução significativa nos dois grupos (GC 443,79 ± 195,10/756,38 ± 220,05 ml) e GE (475,17 ± 140,67 / 655,96 ± 244,42 ml). No terceiro dia de PO, observamos aumento significativo no valor do VC no GE (608,09 ± 178,24 ml). Houve diferença significativa entre GC e GE no 3º dia de pós-operatório ($P=0,0490$).

4 | CONCLUSÃO

A insuficiência renal crônica é uma doença que tem se tornado cada vez mais freqüente na população brasileira, atraindo uma maior atenção dos profissionais de saúde que buscam aumentar a expectativa de vida desses pacientes, e proporcionar uma vida com mais qualidade. Com isso, diversos são os tratamentos utilizados, dentre eles a hemodiálise.

Considerando os benefícios do tratamento dialítico, que prolonga a vida dos pacientes com IRC, as condições impostas pela doença e pelo próprio tratamento provocam uma série de alterações sistêmicas, metabólicas e hormonais, que podem afetar adversamente a condição de saúde desses pacientes.

Entre os vários sistemas acometidos, o sistema respiratório apresenta sua fisiologia e funcionalidade alteradas pela progressão da doença, e também devido ao tratamento de hemodiálise.

Este estudo buscou analisar os efeitos do treinamento muscular respiratório em pacientes renais crônicos através da utilização do threshold IMT durante a realização da hemodiálise. Com isso, pode-se observar que as alterações de PiMáx e VC, não apresentaram melhora significativa, devido as dificuldades encontradas para a realização do treinamento muscular respiratório nestes pacientes. E também devido a uma amostra reduzida, visto que muitos pacientes não quiseram participar da pesquisa, e três foram impossibilitados de continuar devido a complicações da doença.

Este estudo evidencia a necessidade de realizar pesquisas para a avaliação de instrumentos que possibilitem a melhora da força da musculatura respiratória, visto a necessidade desses pacientes em realizar tratamentos que propiciem uma melhor funcionalidade do sistema respiratório. Além da dificuldade em encontrar artigos que

avaliem de forma isolada os efeitos do threshold nesta população.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, B. L.; ARAÚJO, S. G.; MACHADO, M. da G. R. Pressões respiratórias máximas. In: MACHADO, M, da G. R. **Bases da Fisioterapia Respiratória: terapia intensiva e reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 111-124, 2008.

BARROS, G. F.; SANTOS, C. da S.; GRANADO, F. B.; COSTA, P. T.; LÍMACO, R. P.; GARDENGHI, G. Treinamento muscular respiratório na revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. São José do Rio Preto. v.25, n.4. Oct./Dec. 2010.

BASTOS, M. G. Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 26, n.4. dez. 2004.

BASTOS, M. G. Prevenção da doença renal crônica. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 815-26, 2010.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo SBN 2013. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em outubro de 2013.

COELHO, D. M.; CASTRO A. M.; TAVARES, H. A.; ABREU, P. C. B.; GLÓRIA, R. R.; DUARTE, M. H.; OLIVEIRA, M. R. Efeitos de um programa de exercícios físicos no condicionamento de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 28(3): 121-7. 2006.

COELHO, C. C.; AQUINO, E. S.; LARA, K. L.; PERES, T. M.; BARJA, P. R.; LIMA, E. M. Repercussões da insuficiência renal crônica na capacidade de exercício, estado nutricional, função pulmonar e musculatura respiratória de crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n.1, p. 1-6, jan.-fev. 2008

COSTA, K. P. da S. **Adesão de pacientes portadores de insuficiência renal crônica à terapia dialítica**. Monografia apresentada a Coordenação do Curso de Pós-graduação em Nefrologia da Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional – CCE. Recife-PE, 2012.

DRAIBE, S. A.; AJZEN, H.. Insuficiência renal crônica. **Nefrologia: guia de medicina ambulatorial**. São Paulo: Manole, 2002.

DUARTE, J.; MEDEIROS, R. F.; PIETRO, T. D.; LOPES, T. M. Alterações de volumes e capacidades pulmonares pré e pós-hemodiálise em insuficiência renal crônica. **J Health Sci Inst**. 28 (1): 70-2, 2011.

FERNANDES, F. E. **Efeito do treinamento muscular respiratório por meio do manovacuômetro e do threshold pep em pacientes hemiparéticos hospitalados**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Mogi das Cruzes, SP; 2007.

FERREIRA, A. M. **Métodos estatísticos e delineamento experimental: testes não paramétricos**. 2003. Disponível em: <<<http://docente.esa.ipcb.pt>>>.

FIGUEIREDO, R. R.; CASTRO, A. A. M. de; BRAZ, A. G.; BALTATU, L. A. C.; BALTATU, O. C. **Biofeedback respiratório melhora a insuficiência respiratória em pacientes com insuficiência renal crônica**. Encontro de Pós-graduação e Iniciação Científica – Universidade Camilo Castelo Branco, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- KOVELIS, D.; PITTA, F.; PROBST, V. S.; PERES, C. P. A.; DELFINO, V. D. A.; MOCELIN, A. J.; BRUNETTO, A. F. Função pulmonar e força muscular respiratória em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 34 (11):907-912. 2008.
- KUSUMOTO, L.; MARQUES, S.; HAAS, V. J.; RODRIGUES, R. A. P. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm** 21 (Número Especial): 152-9. 2008.
- LUGON, J. R.; MATOS, J. P. S. de; WARRAK, E. A. Hemodiálise. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 980-1012. 2010
- MATHEUS, G. B.; DRAGOSAVAC, D.; TREVISAN, P.; COSTA, C. E. da; LOPES, M. M.; RIBEIRO, G. C. de A. Treinamento muscular melhora o volume corrente e a capacidade vital no pós-operatório de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. São José do Rio Preto. v.27, n.3, Jul/Set 2012.
- MARCHESAN, M.; KRUG, R. de R.; MOREIRA, P. R.; KRUG, M. de R. Efeitos do treinamento de força muscular respiratória na capacidade funcional de pacientes com insuficiência renal crônica. **Revista Digital – Buenos Aires**. Ano 13; 119. Abr 2008.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2010.
- MARQUES, B.A.; PEREIRA, C. D.; RIBEIRO, R. Motivos e frequência de internação dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico. **Arq Ciênc Saúde**. 12 (2): 67-72. 2005.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latinoam Enferm**. 3(5): 34-7. 2005.
- MORBELLI, V. Threshold. In: SARMENTO, G. J. V. **O ABC da fisioterapia respiratória**. Barueri: Ed. Manole. p. 171-172. 2009.
- OLIVEIRA, R. A. R. A. de; SOARES, S. M. de T. P.; KOSOUR, C. Bases do treinamento muscular respiratório. In: Sarmento, G. J. V. **O ABC da fisioterapia respiratória**. Barueri: Ed. Manole. p. 213-228. 2009.
- QUEIROZ, L. de O.; NASCIMENTO, R. G. do. **Repercussões da hemodiálise na função respiratória de pacientes portadores de insuficiência renal crônica**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade da Amazônia-UNAMA. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS. Curso de fisioterapia. Belém-PA 2006.
- RAMOS, J. de S.; SANTOS, B. M. dos; SANTOS, C. A. dos; EUMATSU, E. de S. C.; NAGAI, J. M.; BASSINI, S. R. F. Análise comparativa dos efeitos de um programa de exercícios para o quadríceps em pacientes durante a hemodiálise. **Revista Científica Indexada Linkania Júnior**. 2 (2): fev. 2012.
- RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- ROCHA, C. B. J.; ARAÚJO, S. Avaliação das pressões respiratórias máximas em pacientes renais crônicos nos momentos pré e pós-hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 32 (1): 107-113. 2010.

ROCHA, E. R. e; MAGALHÃES, S. M.; LIMA, V. P. de. Repercussão de um protocolo fisioterapêutico intradialítico na funcionalidade pulmonar, força de preensão manual e qualidade de vida de pacientes renais crônicos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 32(4); 359-371. 2010.

SANTOS, O. F. P. dos; Júnior, M. S. D.; NETO, M. C.; Draibe, S. A.; BOIM, M. A.; SCHOR, N. Insuficiência Renal Aguda (Lesão Renal Aguda). In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.355-68. 2010.

SANTOS, E. dos; LOPES, M S. **Avaliação da função pulmonar de pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade São Francisco. Curso de fisioterapia. Bragança Paulista, 2010.

SCHNEIDER, J.; WINKELMANN, E. R.; WENDLAND, J.; OLIVEIRA, O. B. de. **Capacidade funcional melhora após treinamento muscular inspiratório em doentes renais crônicos pré dialíticos**. XVIII Jornada de Pesquisa. Unijuí, 2013.

SILVA, V. G. da; AMARAL, C.; MONTEIRO, M. B.; NASCIMENTO, D. M. do; BOSCHETTI, J. R. Efeitos do treinamento muscular inspiratório nos pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 33 (1): 62-68. 2011.

SIVIERO, P.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. **Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013.

VELARDE, L. G. C. **Noções de Bioestatística**. 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/poscienciasmedicas/images/arquivos/apostila_estatistica.pdf>.

QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS NA HEMODIÁLISE

Fábio Correia Lima Nepomuceno

Possui graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de João Pessoa (2005), Pós-graduação em Fisioterapia na Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Redentor do Rio de Janeiro (2006); Pós graduação em Educação, Desenvolvimento e Políticas Educativas pelas Faculdades Integradas de Patos (2007). Especialista Profissional em Terapia Intensiva, com área de atuação no adulto pelo COFFITO. Mestrado em Ciências das Religiões, na linha de pesquisa em Espiritualidade e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Doutorando em Inovações Tecnológicas em Medicamentos - UFPB.

Edson Vinicius de Oliveira

Possui graduação em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (2014).

RESUMO: O estudo foi realizado na instituição de Serviços Nefrológicos Fiúza Chaves Ltda – NEFRUZA, localizada na cidade de João Pessoa – PB, B. A amostra foi composto por 30 pacientes diagnosticados com Insuficiência Renal Crônica que realizavam a hemodiálise como terapia substitutiva da função renal com idade entre 18 e 75 anos, de ambos os sexos, hemodinamicamente estáveis. Para coleta de dados, os instrumentos utilizados foram relacionados à qualidade de vida bem como à saúde e a autoestima, respectivamente através

do questionário Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™ 1.3) e a Escala de Autoestima de Rosemberg. Resultados das avaliações da qualidade de vida relacionada à saúde obtiveram pontuações médias elevadas nos domínios: função sexual (94,3), apoio da equipe de diálise (86,2), função cognitiva (79,7), qualidade das interações sociais (78,8), função social (76,2) e função emocional (74,8). Verifica-se neste estudo que os domínios com escores menores foram à condição de trabalho (23,3), as limitações causadas por problemas de saúde emocional (40,0), o peso da doença renal (40,4), função física (44,1) e a percepção da saúde geral (47,00), demonstrando um maior comprometimento da qualidade de vida. Em relação à autoestima, 60% dos participantes apresentaram média autoestima, variando entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando essa inconsistência no comportamento. Autoestima alta expressa um sentimento de confiança e competência, portanto, 27 % dos indivíduos apresentaram e 13% dos participantes com baixa autoestima que se caracteriza pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e incapacidade de superação de desafios.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida. Autoestima. Hemodiálise.

ABSTRACT: The study was conducted in

nephrology Services institution of Fiúza Chaves Ltda - NEFRUZA, located in the city of João Pessoa - PB, B. The sample consisted of 30 patients diagnosed with chronic renal failure who underwent hemodialysis as replacement therapy in renal function with age between 18 and 75 years, of both sexes, hemodynamically stable. For data collection, the instruments used were related to quality of life and the health and self-esteem, respectively through the questionnaire Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (SF-KDQOL™ 1.3) and the Rosenberg Self-Esteem Scale. The results of health-related quality of life evaluation showed high average scores in the areas: sexual function (94.3), dialysis staff support (86.2), cognitive function (79.7), quality of social interactions (78.8), social function (76.2) and emotional function (74.8). It appears from this study that the domains with lower scores were the working condition (23.3), the limitations caused by emotional health problems (40.0), the weight of kidney disease (40.4), physical function (44.1) and the general health perception (47.00), demonstrating a greater impairment of quality of life. In relation to self-esteem, 60% of participants had a mean self-esteem, ranging from the feeling of adequacy or inadequacy, manifesting this inconsistency in behavior. The high self-esteem expressed a sense of confidence and competence, so 27% of the individuals presented and 13% of participants with low self-esteem that is characterized by feelings of incompetence, inadequacy of life and inability to overcome challenges.

KEYWORDS: Quality of Life. Self-esteem. Hemodialysis.

1 | INTRODUÇÃO

A Insuficiência renal crônica nos dias atuais é considerada como um grande problema de saúde pública, e apresenta elevada taxa de morbidade e mortalidade. Além disso, as limitações funcionais e as modificações do esquema corporal ocasionadas pela doença, frequentemente apresentam repercussões na autoestima e na qualidade de vida destes pacientes.

No início do comprometimento da função renal, geralmente o indivíduo apresenta-se assintomático, mas quando a insuficiência renal torna-se crônica, há uma perda progressiva e irreversível das funções bioquímicas e fisiológicas do sistema renal. Alguns fatores como diabetes mellitus, hipertensão arterial não controlada, glomerulonefrite, lesões hereditárias, distúrbios autoimunes e as infecções urinárias repetidas predisõem o desenvolvimento da doença renal crônica (MACEDO; BATISTA, 2010).

O tratamento pode ser conservador da função por meio de terapia renal substitutiva, que engloba a hemodiálise, onde são diminuídos os sintomas da doença e preservação da vida de pacientes, porém não é um método curativo. O paciente renal crônico em hemodiálise convive constantemente com a negação e as conseqüências da evolução da doença, além de um tratamento doloroso, com as limitações e alterações que repercutem diretamente na sua própria qualidade de vida (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

A qualidade de vida pode ser definida como a percepção que o indivíduo possui de sua vida e que envolve um sistema de cultura e valores aos quais ele vive, relacionando-os com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este termo qualidade de vida pode ser discutido sob vários pontos de vista, de forma individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva. No processo de adoecer, sabe-se que para algumas pessoas é mais confortável e menos comprometedor atribuir a outras pessoas (principalmente aos familiares e profissionais) a capacidade de lhes promover a saúde (HIGA et al, 2008).

Segundo Freire e Tavares (2011) a autoestima é determinada pelas percepções, pensamentos, avaliações, sentimentos, a nossa maneira de ser e de nos comportarmos, para as características do nosso corpo e do nosso caráter, ou seja, tem um valor que o sujeito atribui a si próprio.

Problemas de autoestima que repercutem diretamente na qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise são freqüentemente relatados. Pois, além dos enfrentamentos da extensão e complexidade dos sinais e sintomas relacionados à cronicidade da doença, muitas vezes estes indivíduos precisam se afastar da sua atividade laboral de origem ou mesmo de suas atividades domésticas, vez que o tratamento é de longa duração e exaustivo. Outras repercussões sistêmicas da patologia e do tratamento compreendem na diminuição da atividade física e capacidade funcional, atrofia muscular, fraqueza, fadiga e edema de membros, dor lombar, câimbras e outros, dificultando a realização das atividades de vida diária (MARTINS; CESARINO, 2005).

Considerando as repercussões supracitadas, é de grande importância a atuação do fisioterapeuta em unidade de hemodiálise, a fim de reduzir o quadro algico, minimizar a fadiga, fortalecer os grupos musculares comprometidos, melhorar a capacidade funcional, prevenir complicações da doença e, desta forma, aumentar a autoestima proporcionando assim uma melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares. Embora já tenham sido demonstrados que programas de reabilitação física são benéficos para a melhoria do estado geral, qualidade de vida e reintegração sócio-econômica destes pacientes, ainda são poucos os estudos que investigam a autoestima associada à qualidade de vida destes pacientes.

Dessa forma a autoestima e a qualidade de vida tem se tornado importantes indicadores na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções da fisioterapia na área da saúde. Esse processo se torna possível por meio da utilização de escalas capazes de mensurar, de forma objetiva, a percepção destes pacientes sobre sua autoestima e qualidade de vida, com base em conceitos de saúde (SUZUKI, 2002).

2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa caracterizou-se como um estudo de campo, de caráter descritivo, onde apresentou uma abordagem quantitativa a fim de avaliar a qualidade

de vida e autoestima no paciente renal crônico na hemodiálise.

A referida pesquisa foi realizada em pacientes portadores de doenças renais crônicas que realizavam o tratamento de hemodiálise na instituição de Serviços Nefrológicos Fiúza Chaves Ltda – Nefruza, localizada na cidade de João Pessoa – PB.

O número da amostra foi composto por 30 pacientes diagnosticados com insuficiência renal crônica que realizavam a hemodiálise como terapia substitutiva da função renal. Como critério de inclusão, solicitou-se que os participantes estivessem em tratamento hemodialítico, apresentassem idade entre 18 e 75 anos, de ambos os sexos, fossem hemodinamicamente estáveis, e que aceitassem participar do estudo e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os instrumentos utilizados na presente pesquisa foram relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde e a autoestima de pacientes com Insuficiência renal crônica, respectivamente através do questionário *Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)* e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

Na realização da análise, as escores obtidas em cada domínio dos questionários de (*KDQOL-SF™ 1.3*) e da Escala de Autoestima de Rosenberg foram tabulados no Microsoft Office Excel 2007 e em seguida realizados a análise estatística descritiva dos dados sócio-demográficos e posteriormente à análise estatística das variáveis pelo programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

O tratamento hemodialítico de forma geral é estruturado da seguinte maneira: a grande maioria dos pacientes submete-se à hemodiálise três vezes por semana e são divididos em dois grandes grupos, um deles é atendida as segundas, quartas e sextas-feiras e o outro as terças, quintas e sábados. Os procedimentos de hemodiálise são realizados em dois turnos, e o tempo de duração das sessões são de aproximadamente 4 horas cada.

Após a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) do entrevistado, foi dado início a aplicação do questionário de *Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)* e a Escala de Autoestima de Rosenberg, o tempo de aplicação dos questionários teve duração máxima de 30 minutos para cada paciente e foram feitos durante o procedimento de tratamento em diálise.

Após a coleta de dados as escores obtidas foram tabuladas no Microsoft Office Excel 2007 e em seguida realizados a análise estatística descritiva dos dados sócio-demográficos e posteriormente à análise estatística das variáveis pelo programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do ponto de vista sociodemográfico, neste estudo foram avaliados 30 sujeitos, onde se evidenciou uma participação significativa do sexo masculino (63,3%) em relação ao sexo feminino (36,7%), conforme apresentado na tabela I. Estando assim, nossa pesquisa conforme o Censo Brasileiro de Diálise de 2011, que destacam que

aproximadamente 57% dos pacientes renais crônicos eram homens, enquanto 42% eram do gênero feminino. (LOPES et al., 2014).

Em relação à faixa etária do presente estudo, a idade variou de 21 a 75 anos, com média de 46,3, sendo que 23,3% tinham idade entre 18 a 29 anos, 13,3% idade entre 30 a 39 anos, 16,7% tinham idade entre 40 a 49 anos e 46,7% tinham entre 50 ou mais anos (Tabela I). Observamos que a idade igual ou maior que 50 anos predomina, indicando uma proporção maior de idosos na população estudada que realiza a hemodiálise, que correspondia 14 (46,7%). É importante destacar que a tendência geral é ter um aumento contínuo e progressivo de idosos com doença renal crônica, devido ao processo natural do envelhecimento ocorre à queda dos sistemas, das funções orgânicas e das reservas fisiológicas, o que acarretam no indivíduo maior predisposição às condições crônicas da doença renal.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Lopes et al., (2014) em que idade variou de 24 a 88 anos, sendo que a faixa etária que apresentou maior percentual de participantes foi a de 50-59 anos com 27%.

No presente estudo, verificamos que quanto ao estado civil 60,0% dos entrevistados eram casados, 36,7% solteiros, 3,3% responderam outra situação conjugal (amasiados, viúvos, etc.). Segundo a escolaridade, o resultado desta pesquisa apresentou um maior predomínio da população apenas com o ensino médio com 50% da amostra, seguido de 23,3% do ensino fundamental, 20% sem nenhuma escolaridade e apenas 6,7% de nível superior (Tabela I).

Quanto às doenças de base, 36,7% dos pacientes apresentavam hipertensão arterial e 30% diabetes mellitus tipo II, outras doenças (hepatite B, pneumonia, mieloma múltiplo) com 26,6% e apenas 6,7% com doenças hereditárias genéticas, sendo que em alguns casos os pacientes apresentavam mais de uma doença associada (Tabela I).

De acordo com DIPP et al., (2013) em 101 entrevistas com portadores de insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento dialítico no Serviço de Hemodiálise da Policlínica Santa Clara de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, verificou-se que a hipertensão arterial sistêmica (28,9%) foi à doença de base mais comum da amostra, seguido de diabetes mellitus (16,7%) e rins policísticos (12,1%) nesta população, o que corrobora como presente estudo.

Em um estudo quantitativo, realizado com prontuários de uma clínica de hemodiálise em Guarapuava – Paraná, o objetivo foi caracterizar as principais causas de internação na hemodiálise, a amostra foi de 29 pacientes, sendo que 31,10% (9) tinham como doença de base a nefropatia diabética, seguido de nefrosclerose que representou 17,30% (5), a glomerulonefrite com (3) 10,50% (PIVATTO; ABREU, 2010).

Com relação ao tempo de tratamento na hemodiálise, 40,0% da população realizava tratamento com período de 6 ou mais anos; 33,3% realizam tratamento de 2 a 3 anos; 16,7% realizam tratamento de zero a 1 ano e 10,0% fazem tratamento com período de 4 a 5anos (Tabela I). Dados diferentes foram verificados no estudo

de Santos et al (2014) em relação ao tempo de hemodiálise, onde 50% dos pacientes faziam o tratamento há menos de dois anos e 17,5% faziam há mais de seis anos.

Variáveis	Nº da amostra	(%)
Sexo		
Masculino	19	63,3%
Feminino	11	36,7%
Faixa Etária (em anos)		
18-29	7	23,3%
30-39	4	13,3%
40-49	5	16,7%
50 ou mais	14	46,7%
Estado Civil		
Casado (a)	18	60%
Outros	1	3,3%
Solteiro (a)	11	36,7%
Escolaridade		
Nenhuma	6	20%
Ensino fundamental	7	23,3%
Ensino médio	15	50%
Ensino Superior	2	6,7%
Doença Associadas		
Hipertensão arterial	11	36,7%
<i>Diabetes mellitus</i> II	9	30%
Genéticas/Hereditárias	2	6,7%
Outros	8	26,6%
Tempo de Hemodiálise		
0 á 1	5	16,7%
2 á 3	10	33,3%
4 á 5	3	10%
6 ou mais	12	40%

Tabela 1. Características Sociodemográficas. João Pessoa, 2014.

Fonte: OLIVEIRA; Edson, 2014.

Dados da pesquisa

Na tabela 2, as avaliações da qualidade de vida relacionada à saúde obtiveram-se pontuações médias elevadas nos domínios: função sexual (94,3), apoio da equipe de diálise (86,2), função cognitiva (79,7), qualidade das interações sociais (78,8), função social (76,2) e função emocional (74,8). Verifica-se neste estudo que os domínios com escores menores foram à condição de trabalho (23,3), as limitações causadas por problemas de saúde emocional (40,0), o peso da doença renal (40,4), função física (44,1) e a percepção da saúde geral (47,00).

Em relação à qualidade de vida foram realizadas 101 entrevistas com pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento dialítico no Serviço de Hemodiálise da Policlínica Santa Clara de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. As pontuações mais baixas foram encontradas nos domínios “papel profissional”, “sobrecarga da doença” e “função física”. Esses dados são semelhantes aos dados encontrados com nossos achados e de outras literaturas, principalmente nos piores escores do domínio papel profissional (DIPP et al., 2013).

Os valores médios e o desvio padrão dos domínios do KDQOL-SF™ 1.3 são descritos na Tabela 2.

Dimensões (número de itens)	Média	Desvio padrão
Sintomas / problemas (12)	70,9	32,5
Efeitos da doença renal na vida diária (8)	60,9	37,4
Peso da doença renal (4)	40,4	37,6
Condição de trabalho (2)	23,3	42,6
Função cognitiva (3)	79,7	31,0
Qualidade das interações sociais (3)	78,8	30,1
Função sexual (2)	94,3	18,7
Sono (4)	63,3	34,7
Suporte social (2)	66,6	40,2
Apoio da equipe de diálise (2)	86,2	18,0
Satisfação do paciente (1)	60,0	18,8
Capacidade funcional (10)	48,0	44,7
Função física (4)	44,1	49,8
Dor (2)	54,0	32,7
Função emocional (5)	74,8	39,6
Limitações na saúde emocional (3)	40,0	49,2
Função social (2)	76,2	28,9
Vitalidade (energia/fadiga) (4)	66,3	34,4
Saúde geral (5)	47,0	34,0

Tabela 2. Escores das variáveis do KDQOL-SF™ 1.3, respectivas médias e desvio-padrão das dimensões. João Pessoa, 2014.

Fonte: OLIVEIRA; Edson, 2014.

Dados da pesquisa

Quanto a escore obtido na questão 22 que avalia de forma geral como a saúde atual se encontra, foi relatado que 16,7% dos pacientes responderam “a pior possível”, em nível médio, entre pior e melhor, foi indicado por 60% dos pacientes e 23,3% como “a melhor possível”. Em outro estudo foi considerado que 3,8% dos pacientes responderam “a pior possível” e 11,3% “a melhor possível”. (CAVALCANTE et al., 2013).

Os dados acima corroboram com os nossos achados, pois percebemos a prevalência da resposta entre pior e melhor, onde foi indicado por 84,9% dos pacientes

Dimensões (número de itens)	A	B	C
Sintomas / problemas (12)	70,9	76,0	77,5
Efeitos da doença renal na vida diária (8)	60,9	68,0	55,9
Peso da doença renal (4)	40,4	51,3	33,7
Condição de trabalho (2)	23,3	37,1	9,3
Função cognitiva (3)	79,7	89,3	86,3
Qualidade das interações sociais (3)	78,8	82,9	78,29
Função sexual (2)	94,3	84,5	75

Sono (4)	63,3	66,7	72,7
Suporte social (2)	66,6	88,6	76,7
Apoio da equipe de diálise (2)	86,2	79,8	57,5
Satisfação do paciente (1)	60,0	66,8	55,8
Capacidade funcional (10)	48,0	46,6	33,3
Função física (4)	44,1	30,2	8,7
Dor (2)	54,0	69,1	80,2
Função emocional (5)	74,8	74,5	67,2
Limitações na saúde emocional (3)	40,0	69,9	15,5
Função social (2)	76,2	55,4	61,9
Vitalidade (energia/fadiga) (4)	66,3	60,5	53,8
Saúde geral (5)	47,0	49,3	41,1

Tabela 3. Comparação das médias por Dimensão do KDQOL-SF. João Pessoa, 2014.

(A – presente estudo, B - Lopes et al, C – Santos; Rocha e Bardinelli)

Fonte: OLIVEIRA; Edson, 2014.

Dados da pesquisa

No presente estudo, a dimensão dor (54,0) foi relatada à presença diária de dores crônicas independentemente de estarem na hora da hemodiálise, os participantes relatam que a intensidade das dores vai de moderada á intensa, sendo elas musculares, articulares, tensionais e viscerais. Desta forma, acabam interferindo na realização de suas AIVD`s e na questão do seu trabalho habitual, respectivamente diminuindo sua qualidade de vida.

A literatura científica tem mostrado que a dor crônica é bastante comum em pacientes com diagnóstico de IRC. Geralmente se apresentam de forma moderada ou severa, é um problema significativo em mais de 50% dos pacientes em HD, impactando diretamente em todos os aspectos da qualidade de vida relacionados à saúde. Em seu estudo, a dor foi um dos temas centrais, sendo abordada nas avaliações e na maioria dos atendimentos por meio de orientações de proteção articular, conservação de energia, reorganização da rotina e simplificação de tarefas (MADALOSSOA; MARIOTTI, 2013).

No presente estudo o domínio com a menor escore foi em relação à condição de trabalho (23,3), vale ressaltar que um dos problemas para quem realiza a hemodiálise como terapia substitutiva da função renal é a questão dos sinais e sintomas, do tempo dedicado a este tratamento, principalmente nos dias de sua realização, que de certa forma impossibilita os pacientes de terem um trabalho com remuneração e uma vida profissional adequada.

A dimensão da saúde emocional obteve escore de (74,8), pode-se dizer que a IRC apesar de suas diversas complicações não influenciou na parte dos pacientes do presente estudo em se sentirem cheios de vida, animados e felizes. Não corroborando com os achados, em 40 pacientes no Instituto de Nefrologia de Mogi das Cruzes, os baixos escores em função emocional (49,17) demonstram o quanto à ansiedade

e a depressão podem influenciar negativamente na qualidade de vida da amostra estudada (SANTOS et al., 2014).

Em relação às limitações na saúde emocional (40,0) a relação entre o impacto grande na parte física devido à condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e representam desvantagem por ocasionar problemas, como: o isolamento social, perda do emprego, diminuição da atividade diária, devido algum problema emocional.

De acordo com Zanelaa et al., (2013) o tempo em programa de diálise correlaciona negativamente com os aspectos de limitações emocionais, sugerindo que pacientes com maior tempo de IRC apresentam progressivo comprometimento das relações familiares e sociais. Entretanto os aspectos emocionais correlacionaram-se positivamente com pacientes com maior escolaridade, por possuírem recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional às conseqüências da doença renal crônica e do tratamento.

No presente estudo, o domínio função física (44,1) e a capacidade funcional (48,0) apresentaram baixo valor médio, levando a percebermos que funções de autocuidado e atividades que requerem esforços elevados e moderados como correr, caminhar, subir lances de escada, inclinar-se, entre outras atividades realizadas durante um dia normal são comprometidas devido aos sinais e sintomas da doença renal, repercutindo diretamente na limitação das atividades de diária nessa população.

Segundo Grasselli et al., (2012) em seu estudo descritivo transversal com 62 participantes, relaciona a função física aos possíveis problemas que a pessoa poderia apresentar em relação atividades habituais. A baixa média encontrada nessa dimensão (34,4) pode estar relacionada ao fato de que os pacientes com IRC sofrem um conjunto de alterações em vários sistemas orgânicos, o qual compromete a QV. Isto também pode ser observado nos pacientes da instituição de Serviços Nefrológicos Fiúza Chaves Ltda – NEFRUZA.

De acordo com o mesmo autor, na dimensão vitalidade, que engloba os aspectos de energia e fadiga, também apresentou baixo escore (59,1), semelhante ao encontrado em estudos que observam ser comum o sentimento de cansaço e de esgotamento em unidade de hemodiálise. Semelhante aos nossos achados (66,3), a falta de energia e o cansaço são fatores que às vezes limitam nas realizações de diversas atividades.

Em relação à dimensão que aborda se o peso da doença renal interfere na vida, que relaciona o tempo que é gasto nos dias de tratamento, na questão de se sentir decepcionado ao lidar com os problemas ocasionados pela doença e se sentir um peso para sua família observamos que a escore foi baixa (40,4), dessa forma podemos dizer que no presente estudo esses fatores diminuem a qualidade de vida e interferem em uma autoestima não satisfatória dos participantes da pesquisa.

A doença renal acarreta em alterações das capacidades físicas e emocionais devido a cronicidade da doença, o escore médio no domínio: efeito da doença renal na vida diária foi intermediário (60,9), devido à dieta nutricional seguida pelos portadores,

no controle da ingestão de líquido, na interferência dos hábitos alimentares, na incapacidade de realizar viagens e a na dependência da máquina de diálise, de médicos e outros profissionais diminuem a autonomia dos pacientes, além de trazerem um sentimento de incomodo em diversas áreas das atividades diárias.

Em relação à função sexual quando o indivíduo responde que não teve atividade sexual, as duas questões seguintes que inquiram sobre satisfação sexual e libido não são consideradas, e o escore é apurado quando a resposta é positiva, considerando desta forma apenas as pessoas que respondem estas duas questões finais. Neste estudo, 63,3 % dos pacientes não tiveram relações sexuais nas ultimas quatro semanas, apenas 36,7 % se relacionaram sexualmente, posteriormente o escore médio deste domínio foi alto (94,3) demonstrando que na amostra estudada os participantes tiveram satisfação sexual e não tiveram problemas quanto à excitação e à libido, há outros estudos que corroboram com escores médios altas neste domínio. Mesmo assim, os resultados no referido domínio do presente estudo devem ser analisados com cautela visto que a amostra dos pacientes que tiveram relação sexual nas ultimas quatro semanas foi composta por apenas 11 sujeitos, que é considerada baixa.

O resultado supracitado no presente estudo se contrapõe com um estudo exploratório e descritivo realizado com 147 participantes com doença renal em uma clinica de hemodiálise, no interior de São Paulo, o escore médio de (15,4) no domínio da função sexual foi relativamente baixo (MOREIRA et al., 2009).

Quanto a escore obtido na questão 17 que avalia de forma geral a qualidade do sono em uma escala de 0 á 10, foi observado que 26,6 % dos pacientes responderam “a pior possível”, em nível médio, entre pior e melhor, foi indicado por 20,0% dos pacientes e 53,3% como “a melhor possível”. Relacionando com a frequência em que acordavam durante a noite, que sentiam dificuldade para voltar a dormir ou para ficar acordado durante o dia o escore médio (63,3) foi um pouco satisfatória em termos de qualidade de vida relacionada ao sono.

De acordo com Moreira et al., (2009) a idade foi uma das variáveis que influenciou a dimensão do sono, abordando que os distúrbios do sono são prevalentes em pacientes idosos pela própria alteração fisiológica, mas em pacientes com IRC esses distúrbios podem ser um aspecto considerado de maior relevância.

A função social e a qualidade das interações sociais apresentaram escore elevada dentro deste estudo (76,2), respectivamente (78,8), isso significa que os problemas de saúde física e emocional causadas pela doença quase não interferem na realização das atividades sociais com a família, que não se isolam por motivos de stress e convivem normalmente com as pessoas que estão ao seu redor, realizam visitas aos amigos e tiveram uma boa interação social. Segundo Santos et al., (2014) tratando-se das funções genéricas do seu grupo estudado, foi possível observar que o maior escore correspondeu à dimensão função social (80,94), demonstrando que, em média, há pouca interferência negativa da hemodiálise nas atividades sociais com família, amigos e vizinhos.

O apoio da equipe de diálise (86,2) teve um escore médio elevado, e teve como objetivo avaliar a extensão em que a equipe de profissionais da diálise encoraja a independência e o lidar com a doença renal dos pacientes. Correlacionado com a satisfação do paciente em respeito aos cuidados que recebem da equipe multidisciplinar, observamos negativamente que apenas (60,0) perceberam e sentiam o interesse demonstrado pelos profissionais.

A escala de Rosemberg é composta de 10 itens, nos quais: cinco avaliaram os itens negativos e cinco avaliaram os itens positivos. A autoestima é avaliada pela soma, dos cinco itens que expressam sentimentos positivos, tendo valores invertidos, que somados aos outros cinco totalizam um valor único para a escala. Os dados dos 30 participantes foram somados e colocadas em porcentagem, e os respectivos resultados da amostra são apresentados no gráfico abaixo.

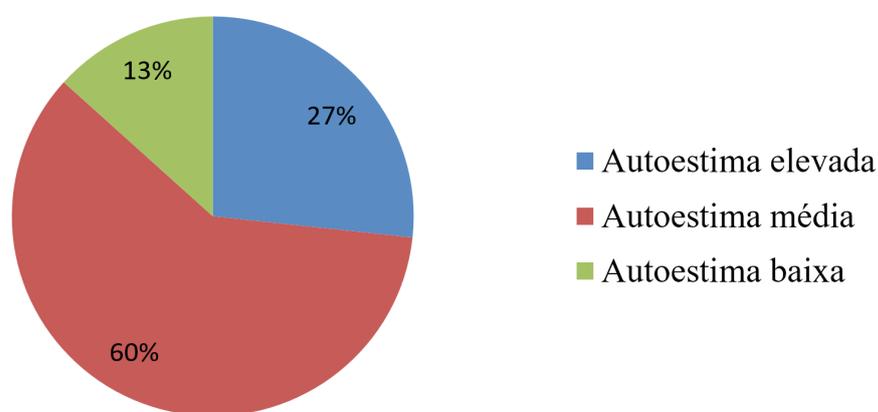


Gráfico 1. Respective resultados da Escala de Autoestima de Rosemberg (n=30), João Pessoa, 2014

Fonte: OLIVEIRA; Edson, 2014.

Dados da pesquisa

De acordo com o gráfico 1, no que se relaciona a autoestima, 60% dos participantes apresentaram média autoestima, que flutua entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando essa inconsistência no comportamento. A autoestima alta expressa um sentimento de confiança e competência, portanto, 27 % dos indivíduos apresentaram e 13% dos participantes com baixa autoestima que se caracteriza pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e incapacidade de superação de desafios.

Segundo Hutz e Zanon (2011) de forma geral, altos escores de autoestima associam-se a humor positivo, saúde mental preservada, habilidades sociais, bem-estar e percepção de eficácia em relação a domínios importantes para a pessoa. Enquanto a baixa autoestima está associada com humor negativo, percepção de incapacidade, delinqüência, depressão, ansiedade social, transtornos alimentares e ideação suicida. O que mostra que as grandes partes dos pacientes pesquisados no NEFRUZA se encontram entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando essa

inconsistência no comportamento relacionado ao fator de autoestima.

A avaliação apresentada na Tabela 4, com certa relevância mostrou que todas as questões foram consideradas aplicáveis para a população estudada, isto é, não houve necessidade de anular nenhuma dos testes originais.

AFIRMAÇÕES	RESPOSTAS	AMOSTRA (n = 30)
1. Em geral, estou satisfeito comigo mesmo.	(1) concordo fortemente (2) concordo (3) indeciso (4) discordo (5) discordo fortemente	10 (33,3%) 12 (40,0%) 2 (6,7%) 4 (13,3%) 2 (6,7%)
2. Às vezes acho que não sirvo para nada.	(5) concordo fortemente (4) concordo (3) indeciso (2) discordo (1) discordo fortemente	1 (3,3%) 6 (20,0%) 1 (3,3%) 9 (30,0%) 13 (43,3%)
3. Acho que tenho boas qualidades.	(1) concordo fortemente (2) concordo (3) indeciso (4) discordo (5) discordo fortemente	13 (43,3%) 16 (53,4%) 0 (0%) 0 (0%) 1 (3,3%)
4. Posso fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	(1) concordo fortemente (2) concordo (3) indeciso (4) discordo (5) discordo fortemente	2 (6,7%) 8 (26,7%) 2 (6,7%) 10 (33,3%) 8 (26,7%)
5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei.	(5) concordo fortemente (4) concordo (3) indeciso (2) discordo (1) discordo fortemente	2 (6,7%) 5 (16,0%) 3 (10,0%) 14 (46,7%) 6 (20%)
6. Às vezes, sinto-me inútil.	(5) concordo fortemente (4) concordo (3) indeciso (2) discordo (1) discordo fortemente	8 (26,7%) 9 (30,0%) 3 (10,0%) 8 (26,7%) 2 (6,7%)
7. Sinto que tenho muito valor, pelo menos igual aos demais.	(1) concordo fortemente (2) concordo (3) indeciso (4) discordo (5) discordo fortemente	13 (43,3%) 13 (43,3%) 0 (0%) 3 (10,0%) 1 (3,3%)
8. Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo.	(5) concordo fortemente (4) concordo (3) indeciso (2) discordo (1) discordo fortemente	5 (16,0%) 13 (43,3%) 2 (6,7%) 8 (26,7%) 2 (6,7%)
9. Inclino-me a pensar que em geral sou um fracasso.	(5) concordo fortemente (4) concordo (3) indeciso (2) discordo (1) discordo fortemente	4 (13,3%) 4 (13,3%) 4 (13,3%) 9 (30,0%) 9 (30,0%)

10. Tenho uma atitude positiva sobre mim mesmo.	(1) concordo fortemente	11 (36,7%)
	(2) concordo	15 (50,0%)
	(3) indeciso	2 (6,7%)
	(4) discordo	2 (6,7%)
	(5) discordo fortemente	0 (0%)

Tabela 4. Distribuição da amostra (n=30) segundo as respostas das afirmativas referentes à autoestima. João Pessoa, 2014.

Fonte: OLIVEIRA; Edson, 2014.

Dados da pesquisa

Na tabela 4, os itens (1, 3, 4,7 e 10) estão relacionados a sentimentos positivos e tiveram relevância ao concordarem com este sentimento, principalmente na afirmativa 3 onde 96,7% acha quem tem boas qualidades, vale ressaltar que exceto a questão de numero 4 obteve a maior porcentagem 10 (33,3%) discordando e 8 (26,7) discordando totalmente, indicando que parte da amostra acha que não pode realizar coisas tão bem quanto à maioria das pessoas.

Na tabela 4, Os itens (2, 5, 6, 8 e 9) são relacionados a sentimentos negativos, sendo que apenas as questões 6, com domínio: Às vezes, sinto-me inútil apresentou (56,7%) de concordância e a 8, com domínio gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo, respectivamente obteve (59,3%) o que corrobora com o sentimento negativo. Nas questões 2 com domínio às vezes acho que não sirvo pra nada (70,3%), a 5 com domínio não sinto satisfação nas coisas que realizei (66,7%) e a 9 com domínio inclino - me a pensar que em geral sou um fracasso (60,0%), ocorreu um sentimento de discordância da população do estudo, dessa forma afirmaram não se enquadrarem em acharem que não servem para nada, que não sentem satisfação nas coisas que realizaram e não inclinar-se em pensar que geralmente é um fracasso.

Neste estudo, em relação à autoestima percebemos que em algumas afirmativas, a prevalência foi mais significativa na questão em que aborda o quanto o paciente pode realizar suas atividades tão bem quanto à maioria de pessoas que não são portadoras da IRC, onde a maioria 10 (33,3%) discordou dessa afirmativa, isso pode ser explicado pela razão da diminuição da capacidade física e funcional, da vitalidade e as presenças de dores fazem com que ocorra esse sentimento de não conseguirem realizar as coisas como as demais pessoas.

Na afirmativa do questionário de Rosemberg, em relação ao sentimento de se sentir: às vezes sinto-me inútil, a maioria da amostra, 9 (30,0%) e 8 (26,7%) concordam com esse sentimento de que não tem utilidade, se sentem sem serventia alguma perante a sociedade, que não serve para realizar nem um tipo de trabalho ou atividade. Podemos associar esse quadro a fatores da qualidade de vida relacionada à saúde apresentadas na avaliação do KDQOL SF 1.3, onde o escore médio foi baixo em domínios como: peso que a doença renal (40,4), condição de trabalho (23,3) e as limitações da saúde emocional (40,0), saúde geral (47,0) o que relaciona com este sentimento de negativo da autoestima.

4 | CONCLUSÃO

A doença renal crônica nos dias atuais apresenta elevada taxa de morbidade e mortalidade, que ameaça tornar-se um grave problema de saúde pública com implicações sérias para os serviços brasileiros de saúde. O resultado das lesões renais irreversíveis e progressivas provocadas por doenças que tornam o rim incapaz de realizar as suas funções acarretam nas incapacidades físicas e psicológicas, interferindo na vida das pessoas, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias, interferindo nos aspectos de qualidade de vida e autoestima.

Com base nos escores médios adquiridos em cada domínio do questionário KDQOL-SF 1.3, podemos concluir que a qualidade de vida dos pacientes que fazem hemodiálise na instituição de Serviços Nefrológicos Fiúza Chaves Ltda – NEFRUZA, JP foi afetada negativamente nas dimensões condições de trabalho, nas limitações causadas por problemas de saúde emocional, o peso da doença renal, função física e a percepção da saúde geral, o que pode ser atribuído às dificuldades e desafios provocados pela doença renal e seu tratamento. Em relação aos escores com melhor percepção de qualidade de vida observados, foi à função sexual, o apoio da equipe de diálise, a função cognitiva, a qualidade das interações sociais, função social e a função emocional. Este estudo corrobora com resultados de estudos anteriores, como se pode verificar através dos escores na maioria dos domínios do questionário KDQOL-SF™.

Os resultados demonstraram que 60% dos participantes apresentaram média autoestima, que varia entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando essa inconsistência no comportamento. A autoestima alta expressa um humor positivo, saúde mental preservada, habilidades sociais, bem-estar e percepção de eficácia em relação a domínios importantes para a pessoa, portanto, 27 % dos indivíduos apresentaram e apenas 13% dos participantes com baixa autoestima que está associada com humor negativo, percepção de incapacidade, delinquência, depressão, ansiedade social.

Os instrumentos utilizados mostraram-se eficazes e contribuíram para que os objetivos do trabalho fossem alcançados, ou seja, foi verificado que alguns aspectos da autoestima influenciam diretamente na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise.

REFERÊNCIAS

AIRES, Margarida de Melo. **Fisiologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ALBUQUERQUE, Jaqueline Galdino; LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho, LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n.63, v.1, p. 98-103, jan – fev de 2010.

CARLOTTI; Ana Paula de Carvalho Panzeri. Acesso vascular. **Revista** da Faculdade

de **Medicina de Ribeirão Preto**, São Paulo, n. 45, v. 2, p. 208-14, 2012.

CESARINO; Claudia Bernardi, RIBEIRO; Rita de Cássia Helá Mendonça, LIMA; Isanne Carolina Pantaleão Cintra, BERTOLIN; Daniela Comelis, RIBEIRO; Daniele Fávoro, RODRIGUES; Ana Maria Silveira. Avaliação do grau de satisfação de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2009; 22 (Especial-Nefrologia): 519-23.

STURMER; Giovani, PLENTZ; Rodrigo Della Méa. Intervenções interdisciplinares no cuidado ao paciente com doença renal crônica em hemodiálise. **International Standard Serial Number**, vol. 2, jul – Dez/2013.

FRAZÃO, Cecília Maria Farias de Queiroz, RAMOS, Vânia Pinheiro, LIRA; Ana Luisa Brandão de Carvalho. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.577-82, out/dez 2011.

GARCÉS, Erwin Otero, VICTORINO, Josué Almeida, VERONESE, Francisco Veríssimo. Anticoagulação em terapias contínuas de substituição renal. **Revista Associação Médica do Brasil**, v. 53, n.5, p. 451-5, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo : Atlas, 1999.

GRASSELLI; Cristiane da Silva Marciano, CHAVES; Erika de Cássia Lopes, SIMÃO; Talita Prado, BOTELHO; Patrícia Borges, SILVA; Roberta Ribeiro. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, 2012 nov-dez, 10 (6) :503-7

GUYTON, Arthur C., HALL, John E. **Fisiologia humana e mecanismo das doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

HIG; Karina, KOST; Michele Tavares, SOARES; Dora Mian, MORAIS; Marcos César de Bianca, POLINS; Regina Guarino. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, (Número Especial): pag. 203-6, 2008.

HUTZ, Claudio Simon; ZANON, Cristian. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, v.10, n. 1, p. 41-49, 2011.

JUNIOR, Milton Alves das Neves, MELO, Rafael Couto, ALMEIDA, Catarina Coelho, FERNANDES, Allison Roxo, PETNYS, Alexandre, IWASAKI, Maria Lucia Sayuri, RABONI, Edgar. Avaliação da perviedade precoce das fístulas arteriovenosas para hemodiálise. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 10, n. 2, pag. 106-9, 2011.

KIRCHNER, Rosane Maria; MACHADO, Renata Figueira; LÖBLER, Lisiane; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.35, n.4, p. 415-421, 2011.

KUSUMOTO, Luciana, MARQUES, Sueli, HAAS, Vanderlei José, RODRIGUES, Rosalina Aparecida Paterzani. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, Número Especial, p. 152-9, 2008.

LOPES; Jéssica Maria, FUKUSHIMA; Raiana Lídice Mor, INOUYE; Keika, PAVARINI; Sofia Cristina Iost, SOUZA; Fabiana de Orlandi. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2014; 27(3):230-6.

MADALOSSOA; Fernanda Dellê, MARIOTTIB; Milton Carlos. Terapia Ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 511-520, 2013.

MALNIC, Gerhard. **Organização do sistema urinário** IN: CURI, Rui; PROCOPIO, Joaquim. Fisiologia Básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap. 36, 37 p. 507-24.

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo : Atlas, 2007.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 3. ed. São Paulo : Atlas, 2002.

MARTINS, Marielza R. Ismael, CESARINO, Claudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n.5, pag. 670-6, setembro-outubro 2005.

MORSCH, Cássia, VERONESE, Francisco José Veríssimo. Doença renal crônica: definição e complicações. **Revista Hcpa**, v. 31, n.1, pag. 114-115, 2011;

NASCIMENTO, Leilane Cristielle de Alencar, COUTINHO, Érika Bona, SILVA, Kelson Nonato Gomes. Efetividade do exercício físico na insuficiência renal crônica. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 231-239, jan./mar 2012.

NÓRA; Ricardo T., ZAMBONE; Guilherme S., JÚNIOR; Fernando N. Facio Avaliação da qualidade de vida e disfunções sexuais em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico em hospital. **Arquivos Ciências da Saúde** 2009 abr/jun; 16 (2):72-5

NUNES; Fernanda Aguiar, NUNES; Sara Aguiar, LORENA; Yara Gracia, NOVO; Neil Ferreira, JULIANO; Yara, SCHNAIDER; Taylor Brandão. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v.16, n.1, p. 18-26, jan./mar. 2014.

PIVATTO; Daiane Roberta, ABREU; Isabella Schroeder. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2010 set; 31(3): 515-20.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RIBEIRO; Ronaldo, COUTINHO; Gustavo, IURAS; Anderson, BARBOSA; Ana Maria, SOUZA; José Adilson Camargo de, DINIZ; Denise Pará, SCHOR; Nestor. Efeito do exercício resistido intradialítico em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 35, n.1, p. 13-19, 2013.

SANTOS, Paulo Roberto; PONTES, Lígia Regina SansigoloKerr. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência Renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Revista Associação Médica do Brasil**, v. 53, n. 4, p. 329-34, 2007.

SILVA, Alessandra Silva et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.5, p. 839-44, set – out 2011.

SZUSTER, Daniele Araújo Campos; CAIAFFA, Waleska Teixeira; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; ACURCIO, Francisco de Assis; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 3, p. 415-424, março 2012.

SUZUKI; K. **Pesquisa sobre a qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de literatura**. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem /USP; 2002.

TAKEMOTO, Angélica Yukari, OKUBO, Patrícia, BEDENDO, João, CARREIRA, Lígia. Avaliação

da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n.2, pag. 256-62, junho 2011.

ZANELAA; Ana Carolina, VENTURINB; Iara Barison, SILVAC; Lucas Vanderlei Arcaro da, PADILHAD; Patrícia, PEREIRA; Tamara, BITENCOURT; Fernanda de Andrade, SCHUSTERG; Rodrigo Costa. **Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise**. Disponível em: <http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao>

VALORES DE REFERÊNCIAS OBTIDAS E PREVISTAS DE PRESSÃO RESPIRATÓRIA MÁXIMAS EM ADULTOS JOVENS

Valeska Christina Sobreira de Lyra

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Andréa Carla Brandão da Costa dos Santos

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Juliana de Oliveira Silva

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Maria Elma de Souza Maciel Soares

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Pollyana Soares de Abreu Moraes

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Viviane Vasconcelos Vieira

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

Natália Herculano Pereira

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa – PB

RESUMO: A força dos músculos respiratórios (FMR) é definida como a máxima pressão gerada durante uma inspiração (Pimáx) ou expiração (Pemáx) contra uma via aérea completamente ocluída, podendo ser realizada por meio de um manovacuômetro. **Objetivo:** Comparar os valores das pressões respiratórias

máximas obtidas com os valores previstos por uma equação de referência proposta para a população brasileira. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e transversal, contou com a participação de 25 mulheres com idades entre 20 e 30 anos, do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ que não apresentassem problemas cardiorrespiratórios e musculoesqueléticos. A Pimáx e a Pemáx foram medidas segundo o protocolo do Jornal Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia. Foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, para determinar o nível de atividade física. A análise estatística foi realizada por meio do teste t de *Student* para os dados femininos, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A média de idade foi de 21,8 anos ($\pm 1,55$) e após aplicação do IPAQ, 5 voluntárias foram consideradas sedentárias e 20 insuficientemente ativas. Os resultados mostraram diferença significativa entre os valores obtidos da Pimáx e Pemáx e os valores previstos pela equação de referência brasileira com valor $p < 0,0001$ para ambas as pressões. **Conclusão:** Logo, a equação proposta para a equação brasileira subestimou os valores de Pimáx e Pemáx para a amostra avaliada, tendo como necessidade novos estudos, a fim de determinar valores de referência mais precisos para as diferentes populações brasileiras.

PALAVRAS-CHAVES: Força muscular; Músculos respiratórios; Valores de referência; Teste de função respiratória.

ABSTRACT: Respiratory muscle strength (RMS) is defined as the maximum pressure generated during an inspiration (MIP) or expiration (MEP) against a completely occluded airway, and can be performed by means of a manovacuometer. **Objective:** To compare the values of the maximum respiratory pressures obtained with the predicted values by a reference equation proposed for the Brazilian population. **Method:** It is a field research, descriptive and cross-sectional, with the participation of 25 women between the ages of 20 and 30, from the University Center of João Pessoa - UNIPÊ who did not present cardiorespiratory and musculoskeletal problems. MIP and MEP were measured according to the protocol of the Brazilian Journal of Pneumology and Tisiology. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), short version, was applied to determine the level of physical activity. Statistical analysis was performed using the Student t test for the female data, with a significance level of 5%. **Results:** The mean age was 21.8 years (± 1.55) and after IPAQ application, 5 volunteers were considered sedentary and 20 were insufficiently active. The results showed a significant difference between the values obtained for MIP and MEP and the values predicted by the Brazilian reference equation with p value <0.0001 for both pressures. **Conclusion:** Therefore, the proposed equation for the Brazilian equation underestimated the MIP and MEP values for the evaluated sample, with new studies being necessary in order to determine more accurate reference values for the different Brazilian populations. **KEYWORDS:** Muscle strength; Respiratory muscles; Reference values; Respiratory function test.

INTRODUÇÃO

A mensuração da força muscular respiratória (FMR), que consiste na determinação das pressões respiratórias geradas a partir de esforços inspiratórios e expiratórios máximos, representando um procedimento de grande utilidade para avaliação funcional dos músculos (REIS, J. S. et al., 2012; TAVARES, J. B. et al., 2010; NAWA, R. K. et al., 2010; DE FREITAS, D. A. et al., 2011).

Há vários métodos de avaliação da FMR, contudo na literatura é mais citada a avaliação a partir da mensuração das pressões respiratórias máximas (PRM) com um manovacuômetro, por ser um método simples, rápido e não invasivo, consistindo em duas medidas: pressão inspiratória máxima (Pimáx) e pressão expiratória máxima (Pemáx), que indicam, respectivamente, a força da musculatura inspiratória e expiratória contra uma via aérea ocluída (SIMÕES, R. P. et al., 2010).

Segundo a American Thoracic Society (2002), para a realização das medidas das PRM, os indivíduos permaneceram na posição sentada, com pés e troncos apoiados, sendo realizadas instrução e demonstração previamente aos testes. Todas as medidas das PRM foram realizadas com o clipe nasal.

Para a medida da Pimáx, os participantes realizaram de dois a três ciclos respiratórios em nível da capacidade residual funcional (CRF), sendo, em seguida, solicitada uma expiração até o volume residual (VR), com indicação desse momento pela elevação da própria mão do participante. Nesse momento, o participante foi encorajado a gerar um esforço inspiratório máximo e, simultaneamente, o examinador procedeu ao fechamento do orifício de oclusão e executou comando verbal padronizado (Souza RB, 2002; MONTEMEZZO, D. et al., 2012).

O mesmo procedimento é realizado para a medida da Pemáx, exceto pela instrução verbal final, que consistiu na solicitação de uma inspiração até a capacidade pulmonar total (CPT), seguida pelo encorajamento de um esforço expiratório máximo. Para a medida da Pemáx, a investigadora pressionou as bochechas dos voluntários para impedir escape aéreo.

O objetivo deste trabalho consistiu em comparar os valores das pressões respiratórias máximas obtidas em adultas jovens sedentárias com os valores previstos por uma equação de referência proposta para a população brasileira.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e transversal. Contou com a participação de 25 mulheres sedentárias com idades entre 20 e 30 anos, alunas do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

Como critérios de inclusão as mesmas deveriam estar com o índice de massa corporal entre 18,5 e 25 (kg/m^2), não possuir história presente ou passada de tabagismo, não apresentar doenças cardiorrespiratórias, ortopédicas e/ou neurológicas. Inseriu também aquelas que não apresentaram estado de febre, gripe ou resfriado na semana anterior ao procedimento e não fazer uso de corticoide oral, depressor do sistema nervoso central e relaxante muscular.

A pesquisa foi realizada no laboratório de avaliação física UNIPÊ/SANNY do Curso de Educação Física ou na Clínica Escola de Fisioterapia, no Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ, por serem locais com infraestrutura adequada, pela disponibilidade do espaço para execução e por conter instrumentos necessários para a realização da coleta de dados, tais como: balança digital e o estadiômetro.

O estudo seguiu às normas para realização de pesquisa em seres humanos- Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPÊ, garantindo o anonimato e a privacidade, respeitando a autonomia dos envolvidos e a confidencialidade dos dados. Todos os participantes foram avisados da finalidade da pesquisa e esclarecidos mediante qualquer dúvida existente. Ficaram livres para aceitar ou não a participar da pesquisa, no entanto todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Primeiramente foi preenchido um roteiro para a coleta de dados contendo

informações do voluntário (a) com relação ao período cursado, data de avaliação, sexo, idade, altura, peso, IMC, nível de atividade física, condições de saúde e os dados coletados na manovacuometria. As condições de saúde foram conseguidas a partir de auto relato servindo para determinar a participação dos voluntários na pesquisa conforme os critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente.

No segundo momento, foi utilizado um instrumento para determinar o nível de atividade física. Utilizou o questionário de atividade física o IPAQ versão curta, que segundo Guedes et al. (2005) é um instrumento validado e reprodutível, cujo conteúdo considera a contagem de horas, duração e intensidade que o indivíduo realiza suas atividades, sendo composto por oito questões abertas e informações que permitem estimar o tempo despendido por semana em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). O objetivo foi determinar o nível de atividade física dos voluntários, verificando a necessidade de compor uma amostra apenas por pessoas sedentárias.

A FMR foi avaliada com o objetivo de comparar os valores encontrados com os previstos nas equações de referência. A mensuração dos valores da Pimáx. e Pemáx. foi na posição sentada, utilizando o aparelho manovacuômetro. O avaliador se posiciona na frente do avaliado, oferecendo incentivo verbal a cada manobra. Foram realizadas de 3 a 5 repetições aceitáveis e reprodutíveis utilizando o maior valor para registro.

Para a avaliação da FMR foram necessários: uma cadeira, um clip nasal, um bucal achatado, uma traqueia, o Manovacuômetro analógico (Ger-Ar®) com intervalo operacional de ± 300 cmH₂O, estetoscópio (Premium), esfignomanômetro (Missouri), oxímetro de pulso (NONIN GO2 Achieve), balança digital (Personal Line PL 150 da marca Finizola®) e estadiômetro (Sanny®).

Foram utilizadas as equações de referência para a FMR de Isabela (2014), cuja a Pimáx (cmH₂O) = $63,27 - 0,55$ (idade) + $17,96$ (sexo) + $0,58$ (peso), e Pemáx (cmH₂O) = $- 61,41 + 2,29$ (idade) - $0,03$ (idade²) + $33,72$ (sexo) + $1,40$ (cintura), onde o sexo feminino, multiplica-se a constante por zero (sexo=0), e sexo masculino, por um (sexo=1).

Foram utilizadas medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para as variáveis idade, peso, altura e IMC, estratificado por sexo e dispostos em tabelas. Para geração dos resultados foi utilizado o programa de informática Excel 2010.

Inicialmente foi testada a normalidade dos dados através do teste de Shapiro-Wilks onde observou-se que a maior parte das variáveis analisadas para o sexo feminino eram normais (P valor > 0,05).

A partir do resultado do teste de normalidade optou-se pela utilização de uma metodologia paramétrica, no qual para comparação entre os grupos foi utilizado o teste t de Student para amostras emparelhadas com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Portanto, a pesquisa foi composta por 25 voluntárias do sexo feminino, com média de idade de 21,8 anos ($\pm 1,55$) e após aplicação do IPAQ, 5 voluntárias foram consideradas sedentárias e 20 insuficientemente ativas. Quanto aos dados antropométricos, para uma melhor observação e análise, estes foram colocados na tabela 1, a seguir.

<i>Variáveis</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Peso (Kg)	57,92	$\pm 10,96$
Altura (cm)	161,93	$\pm 5,86$
IMC (Kg/m ²)	22,02	$\pm 3,07$

TABELA 1: Dados antropométricos masculinos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Legenda: Kg= quilogramas; m= metros; cm= centímetros; DP=desvio padrão

Os resultados mostraram diferença significativa entre os valores obtidos da Pimáx e Pemáx, e os valores previstos pela equação de referência brasileira com valor $p < 0,0001$ para ambas as pressões.

No presente estudo a avaliação da Pimáx. e Pemáx. foram feitas com um manovacuômetro analógico, diferente do utilizados pelo estudo de Isabela Pessoa (2014) e semelhante aos estudos de Simões et al. (2009), Dirceu Costa et al. (2010) e Neder et al. (1999), porém sem o orifício de fuga, podendo gerar incoerência nos valores observados pelos diferentes autores.

No nosso estudo, os indivíduos realizaram de 3 a 5 manobras aceitáveis e reprodutíveis utilizando o maior valor para registro, exceto se produzidos no último esforço, análogo ao estudo de Neder et al. (1999). Contudo, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SOUZA, 2002) que preconizam que o indivíduo realize 3 manobras aceitáveis, e dentre essas um número mínimo de 2 ações reprodutíveis, no qual o último valor encontrado não poderia ser superior aos demais. Logo, a falta de padronização do número de manobras, que também diz respeito ao efeito do aprendizado do avaliado, pode interferir nos resultados encontrados das Pimáx. e Pemáx.

Diferenças instrumentais podem influenciar nos valores encontrados de Pimáx. e Pemáx. A avaliação das pressões foi realizada adotando a posição sentada com o manômetro de 300cmH₂O conectado a uma traqueia e este a um bucal achatado, usando um clipe nasal para evitar vazamentos. O método foi executado de modo diferente do estudo de Isabela Pessoa et al. (2014) onde neste foi utilizado um manômetro de 500cmH₂O, sem a utilização de uma traqueia. Em vista disso, os resultados das pressões respiratórias máximas podem ter tido diferentes desfechos devido a maior utilização da força dos músculos respiratórios para atingir um valor

máximo do manômetro.

CONCLUSÕES

É um parâmetro clínico de escolha para avaliar disfunções pulmonares ou doenças neuromusculares, onde a Pimáx. é extremamente útil na monitorização da fraqueza dos músculos inspiratórios e a Pemáx. é de grande importância na avaliação da eficácia da tosse. Essas medidas são influenciadas por vários fatores como sexo, idade, peso, altura e tabagismo.

A grande discrepância entre os valores de referência e equações encontradas na literatura pode ser atribuída aos distintos procedimentos utilizados para a seleção e ao tamanho de algumas das amostras e às diferenças de equipamentos e técnicas. Sendo assim, a equação proposta para a equação brasileira subestimou os valores de Pimáx e Pemáx para a amostra avaliada.

Então, há uma necessidade de novos estudos, a fim de determinar valores de referência mais precisos para as diferentes populações brasileiras, tendo em vista a diferença dos seus dados antropométricos e aspectos sociais diferentes.

REFERÊNCIAS

COSTA, Dirceu et al. Novos valores de referência para pressões respiratórias máximas na população brasileira. **J Bras Pneumol**, v. 36, n. 3, p. 306-12, 2010.

DE FREITAS, Diana Amélia et al. Equações preditivas e valores de normalidade para pressões respiratórias máximas na infância e adolescência. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 656-662, 2011.

EUROPEAN, Respiratory Society et al. ATS/ERS Statement on respiratory muscle testing. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 166, n. 4, p. 518, 2002.

GUEDES, Dartagnan Pinto; LOPES, Cynthia Correa; GUEDES, J. E. R. P. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 11, n. 2, p. 151-8, 2005.

MONTEMEZZO, Dayane et al. Influence of 4 interfaces in the assessment of maximal respiratory pressures. **Respiratory care**, v. 57, n. 3, p. 392-398, 2012.

NAWA, Ricardo Kenji et al. Correlação entre pressões respiratórias estáticas máximas preditas e valores encontrados em pacientes eletivos de cirurgia cardíaca. **Rev Bras Fisioter**, v. 14, n. Supl 1, p. 244, 2010.

NEDER, José Alberto et al. Reference values for lung function tests: II. Maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. **Brazilian journal of medical and biological research**, v. 32, n. 6, p. 719-727, 1999.

PESSOA, Isabela MBS et al. Predictive equations for respiratory muscle strength according to international and Brazilian guidelines. **Brazilian journal of physical therapy**, v. 18, n. 5, p. 410-418, 2014.

REIS, Jeilza Santos dos et al. Caracterização da força muscular respiratória e da capacidade

funcional de pacientes internados em uma enfermaria. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 1, n. 2, p. 3-9, 2012.

SIMÕES, Rodrigo P. et al. Maximal respiratory pressure in healthy 20 to 89 year-old sedentary individuals of central São Paulo State. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 1, p. 60-67, 2010.

SOUZA, Roberto Bravo. Pressões respiratórias estáticas máximas. **J pneumol**, v. 28, n. 3, p. S155-S165, 2002.

TAVARES, Joanaceli Brandão et al. Avaliação da pressão inspiratória nasal e pressões respiratórias máximas com máscara orofacial em sujeitos saudáveis. **Ter Man**, v. 8, n. 40, p. 423-9, 2010.

ALPINIA SPECIOSA SCHUM (COLÔNIA): POSSÍVEIS USOS NOS PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS

Thyalli Ferreira de Souza Nascimento

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Fernanda de Sousa Dantas

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Risomar da Silva Vieira

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Antonilêni Freire Duarte Medeiros Melo

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

Andréa Carla Brandão da Costa Santos

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – PB

RESUMO: Em 03 de maio de 2006 foram instituídas as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) por meio do Decreto nº 971, compreendendo uma gama de abordagens, sendo chamadas de medicina tradicional e complementar/alternativa, e colaborando como protagonista e coadjuvante na melhora das patologias em geral. No que diz respeito as plantas medicinais, em 22 de junho de 2006 foi instituída a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos através do Decreto nº 5.813. Considerando o campo de atuação da fisioterapia em 3 de novembro

de 2010 o COFFITO publicou a resolução de nº 380 regulamentando as Práticas Integrativas e Complementares e dando continuidade ao processo de regulamentação com o ACÓRDÃO nº 611 de 1º de abril de 2017. O presente trabalho está fundamentado nos resultados obtidos através do projeto de pesquisa “As plantas medicinais e a saúde da população: resgatando saberes e promovendo vidas” do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) o qual submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do UNIPÊ no dia 01 de junho de 2016 cujo C.A.A.E. 52982115.0.0000.5176. Neste, foi realizada pesquisa de campo acerca do conhecimento popular sobre o uso das plantas com ação terapêutica; promovido por alunos do curso de fisioterapia da mesma instituição de ensino, pertencentes ao grupo de pesquisa Fito em Físio. Partindo dos resultados obtidos na pesquisa foi realizado uma busca nas bases de dados referente a *Alpinia speciosa* na qual a mesma traz benefícios ao sistema cardiorrespiratório assim como na mudança do tônus muscular promovendo uma melhora na espasticidade.

PALAVRAS-CHAVES: Projetos de Pesquisa; Fisioterapia; Terapias Complementares; Plantas Medicinais; Fitoterapia.

ABSTRACT: In May 03rd, 2006 were instituted the Integrative and Complementary Health

Practice (IHP) by the law decree nº 971, and they comprehend a large number of approaches that are called traditional medicine and complementary/integrative, and also collaborate as protagonist and supporting in general improvement of pathologies. Related to medicinal plants, in June 22nd, 2006 it was established the National Politic of Medicinal Plants and Phytotherapics through the decree nº 5,813. Considering the actuation field in physiotherapy, in November 03rd, 2010 the professional council, COFFITO, had published the resolution nº 380 that regulates those IHP making it possible to continue the regulation process with the court decision, nº 611 from April 1st, 2017. This work is based on the results obtained in the research project titled “The medicinal plants and the population health: rescuing knowledge and promoting life” from Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) which was submitted and approved by Ethical Committee from Unipê in June 01st, 2016 with subscription number C.A.A.E. 52982115.0.0000.5176. A field research was made objecting to look for popular knowledge about use of plants with therapeutic action, where students of physiotherapy from a research group called “Fito em Fisio” took part in it. From results of the research, it was searched in base of data systems referent to *Alpinia speciosa*, in which the plant benefits the cardiorespiratory system and changes the muscular tonus improving spasticity.

KEY WORDS: Research projects. Physiotherapy. Complementary therapies. Medicinal plants. Phytotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

A utilização dos itinerários terapêuticos informais no Brasil possui grande destaque, visto que é levado em consideração os aspectos econômicos e culturais da população. Segundo Santos *et. al.* (2008) a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera fundamental que se realizem investigações experimentais acerca das plantas utilizadas para fins medicinais e de seus princípios ativos, para garantir sua eficácia e segurança terapêutica.

A portaria que garante as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) é a nº 971, de 03 de maio de 2006, onde as mesmas são certificadas pelo Ministério da Saúde, compreendendo uma gama de abordagens, sendo chamadas de medicina tradicional e complementar/alternativa, e colaborando como protagonista e coadjuvante na melhora das patologias em geral. Sabendo disso, foi criada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF – regulamentada por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, onde justifica-se pela presença da ciência fitoterápica no cotidiano das pessoas, aliada ao fato de que nosso país detém a maior parcela da biodiversidade mundial, em torno de 15 a 20%. Ademais, atualmente foi estabelecida a normatização da utilização e/ou indicação de substâncias de livre prescrição pelo fisioterapeuta acobertado pelo Acórdão nº 611, de 1º de abril de 2017. Logo, esta política objetiva promover o uso sustentável dos recursos fitoterápicos, como também, promover uma melhor qualidade de vida aos indivíduos que fazem uso destes.

Através da Resolução COFFITO nº 380, de 3 de novembro de 2010 regulamenta o uso pelo profissional fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá providências. Esta contempla as áreas: Fitoterapia; Práticas Corporais, Manuais e Meditativas, Terapia Floral; Magnetoterapia; Fisioterapia Antroposófica; Termalismo; Crenoterapia; Balneoterapia e Hipnose, promovendo assim a institucionalização destas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS). O documento coloca ainda, que deve considerar-se também autorizado ao fisioterapeuta a prática de todos os atos complementares que estiverem relacionados à saúde do ser humano, e que vierem a ser regulamentados pelo Ministério da Saúde, por meio de portaria específica, e que disposto nessa resolução não se aplica aos atos profissionais reconhecidos como especialidades fisioterapêuticas por instrumentos normativos específicos do COFFITO, a exemplo da acupuntura. Dando continuidade ao processo de regulamentação das PICS no campo da Fisioterapia, o Conselho Federal publicou o acórdão 611 de 1º de abril de 2017, normatizando a utilização e/ou indicação de substâncias de livre prescrição pelo fisioterapeuta.

Partindo desses pressupostos, e tendo em vista o cenário atual acerca desse assunto, o Projeto de Pesquisa Plantas Medicinais do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ – coloca em discussão a utilização de espécies vegetais para o tratamento de problemas de saúde, aliando o conhecimento tradicional e o saber científico. O referido trabalho busca verificar a eficácia e importância da *Alpinia speciosa Schum* no âmbito das práticas fisioterapêuticas, onde a mesma caracteriza-se por ser uma planta de origem asiática que pertence à família Zingiberaceae, do gênero *Alpinia*. Concomitantemente, é muito utilizada na medicina popular em forma de chás, sendo os óleos essenciais usados desde antigos períodos. A planta tem como componentes principais o 1,8 cineol e o terpene-4-ol (LORENZI, MATOS, 2002).

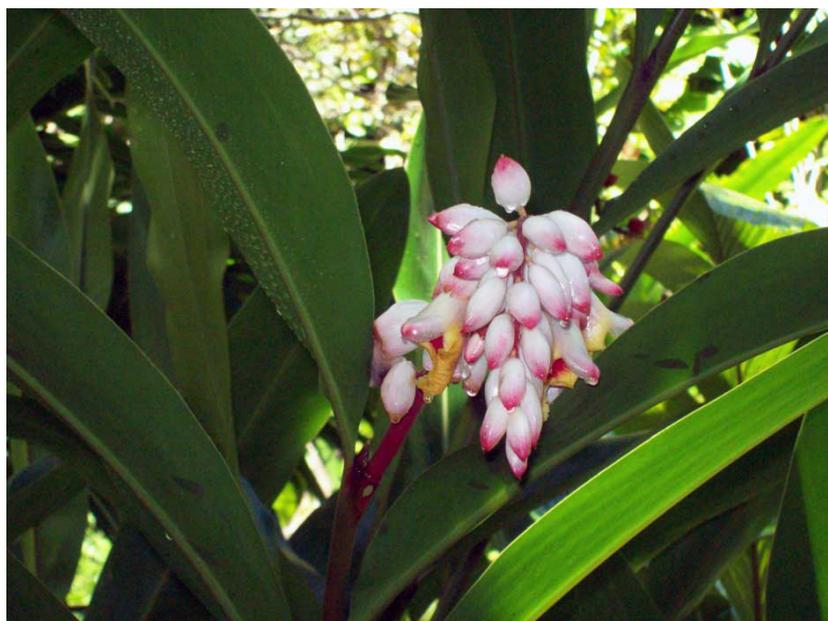


Figura 01 – *Alpinia speciosa Schum*

Fonte: <http://www.htbg.com/Zingiberaceae/ALPI-011-3-7-020/images/Alpinia-zerumbet.jpg>

2 | OBJETIVOS

Esclarecer a importância da fitoterapia nas diversas áreas de atuação fisioterapêutica;

Elucidar os possíveis usos terapêuticos da planta medicinal *Alpinia speciosa* na prática fisioterapêutica;

Promover a introdução de novas modalidades terapêuticas e suas contribuições com a saúde coletiva.

3 | METODOLOGIA

O presente trabalho está fundamentado nos resultados obtidos através do projeto de pesquisa “As plantas medicinais e a saúde da população: resgatando saberes e promovendo vidas” do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPÊ no dia 01 de junho de 2016 sob registro de C.A.A.E. 52982115.0.0000.5176. Neste, foi realizada uma pesquisa de campo acerca do conhecimento popular sobre o uso das plantas com ação terapêutica; promovida por alunos do curso de fisioterapia da mesma instituição de ensino, pertencentes ao grupo de pesquisa Fito em Fisio.

Foram realizadas entrevistas, durante o segundo semestre do ano de 2016, direcionadas a um grupo de cem pessoas com idade a partir de 55 anos residentes nas cidades paraibanas de João Pessoa e Cabedelo, onde foi aplicado um questionário de caráter objetivo no qual continham dados de caracterização dos voluntários e perguntas relacionadas à utilização de plantas medicinais, com o intuito de curar ou melhorar certas doenças. Destarte, a Colônia, *Alpinia speciosa*, destacou-se devido à sua ação anti-hipertensiva e desobstrução das vias aéreas. Enquanto procedimento, este trabalho se realizou por meio da busca na base de dados sobre a planta medicinal em destaque, buscando correlacionar o seu uso com os procedimentos fisioterapêuticos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Analisando as respostas obtidas através da pesquisa de campo foi observado que a *Alpinia speciosa* (Colônia) é bastante utilizada com as finalidades terapêuticas de desobstrução das vias aéreas e devido ação anti-hipertensiva. Levando em consideração estudos encontrados nas bases de dados, segundo Ataíde *et. al.* (2006) *pode-se constatar que essa planta medicinal possui propriedades hipotensoras e sedativas, sendo necessárias algumas precauções quando usadas em crianças, pessoas com pressão arterial baixa e em indivíduos hipersensíveis, devido a possibilidade de provocar dermatite de contato. Referente ao uso como antipirético, é coerente com estudos realizados por outros autores.*

Ainda, os constituintes químicos da planta *A. speciosa* foram apresentados

primeiramente por Kimura *et. al.* (1966) e sendo identificados alcaloides, flavonoides, catequinas e epicatequinas. Com o fim de elucidar a ação anti-hipertensiva da *A. speciosa*, Mpalantinos (1998) explicou essa atividade por meio presença de flavonoides no extrato foliar de *Alpinia*, os quais contribuem para a atividade anti-hipertensiva e diurética. Ademais, de acordo com Lordelo *et. al.* (2000) determinou-se a atividade hipotensora e diurética, bem como a toxicologia clínica de *Alpinia*, administrando extratos da espécie, sob a forma de folhas secas pulverizadas e encapsuladas, em pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial.

Diante disso, essa planta medicinal pode ser utilizada como adjuvante no tratamento de patologias cardiorrespiratórias, podendo ser inserida nas práticas fisioterapêuticas através da sua inalação para fluidificar a secreção, e em forma de óleo essencial quando associada às técnicas manuais de HB (higiene brônquica) e EP (expansão pulmonar), a exemplo da massoterapia, com movimentos circulares na região malar em casos de hipersecreção e obstrução das vias respiratórias superiores.

Valem ressaltar as considerações de Melo (2014, p. 57, apud JUERGENS *et. al.*, 1998):

“Estudo com o 1,8-cineol apresentou efeito anti-inflamatórios e mucolítico de vias aéreas, observando-se ação em monócitos, nos pacientes com asma brônquica, com inibição de leucotrienos B₄ e prostaglandina 2, além de inibição na produção de TNF (*Tumor Necrosis Factor*) e interleucina 1, leucotrieno 4 e tromboxano”.

Já Koh *et. al.* (2002) observou, em pesquisas com amostra igual a 21 voluntários, atividade inibitória da histamina através de administração por via tópica e vasodilatadora apresentadas pelo terpeno-4-ol e 1,8-cineol. Por conseguinte, Khalil *et. al.* (2004) corroboraram que o terpeno-4-ol e 1,8-cineol agiram na diminuição da inflamação entre 50 e 70 minutos em 18 voluntários, enquanto que o terpeno-4-ol isolado também demonstrou a mesma ação, durante este mesmo período de tempo, em 10 voluntários.

Sugere-se a correlação da *A. speciosa* com as técnicas cinesioterapêuticas, as quais consistem em manobras não invasivas, com os objetivos de desprender e mobilizar secreções, assim como promover a expansão pulmonar por meio do recrutamento alveolar. Essas manobras favorecem o desprendimento das secreções desde os segmentos broncopulmonares distais até os grandes brônquios, para uma melhor expulsão, promovendo a limpeza das vias aéreas respiratórias e melhora da troca gasosa, além de prevenir e minimizar complicações decorrentes das pneumopatias.

Outrossim, também são indicadas para pacientes com volume de secreção pulmonar acima de 30mL ao dia, doença aguda com produção de secreção, insuficiência respiratória aguda com sinais clínicos de secreção retida, atelectasia lobar aguda e anormalidades da ventilação e perfusão. Entre as técnicas clássicas utilizadas na fisioterapia respiratória, destacamos a percussão torácica (PT), ou tapotagem, cujo objetivo é mobilizar a secreção pulmonar viscosa, facilitando sua condução para uma região superior da árvore brônquica, promovendo a eliminação.

A percussão caracteriza-se pela manobra de percutir com as mãos em forma de

concha ou ventosa, obtida mediante uma concavidade palmar para baixo e os dedos aduzidos. É realizada simultaneamente, com os dedos e a região metacarpiana sobre a zona que apresenta acúmulo de secreção. Deve haver grande mobilidade articular, no sentido de flexo-extensão do punho, pouca amplitude de movimento de cotovelo e mínimo movimento de ombro. Para maior eficácia, é necessário que a mão em concha esteja perfeitamente acoplada ao tórax do paciente, na fase de contato com a pele, e não se distancie muito na fase em que a mão se afasta do tórax. Com isso, evitam-se a dor e o desconforto, consequentes do chicoteamento das mãos na pele que reveste o tórax do paciente.

A utilização da tapotagem é contraindicada quando há presença de ruídos sibilantes exacerbados, na crise asmática, edema agudo do pulmão, fratura de costelas, sobre a coluna vertebral, cardiopatias graves, hemoptise, arritmias cardíacas importantes, pericardite, metástase do pulmão ou mediastino, certos casos de pós-cirúrgico e logo após as refeições. Recomenda-se não realizar a técnica em pacientes com hipersensibilidade dolorosa ou com úlceras na pele que reveste o tórax, em pacientes com tórax senil ou com osteoporose acentuada.

Além disso, para melhores resultados, sugere-se associação da PT com a técnica de drenagem postural, a qual consiste na mudança de decúbito. Nela, é levada em consideração a região com hipersecreção mucociliar, buscando o favorecimento das forças gravitacionais para a drenagem em direção as vias aéreas de maiores calibres. Outro fator relevante diz respeito à sua periodicidade, na qual cada posicionamento deve ser mantido por três a quinze minutos, totalizando o tempo mínimo de uma hora, e frequência de três a quatro vezes ao dia. Lamari (2006) relata que de acordo com revisão bibliográfica de Fink conforme citado Lorin & Denning (1971) a drenagem postural é recomendada para hipersecreção de muco brônquico e a dificuldade de expectoração. Em contrapartida, não deve ser realizada na posição de “Trendelenburg” reversa, assim como em casos de hipotensão e administração de drogas vasoativas.

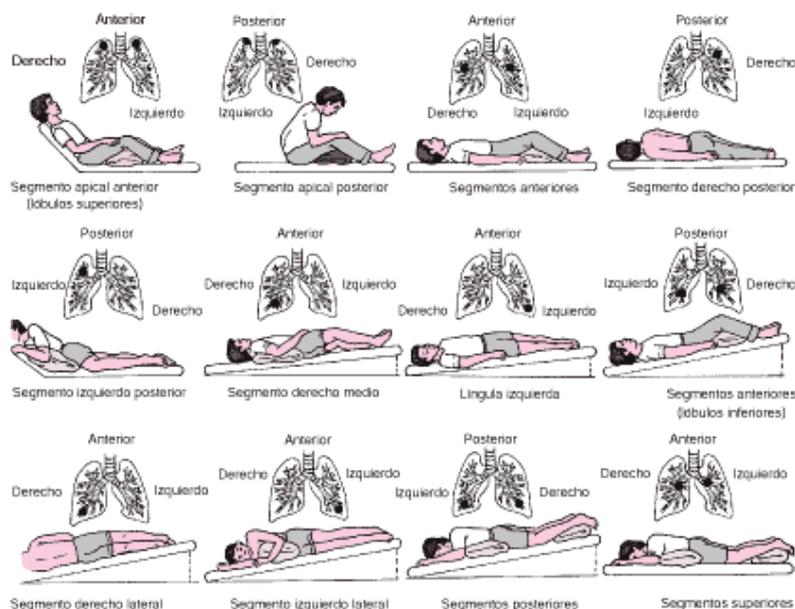


Figura 02 - Técnicas de Drenagem Postural

A realização de estudo monocêntrico, prospectivo e analítico do tipo ensaio clínico controlado, aleatório, por grupos em períodos específicos realizados por Cândido *et. al.* (2012) buscaram verificar a viabilização do uso do óleo essencial da *Alpinia zerumbet*, *Zingiberaceae* (OEAz) no cenário do tratamento fisioterapêutico na encefalopatia crônica não progressiva, paralisia cerebral. Esse apresenta-se rico em terpenos, a exemplo de 1,8-ineol e terpineno-4-ol, os quais possuem atividades nos canais de cálcio e são referenciados na literatura como competidores pós-sinápticos da acetilcolina em músculos lisos. Santos *et al* relata que os principais monoterpenos encontrados no OEAz correspondem a terpineno-4-ol (37,62%), 1,8-cineol (17,58%), gama terpinen (11,77%) e para-cimeno (10,67%), também foi verificada a modulação dos canais de cálcio do tipo L. Resultados obtidos no referido estudo mostraram que a cinesioterapia associada ao óleo essencial por via dérmica se sobressaiu quando comparada à via inalatória. Sendo assim, é sugerida a aplicação dérmica com associação cinesioterapêutica devido resultados satisfatórios, onde os participantes da pesquisa demonstraram mudanças no tônus muscular, relaxamento muscular e nas atividades estáticas. Outro fator diz respeito a possibilidade de direcionar aplicação nos músculos espásticos e não submeter o paciente a um tratamento sistêmico.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, após a pesquisa realizada observou-se a importância das PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) no âmbito da saúde pública, e em particular da fitoterapia, visto que parte da população utiliza as plantas medicinais para determinados fins terapêuticos. Diante das informações supracitadas são perceptíveis os benefícios ao sistema cardiorrespiratório promovidos pelo uso da *Alpinia speciosa* como terapêutica. Destacamos também a relevância da citada planta para bons resultados no tratamento do tônus muscular, repercutindo positivamente na cinética funcional. Contudo, verifica-se que estudos sobre os usos terapêuticos da *Alpinia speciosa* ainda estão em fase de crescimento, mas já demonstram significativas possibilidades para associá-la às práticas do profissional fisioterapeuta.

Portanto, este trabalho trata-se de uma experiência inicial que visa incentivar a realização de maiores estudos acerca dos possíveis usos terapêuticos da planta e sua associação com as práticas fisioterapêuticas, visto que houve dificuldades na busca de informações nas bases de dados.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICUSUS/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CÂNDIDO, Edna Aragão Farias; XAVIER-FILHO, Lauro. Viabilidade do uso do óleo essencial da *Alpinia zerumbet*, *Zingiberaceae*, na otimização do tratamento fisioterapêutico em paralisia cerebral espástica. **Arq. Bras. Neurocir**, v. 31, n. 3, 2012.
- COFFITO. **ACÓRDÃO Nº 611**, de 1º de abril de 2017. Normatização da utilização e/ou indicação de substâncias de livre prescrição pelo fisioterapeuta. Brasília: COFFITO, 2017.
- COFFITO. **RESOLUÇÃO COFFITO nº. 380**, de 3 de novembro de 2010. Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências. Brasília: COFFITO, 2010.
- DOSEA, Giselle Santana; FRANCO, Lília Reis; CÂNDIDO, Edna Aragão Farias; CACAU, Lucas de Assis Pereira; OLIVEIRA, Tássia Virgínia de Carvalho. Ação do óleo essencial da *Alpinia speciosa* Schum no tratamento da fibrose pulmonar: estudo de caso. **Scire Salutis**, Aquidabã, v. 3, n. 2, p. 47-60, 2013.
- LAMARI, Neuseli Marino; MARTINS, Ana Leticia Quinalha; OLIVEIRA, Janine Vieira; MARINO, Laís Carvalho; VALÉRIO, Nelson. Bronquiectasia e fisioterapia desobstrutiva: ênfase em drenagem postural e percussão. **Braz J Cardiovasc Surg**. v. 21, n. 2, p. 206-10, 2006.
- LIEBANO, Richard Eloin; HASSEN, Ana Maria Saad; RACY, Heloísa Helena Massi Jorge, CORRÊA, Juliana Barbosa. Main manual kinesiotherapeutic maneuvers used in the respiratory physiotherapy: description of techniques. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 35-45, 2009.
- LORDELO, I. G. S. *et. al.* Avaliação clínica e toxicológica da *Alpinia zerumbet* (Pers.) Brustt & Smith em pacientes com hipertensão arterial estágio I (leve) ou estágio II (moderada). **Sociedade Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 16, 2000.
- LORENZI, Harri; MATOS, Francisco J. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2002.
- MPALANTINOS, M. A.; MOURA, R. S.; PARENTE, J. P.; KUSTER, R. M. Biologically active flavonoids and kava pyrones from the aqueous extract of *Alpinia zerumbet*. **Phytotherapy Research**. v. 12, n. 6, p. 442-444, 1998. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/%28SICI%291099-1573%28199809%2912%3A6%3C442%3A%3AAID-PTR320%3E3.0.CO%3B2-Y>>. Acesso em: 20 de abril de 2017.
- MELO, Lorena Almeida. 2014. Tese (Doutorado) **Efetividade do uso tópico do óleo essencial de *Alpinia zerumbet* no tratamento de pacientes com fibromialgia**. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão. Disponível em: <https://www.ri.ufs.br/bitstream/riufs/3299/1/LORENA_ALMEIDA_MELO.pdf>. Acesso em: 6 de abril de 2017.
- KHALIL, Z.; PEARCE, A.L.; SATKUNANATHAN, N.; STORER, E.; FINLAY- JONES, J.J.; HART, P.H. Regulation of wheal and Flare by Tea Tree Oil: Complementary Human and Rodent Studies. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 123, n. 4, p.683-90, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360273/>>. Acesso em: 13 de abril de 2017.
- KIMURA, Y. *et. al.* Studies on the constituents of *Alpinia*. X. On the constituents of the rhizomata of *Alpinia speciosa* K. Schumann and *A. kumatake* Makino (*A. formosana* K. Schumann). **Yakugaku zasshi: Journal of the Pharmaceutical Society of Japan**, v. 86, n. 12, p. 1184, 1966.

KOH, K.J; PEARCE, A.L; MARSHMAN, G.; FINLAY- JONES, J.J.; HART, P.H. Teatree oil reduces histamine-induced skin inflammation. **British Journal of Dermatology**, v. 147, n.6, p. 1212-1217, 2002. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12452873>>. Acesso em: 9 de abril de 2017.

SANTOS, B. A. *et. al.* Cardiodepressive effect elicited by the essential oil of *Alpinia speciosa* is related to L-type Ca²⁺ current blockade. **Phytomedicine**, v. 18, n. 7, p. 539-543, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112750>>. Acesso em: 20 de abril de 2017.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANELICE CALIXTO RUH Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pela PUCPR, mestre em Biologia Evolutiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Prática clínica em Ortopedia com ênfase em Dor Orofacial, desportiva. Professora em Graduação e Pós-Graduação em diversos cursos na área de saúde. Pesquisa clínica em Laserterapia, kinesio e linfo taping.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-85107-90-1

