

A photograph of a woman with blonde hair, wearing a white tank top and white pants, performing a physical therapy massage on a patient's arm. The patient is lying down, wearing a red shirt. The woman is smiling and looking down at the patient's arm. The background is a clinical setting with a window and a grid pattern.

**Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)**

Fisioterapia e Terapia Ocupacional: Modelos de Intervenção

Atena
Editora
Ano 2019

Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

Fisioterapia e Terapia Ocupacional: Modelos de Intervenção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
F528	Fisioterapia e terapia ocupacional [recurso eletrônico] : modelos de intervenção / Organizadora Anelice Calixto Ruh. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-659-1 DOI 10.22533/at.ed.591192709 1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. I. Ruh, Anelice Calixto. CDD 615
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A saúde pública brasileira preconiza as doenças crônicas como sendo facilitadoras das condições limitantes do sistema musculoesquelético na fase laboral da vida do indivíduo. Diante do exposto os tratamentos que se utilizam de técnicas manuais tornaram-se forte aliados dentre os tratamentos fisioterapêuticos no que concerne o tratamento da dor crônica. As mobilizações e manipulações aplicadas pelo fisioterapeuta em todas as áreas da saúde, tem sido satisfatória para o paciente que sofre de dores crônicas, diminuindo a morbidade e os gastos da saúde pública. Neste e-book trazemos artigos que descrevem sobre esta abordagem da fisioterapia.

Engajada nos processos de transformações no campo da saúde mental a Terapia Ocupacional busca incessantemente promover a ruptura de práticas que alimentem condutas desumanas. A terapia ocupacional estimula a criatividade, o autoconhecimento, momentos de reflexão e expressão, impulsiona mudanças na rotina institucional realmente reposicionando este indivíduo perante a sociedade. Aqui você se atualiza sobre a saúde mental e a terapia ocupacional.

Aproveite sua atualização.

Anelice Calixto Ruh

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO SEXUAL E DA AUTOESTIMA ENTRE IDOSAS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA E IDOSAS SEDENTÁRIAS	
Fernanda Ferreira de Sousa Eveline de Sousa e Silva Jacqueline Pereira Silva Mota Rossanna Maria de Sousa Pires Aniclécio Mendes Lima	
DOI 10.22533/at.ed.5911927091	
CAPÍTULO 2	16
O USO DE ÓRTESE NA OTIMIZAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE PARALISIA CEREBRAL - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
Marcelo Monteiro de Castro Almeida Maisa Ribeiro Nilo Machado Junior	
DOI 10.22533/at.ed.5911927092	
CAPÍTULO 3	27
PROTOCOLO DE MANIPULAÇÃO ARTICULAR E MIOFASCIAL PARA ALÍVIO TOTAL DA DOR EM ALGIAS INESPECÍFICAS DE COLUNA	
Maria Emília Ferreira Ramos Priscila Menon dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.5911927093	
CAPÍTULO 4	39
PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO APLICADO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA	
Karla Garcez Cusmanich Brenda C Inocêncio Alexandre Marotta Renato de Mesquita Tauil	
DOI 10.22533/at.ed.5911927094	
CAPÍTULO 5	47
A ATIVIDADE COMO ELEMENTO INTERMEDIÁRIO DE CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL	
Mara Cristina Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.5911927095	
CAPÍTULO 6	56
ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	
Mara Cristina Ribeiro Marilya Cleonice Santos de Souza Eline Vieira da Silva David dos Santos Calheiros Murillo Nunes de Magalhães	
DOI 10.22533/at.ed.5911927096	
SOBRE A ORGANIZADORA	68
ÍNDICE REMISIVO	69

COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO SEXUAL E DA AUTOESTIMA ENTRE IDOSAS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA E IDOSAS SEDENTÁRIAS

Fernanda Ferreira de Sousa
Eveline de Sousa e Silva
Jacqueline Pereira Silva Mota
Rossanna Maria de Sousa Pires
Aniclécio Mendes Lima

RESUMO: Objetivo: Avaliar a satisfação sexual e a autoestima de idosas praticantes de atividade física em comparação com idosas sedentárias.

Método: trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa, realizada com 30 idosas praticantes de atividade física de um Centro Social, e 30 idosas sedentárias cadastradas em uma Unidade de Saúde. A pesquisa foi realizada através de entrevistas utilizando a Escala de Rosenberg e a Escala de Satisfação Sexual. **Resultados:** Na escala de autoestima de Rosenberg não houve diferenças estatísticas significativas entre as respostas das idosas praticantes e não praticantes de atividade física onde $p > 0,05$. Na escala de satisfação sexual para mulheres houve diferença estatística significativa no domínio de contentamento na questão da existência de problemas importantes ou preocupações sobre sexo (excitação, orgasmo, frequência, compatibilidade, comunicação, etc.), onde 63,33% das idosas que não praticam exercício afirmam possuir algum tipo dos problemas citados acima enquanto apenas 16,67% das

que praticam exercício afirmam o mesmo. Também apresentam resultados estatísticos o domínio compatibilidade. **Conclusão:** não houve diferença na autoestima entre os grupos, na satisfação sexual as sedentárias apontam maior existência de problemas ou preocupações sobre sexo e que não combinam nos estilos e preferências sexuais.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade física. Sexualidade. Envelhecimento. Sedentarismo.

COMPARISON OF SEXUAL SATISFACTION AND SELF-ESTEEM AMONG ELDERLY WOMEN PRACTICING PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY ELDERLY WOMEN

ABSTRACT: Objective: To evaluate the sexual satisfaction and self-esteem of elderly practicing physical activity compared to sedentary ones.

Method: This is a cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach, conducted with 30 elderly women practicing physical activity in a Social Center, and 30 sedentary elderly women registered in a Health Unit. The research was conducted through interviews using a Scale. Rosenberg and a Sexual Satisfaction Scale. **Results:** The Rosenberg self-esteem scale was not able to include the following differences between the practicing and non-practicing elderly women where $p >$

0.05. In the scale of sexual satisfaction for women the situation was significantly higher in the domain of content in the question of experience or about sex (arousal, orgasm, frequency, compatibility, communication, etc.), where 63.33% of the elderly women who do not practice affirmative mode states that the types of problems are above only 16.67% of those who practice the same affirm. It also presents itself with statistical results. **Conclusion:** There was no difference in self-esteem between groups, in sexual satisfaction as the most striking trends and problems with sex that do not match styles. **KEYWORDS:** Physical activity. Sexuality. Aging. Sedentary lifestyle.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno biológico e natural ocasionado por uma série de transformações que ocorrem no corpo do indivíduo, sendo também um fenômeno cultural e social devido ao comportamento psicossocial do ser humano ao longo dos tempos, expressado e estudado através de atitudes, gestos e pensamentos que ocorreram em diferentes épocas¹.

Para que o envelhecimento ocorra de maneira natural, é necessária uma adaptação do idoso em relação às limitações físicas, sociais e emocionais, a fim de que o mesmo conquiste serenidade e satisfação com a vida, retificando que o envelhecer não significa, necessariamente, o acúmulo de perdas e abandono de perspectivas².

A maior parte das dificuldades e disfunções sexuais cresce com o envelhecimento. Na mulher, há um agravamento dessa situação no início do climatério, mantendo-se aproximadamente a mesma após os 55 anos. Quase 20% das mulheres brasileiras acima de 60 anos se ressentem da falta de interesse sexual. Entre as norte-americanas, essa queixa atinge 37,6% (entre 65 e 74 anos) e 49,3% (entre 75 e 85 anos)³.

A qualidade de vida engloba o domínio da percepção individual sobre a sexualidade, uma variável difícil por sua multidimensionalidade. A sexualidade pode ser expressa a partir da interação com o outro e manifestando-se nas relações sociais através da corporeidade, ou traduzidas como a “maneira de ser e de estar no mundo mediante o Eros que permeiam o cotidiano humano”. Desta forma, a sexualidade é distinguida do sexo que retrata apenas uma das formas de expressão do amor humano⁴.

A diminuição da atividade sexual no envelhecimento pode ser explicada tanto como um fenômeno biológico (próprio do processo de envelhecimento) como uma disfunção sexual. Porém, pela complexidade de fatores envolvidos nesse período da vida, essa diminuição é mais bem compreendida como consequência de uma transição fisiológica, psicológica e social^{5,6}.

São inúmeros benefícios que a atividade física traz para a saúde fisiológica e

psicológica dos indivíduos, de modo geral o exercício físico proporciona a população idosa lidar de forma mais positiva com seu declínio orgânico e psicológico, além disso, promove satisfação e influencia diretamente no seu comportamento, promovendo aumento das funções cerebrais e do metabolismo neural, e conseqüentemente melhorando a cognição, capacidades intelectuais em idosos ⁷. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a satisfação sexual e a autoestima de idosas praticantes de atividade física em comparação com idosas sedentárias.

MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa, na qual foi realizada a comparação entre dois grupos de mulheres idosas. Grupo G1: Praticantes de Atividade Física que realizam atividades corporais no Centro Social Pedro Arrupe. E o grupo G2: Sedentárias, formado por mulheres cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde.

Foram selecionadas 60 pessoas as quais correspondiam aos seguintes critérios de inclusão; ser do sexo feminino com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas e frequentando dos locais da pesquisa, ativas sexualmente e que apresentavam condições físicas e cognitivas para responder aos instrumentos no momento da coleta dos dados, praticar atividade física no mínimo três vezes por semana e mulheres sedentária.

Foram excluídas da pesquisa, mulheres com menos de 60 anos, com distúrbios ginecológicos, mentais, déficits auditivos, assim como as que não aceitaram participar do estudo ou que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE. Todas as participantes foram informadas dos objetivos, acesso, riscos, benefícios, sigilo e procedimentos do estudo, e aquelas que concordaram em participar assinaram o TCLE.

Para a caracterização das idosas foi aplicado um questionário com o perfil sócio-demográfico com estado civil, profissão, religião, condições de trabalho e de saúde. A autoestima foi investigada pela Escala de Autoestima de Rosenberg, que contém dez itens em que cinco avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo e cinco avaliam sentimentos negativos. A satisfação sexual das idosas foi avaliada pela Escala de Satisfação Sexual para Mulheres, composta por 30 itens que avaliam cinco domínios: contentamento, comunicação, compatibilidade, preocupação relacional e preocupação pessoal.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, definida para facilitar a participação. Para coleta de dados no G1 as entrevistas foram feitas no local das atividades por eles desenvolvidas, antes ou após a prática, de forma a não atrapalhar a atividade. Para G2 as entrevistas aconteceram em visitas domiciliares e na unidade básica.

Para análise dos resultados, houve a aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson ao nível de 95% de confiança para verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos grupos das idosas que praticam e não praticam atividades físicas. Diferenças estatisticamente significativa possuem p-valor menor que o nível de significância aplicado no teste, que no caso é de 95% de confiança ($\alpha=0,05$).

Esta pesquisa esta de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí pelo numero do parecer 2.500.906. Todos os participantes foram primeiramente informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o início as coletas.

RESULTADOS

Variáveis	Praticantes		Não Praticantes	
	Sim	Não	Sim	Não
Realiza atividade física	30 (100%)	-	-	30 (100%)
Transporte	10 (33,33%)	20 (66,67%)	11 (36,67%)	19 (63,33%)
Suporte Social	20 (66,67%)	10 (33,33%)	6 (20,0%)	24 (80,0%)
Dependência de Medicamento	28 (93,33%)	2 (6,67%)	19 (63,33%)	11 (36,67%)
Capacidade de Trabalho	29 (96,67%)	1 (3,33%)	29 (96,67%)	1 (3,33%)

Tabela 1- Descrição das características das idosas praticantes e não praticantes de atividades físicas.

Fonte: Pesquisa autoral.

A amostra foi constituída de idosas praticantes e não praticantes de atividades físicas sendo 30 idosas que praticam e 30 idosas que não praticam exercícios. A tabela acima faz a descrição da quantidade de idosas em cada categoria: Transporte, Suporte social, Dependência de medicamento e Capacidade de Trabalho entre os dois grupos praticante e não praticantes.

Características	n	Praticantes		Não Praticantes	
		%	n	%	
Faixa Etária					
	60 a 70 anos	23	76,67%	22	73,33%
	71 a 80 anos	4	13,33%	8	26,67%
	Acima de 80 anos	3	10,00%	-	-
Estado Civil					
	Solteira	5	16,67%	2	6,67%
	Casada	23	76,67%	27	90,00%
	Namorando	1	3,33%	1	3,33%
	Viúva	1	3,33%	-	-
Religião					
	Católica	25	83,33%	20	66,67%
	Evangélica	4	13,33%	6	20,00%
	Outras	1	3,33%	4	13,33%
Profissão					
	Do lar / Doméstica	16	53,33%	17	56,67%
	Aposentada	4	13,33%	3	10,00%
	Zeladora	1	3,33%	1	3,33%
	Autônoma	1	3,33%	3	10,00%
	Professora	1	3,33%	2	6,67%
	Costureira	2	6,67%	1	3,33%
	Outras	5	16,67%	3	10,00%

Tabela 2- Perfil sócio-demográfico dos grupos de idosas entrevistadas.

Fonte: Pesquisa autoral.

Para avaliar a autoestima das idosas praticantes e não praticantes de atividades físicas, aplicou-se o questionário de Escala de autoestima de Rosenberg. Os resultados estão na tabela abaixo:

Escala de Autoestima de Rosenberg	Praticantes		Não Praticantes		P-valor*
	Sim	Não	Sim	Não	
De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito (a) comigo mesmo (a)?	29 (96,67%)	1 (3,33%)	26 (86,67%)	4 (13,33%)	> 0,05
Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado (a) ou inferior em relação aos outros).	3 (10,0%)	27 (90,0%)	8 (26,67%)	22 (73,33%)	> 0,05
Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades?	30 (100%)	-	28 (93,33%)	2 (6,67%)	> 0,05
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das outras pessoas?	30 (100%)	-	29 (96,67%)	1 (3,33%)	> 0,05

Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar?	9 (30%)	21 (70,0%)	8 (26,67%)	22 (73,33%)	> 0,05
Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer coisas)?	-	30 (100%)	6 (20,0%)	24 (80,0%)	> 0,05
Não me dou o devido valor, pelo menos num plano igual às outras pessoas?	2 (6,67%)	28 (93,33%)	2 (6,67%)	28 (93,33%)	> 0,05
Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a)?	7 (23,33%)	23 (76,67%)	12 (40,0%)	18 (60,0%)	> 0,05
Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado (a)?	1 (3,33%)	29 (96,67%)	3 (10,0%)	27 (90,0%)	> 0,05
Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a)?	29 (96,67%)	1 (3,33%)	29 (96,67%)	1 (3,33%)	> 0,05

Tabela 3- Avaliação de autoestima pela escala de autoestima de Rosenberg em idosas praticantes e não praticantes de atividade físicas.

Fonte: Pesquisa Autoral.

*Teste Qui-Quadrado ao nível de 95% de confiança ($\alpha=0,05$).

A tabela acima é resultado da aplicação do teste Qui-Quadrado para verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos grupos das idosas que praticam e não praticam atividades físicas. O resultado é interpretado de acordo com o p-valor. Diferenças estatisticamente significativa possuem p-valor menor que o nível de significância aplicado no teste, que no caso é de 95% de confiança ($\alpha=0,05$). Portanto é possível verificar que não houve diferenças estatísticas significativas entre as respostas das idosas praticantes e não praticantes de atividade física.

Contentamento	Praticam		Não Praticam		P-valor*
	Sim	Não	Sim	Não	
1.Sinto-me satisfeita com minha vida sexual atual.	23 (76,67%)	7 (23,33%)	24 (80,0%)	6 (20,0%)	> 0,05
2. Geralmente sinto que falta algo na minha vida sexual atual.	11 (36,67%)	19 (63,33%)	10 (33,33%)	20 (66,67%)	> 0,05
3.Geralmente sinto que não existe intimidade suficiente em minha vida sexual.	14 (46,67%)	16 (53,33%)	7 (23,33%)	23 (76,67%)	> 0,05
4. Estou contente com a quantidade de expressões sexuais (beijos, carícias, relação...) na minha vida.	23 (76,67%)	7 (23,33%)	22 (73,33%)	8 (26,67%)	> 0,05

5. Não tenho nenhum problema importante ou preocupações sobre sexo (excitação, orgasmo, frequência, compatibilidade, comunicação, etc.).	5 (16,67%)	25 (83,33%)	19 (63,33%)	11 (36,67%)	< 0,05**
6. Quão satisfatória é sua vida sexual?	23 (76,67%)	7 (23,33%)	23 (76,67%)	7 (23,33%)	> 0,05

* Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W):

*Contentamento:

Tabela 4- Teste de comparação entre os grupos de idosas no domínio contentamento. Fonte: Pesquisa autoral.

*Teste Qui-Quadrado ao nível de 95% de confiança ($\alpha=0,05$). **Significância Estatística ($\alpha=0,05$).

O primeiro domínio referente ao questionário de satisfação sexual para Mulheres (SSS-W) é o contentamento. A tabela acima refere-se a frequências de respostas das idosa no quesito. Houve diferença estatística significativa apenas na questão da existência de problemas importantes ou preocupações sobre sexo (excitação, orgasmo, frequência, compatibilidade, comunicação, etc.), onde 63,33% das idosas que não praticam exercício afirmam possuir algum tipo dos problemas citados acima enquanto apenas 16,67% das que praticam exercício afirmam o mesmo.

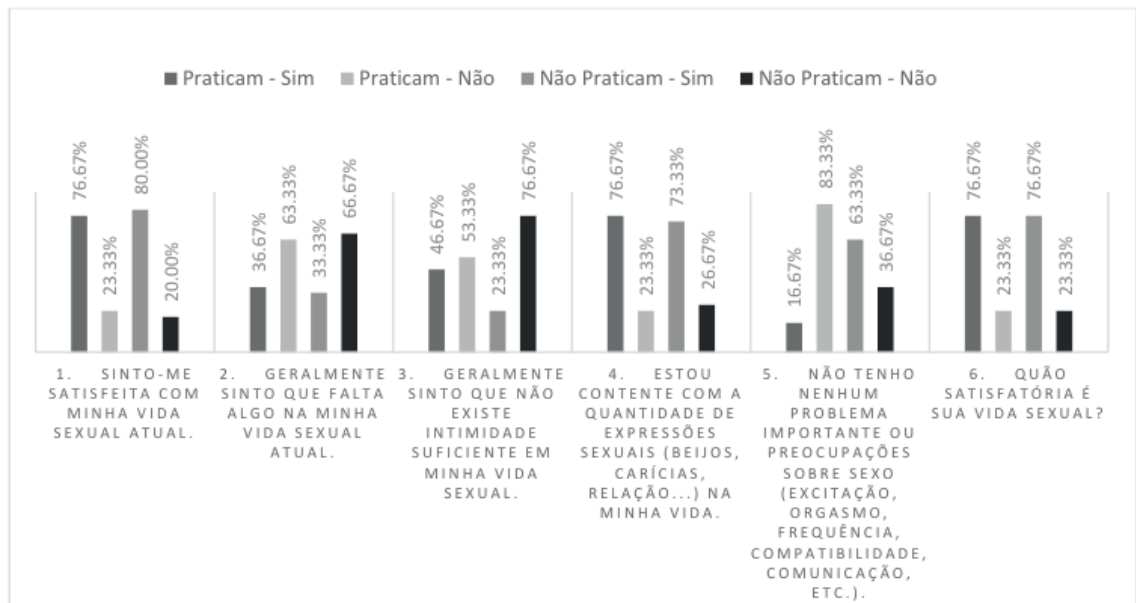


Figura 1-Gráfico de frequência de respostas entre os grupos de idosas no domínio contentamento.

O segundo domínio refere-se à comunicação, ou seja, discussão de questões sexuais e emocionais.

Comunicação	Praticam		Não Praticam		P-valor*
	Sim	Não	Sim	Não	
1. Meu parceiro(a) fica na defensiva quando tento conversar sobre sexo.	3 (10,0%)	27 (90,0%)	7 (23,33%)	23 (76,67%)	> 0,05
2. Meu parceiro(a) e eu não conversamos abertamente sobre sexo, ou não conversamos nada sobre sexo.	10 (33,33%)	20 (66,67%)	11 (36,67%)	19 (63,33%)	> 0,05
3. Geralmente me sinto completamente confortável discutindo sobre sexo sempre que meu parceiro deseja.	18 (60,0%)	12 (40,0%)	21 (70,0%)	9 (30,0%)	> 0,05
4. Meu parceiro(a) mostra-se muito à vontade quando quero conversar sobre sexo.	19 (63,33%)	11 (36,67%)	18 (60,0%)	12 (40,0%)	> 0,05
5. Não tenho dificuldades em falar de minhas emoções mais profundas quando meu parceiro(a) quer conversar.	10 (33,33%)	20 (66,67%)	18 (60,0%)	12 (40,0%)	> 0,05
6. Meu parceiro (a) não tem dificuldades em falar de emoções profundas quando eu quero conversar	11 (36,67%)	19 (63,3%)	14 (46,67%)	16 (53,33%)	> 0,05

Tabela 5-Teste de comparação entre os grupos de idosas no domínio comunicação.

Fonte: Pesquisa autoral.

*Teste Qui-Quadrado ao nível de 95% de confiança ($\alpha=0,05$). **Significância Estatística ($\alpha=0,05$).

Nesse domínio nenhuma diferença encontrada foi significativa ($p<0,05$).

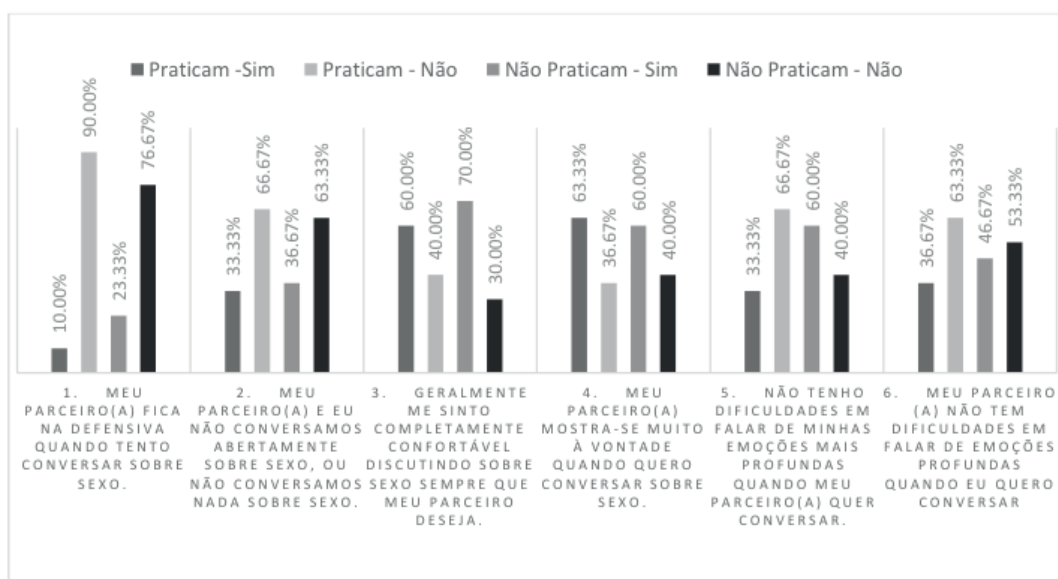


Figura 2-Gráfico de frequência de respostas entre os grupos de idosas no domínio

Compatibilidade	Praticam		Não Praticam		P-valor*
	Sim	Não	Sim	Não	
1. Geralmente sinto que meu parceiro não é sensível ou atento o suficiente sobre meus gostos ou desejos sexuais.	11 (36,67%)	19 (63,33%)	8 (26,67%)	22 (73,33%)	> 0,05
2. Geralmente sinto que meu parceiro (a) e eu não somos sexualmente compatíveis.	11 (36,67%)	19 (63,33%)	8 (26,67%)	22 (73,33%)	> 0,05
3. Geralmente sinto que as atitudes e crenças de meu parceiro (a) sobre sexo são diferentes das minhas.	12 (40,0%)	18 (60,0%)	12 (40,0%)	18 (60,0%)	> 0,05
4. Às vezes acho que meu parceiro (a) e eu não combinamos nas necessidades e desejos sexuais.	9 (30,0%)	21 (70,0%)	9 (30,0%)	21 (70,0%)	> 0,05
5. Às vezes sinto que meu parceiro (a) e eu não somos fortemente atraídos fisicamente um pelo outro.	9 (30,0%)	21 (70,0%)	10 (30,0%)	20 (70,0%)	> 0,05
6. Às vezes acho que meu parceiro (a) e eu não combinamos no estilo e preferências sexuais.	9 (30,0%)	21 (70,0%)	12 (40,0%)	18 (60,0%)	< 0,05**

Tabela 6-Teste de comparação entre os grupos de idosas no domínio compatibilidade.

Fonte: Pesquisa autoral.

*Teste Qui-Quadrado ao nível de 95% de confiança ($\alpha=0,05$). **Significância Estatística ($\alpha=0,05$).

O terceiro domínio referente ao questionário refere-se à compatibilidade, ou seja, a conformidade entre os parceiros relacionada às crenças sexuais, preferências, desejos e atração. Nessa categoria apenas um questionamento houve diferença significativa entre as respostas dos dois grupos de idosas que foi “Às vezes acho que meu parceiro (a) e eu não combinamos no estilo e preferências sexuais”, onde apenas 30% das idosas praticantes de atividade concordam com a afirmações enquanto 40% das idosas não praticantes concordam com o mesmo.

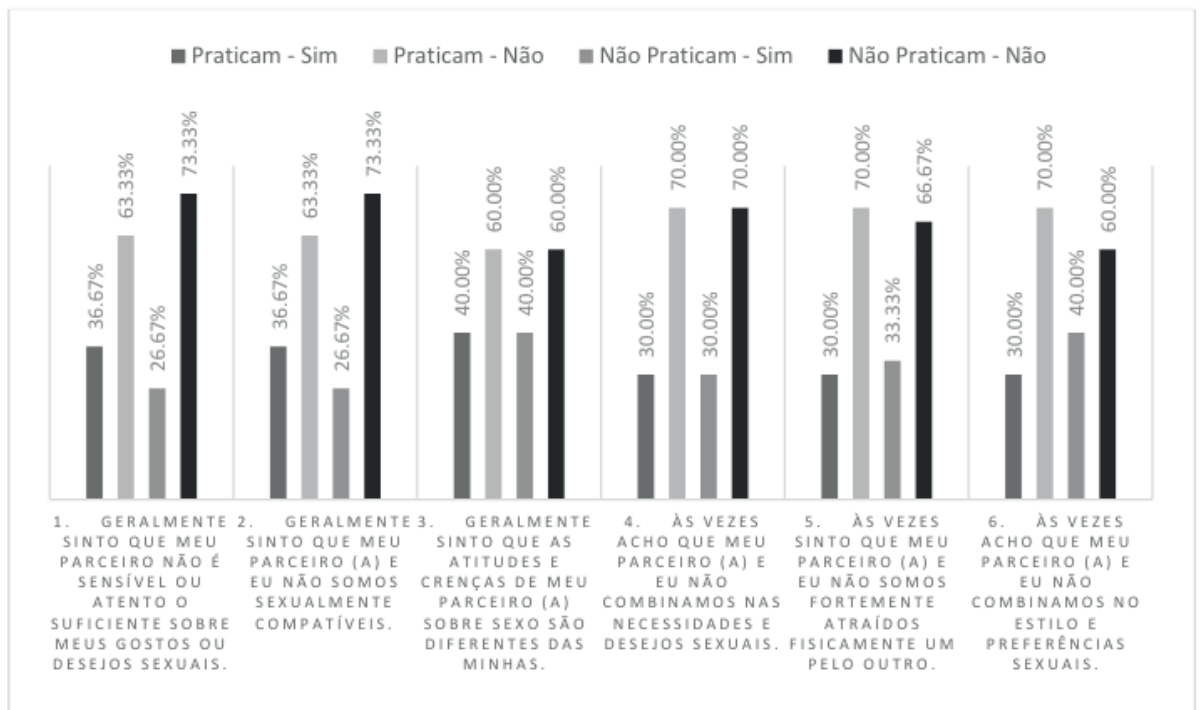


Figura 3-Gráfico de frequência de respostas entre os grupos de idosas no domínio compatibilidade.

O quarto domínio analisado trata-se do da preocupação relacional, ou seja, preocupações e relação ao parceiro e ao relacionamento.

Preocupação relacional	Praticam		Não Praticam		P-valor*
	Sim	Não	Sim	Não	
1. Preocupo-me que meu parceiro (a) se frustrar com minhas dificuldades sexuais.	7 (23,22%)	23 (76,67%)	9 (30,0%)	21 (70,0%)	> 0,05
2. Preocupo-me que minhas dificuldades sexuais atrapalhem a relação do casal.	5 (16,67%)	25 (83,33%)	8 (26,67%)	22 (73,33%)	> 0,05
3. Preocupo-me que meu parceiro (a) possa ter um caso devido a minhas dificuldades sexuais.	11 (36,67%)	19 (63,33%)	5 (16,67%)	25 (83,33%)	> 0,05
4. Preocupo-me se meu parceiro (a) está sexualmente insatisfeito.	12 (40,0%)	18 (60,0%)	15 (50,0%)	15 (50,0%)	> 0,05
5. Preocupo-me que meu parceiro (a) perceba-me menos mulher devido a minhas dificuldades sexuais.	5 (16,67%)	25 (83,33%)	9 (30,0%)	21 (70,0%)	> 0,05
6. Sinto que desapontei meu parceiro (a), porque tenho problemas sexuais.	7 (23,33%)	23 (76,67%)	6 (20,0%)	24 (80,0%)	> 0,05

Tabela 7-Teste de comparação entre os grupos de idosas no domínio Preocupação relacional.

*Teste Qui-Quadrado ao nível de 95% de confiança ($\alpha=0,05$). **Significância Estatística ($\alpha=0,05$).

Nesse domínio não houve diferença estatística significativa em nenhuma das respostas das idosas entrevistadas.

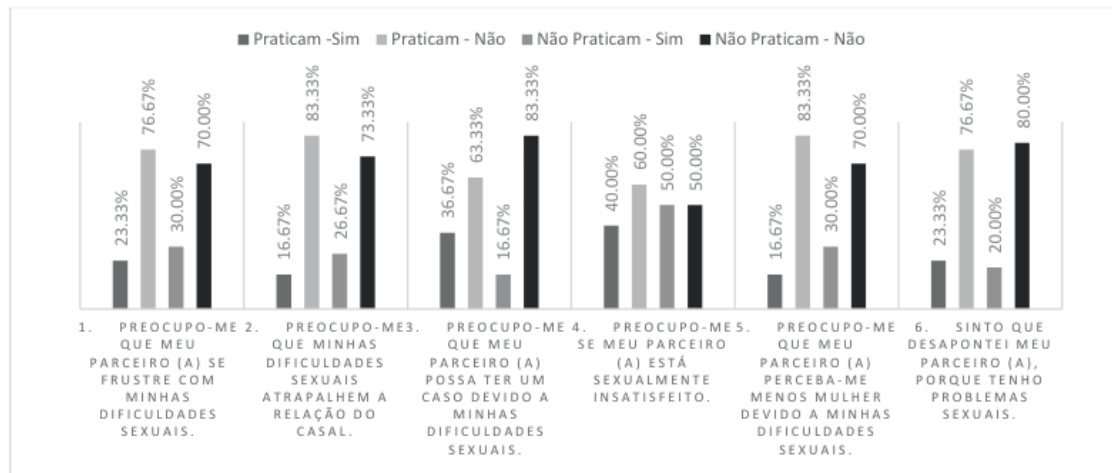


Figura 4-Gráfico de frequência de respostas entre os grupos de idosas no domínio Preocupação relacional.

Por fim o último domínio avaliado no questionário de satisfação sexual para mulheres foi a preocupação pessoal, ou seja, o interesse pessoal na relação ou no parceiro.

Preocupação Pessoal	Praticam		Não Praticam		P-valor*
	Sim	Não	Sim	Não	
1. Minhas dificuldades sexuais estão me frustrando.	5 (16,67%)	25 (83,33%)	8 (26,67%)	22 (73,33%)	> 0,05
2. Minhas dificuldades sexuais me fazem sexualmente insatisfeita.	4 (13,33%)	26 (86,67%)	8 (26,67%)	22 (73,33%)	> 0,05
3. Preocupo-me se minhas dificuldades sexuais me farão buscar satisfação sexual fora do relacionamento.	-	30 (100%)	5 (16,65%)	25 (83,33%)	> 0,05
4. Estou tão infeliz com minhas dificuldades sexuais que isto afeta minha autoestima.	3 (10,0%)	27 (90,0%)	4 (13,33%)	26 (86,67%)	> 0,05

5. Estou tão infeliz com minhas dificuldades sexuais que isto afeta meu bem estar.	2 (6,67%)	28 (93,33%)	4 (13,33%)	26 (86,67%)	> 0,05
6. Minhas dificuldades sexuais me irritam e me deixam com raiva.	5 (16,67%)	25 (83,33%)	6 (20,0%)	24 (80,0%)	> 0,05

Tabela 8-Teste de comparação entre os grupos de idosas no domínio Preocupação pessoal.

Fonte: Pesquisa autoral.

*Teste Qui-Quadrado ao nível de 95% de confiança ($\alpha=0,05$). **Significância Estatística ($\alpha=0,05$).

Nesse domínio não houve diferença estatística em nenhuma respostas dos dois grupos de idosas avaliadas ($p > 0,05$).

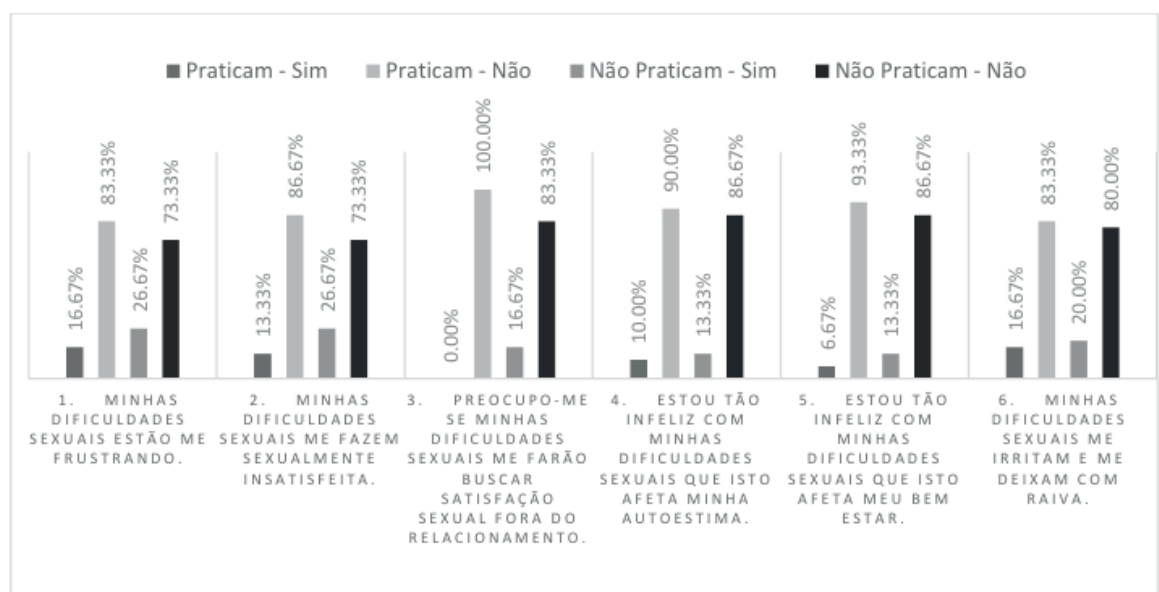


Figura 5-Gráfico de frequência de respostas entre os grupos de idosas no domínio Preocupação pessoal.

DISCUSSÃO

O mito da velhice assexuada atualiza-se no cotidiano, o que reforça a imagem de que o idoso que expressa à sexualidade com naturalidade apresenta desvio. Essa visão é considerada fruto de uma educação muito severa, cheia de conceitos e preconceitos repressores. Todos esses fatores acrescidos à falta de conhecimento induzem a uma atitude pessimista sobre o sexo na velhice. Durante muito tempo, a sociedade vem determinando certos padrões de comportamento, que limitam a sexualidade humana a um período compreendido entre a puberdade e o início da maturidade⁸.

Um estudo realizado, no qual o objetivo foi analisar e verificar os aspectos positivos e negativos da vida sexual na velhice, bem como o impacto ocasionado na qualidade de vida e bem estar do idoso. Participaram da pesquisa, 12 idosos do

gênero feminino e 07 idosos do gênero masculino, com idade partir dos 60 anos, alfabetizados e brasileiros. Os principais resultados encontrados foram: 33,33% com 65 anos e 66,64% casados; o Funcionamento Sensório obteve melhor resultado para as mulheres (3,92) e a Autonomia para os homens (3,75); 37,5% dos idosos avaliam o desempenho sexual como regular a bom e 33% das idosas como ruim; 50% dos homens afirmam ter desejo sexual e 33,33% das mulheres nunca tem desejo; 50% dos idosos raramente e 41.67% das idosas nunca tem orgasmo ou satisfação sexual⁹.

Em uma análise de uma pesquisa em que o objetivo foi investigar os fatores que interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas. A variável dependente, exercício da sexualidade, foi investigada nos aspectos: concepção sobre sexualidade, pensamento acerca do sexo, o que faz quando tem desejo por sexo, atividade sexual e auto-erotização. As variáveis: faixa etária, anos de estudo, religião, prática de exercício físico e insatisfação com a imagem corporal tiveram significância na correlação bivariada. O desejo por sexo e atividade sexual apresentou menores chances de estarem presentes para os idosos que praticavam exercício físico¹⁰.

As mulheres e os homens idosos têm uma percepção individualizada sobre sexo e a sexualidade, as mulheres por sua vez valorizam a sexualidade como um todo, que se caracteriza na troca de carinho, companheirismo, toque, troca de olhares, enquanto os homens por uma questão cultural atribuem extrema importância ao ato sexual, pois, este está relacionado aos aspectos da masculinidade, a virilidade para o homem representa a sua afirmação como homem¹¹. Na fisiologia feminina, as alterações se iniciam na fase da menopausa, com a diminuição dos hormônios pelos ovários; a pele tende a ficar mais fina e seca; a lubrificação vaginal diminui, podendo acontecer a dispareunia; o orgasmo fica em menor duração devido às contrações vaginais estarem mais fracas e em menor número¹².

Nos dados deste estudo em relação ao domínio de compatibilidade, o questionamento sobre “Às vezes acho que meu parceiro (a) e eu não combinamos no estilo e preferências sexuais”, apresentou diferença em relação aos grupos da pesquisa, em que o grupo de idosas não praticantes de atividade física apresentaram domínio sobre essa afirmativa, onde apenas 30% das idosas praticantes de atividade concordam com a afirmações enquanto 40% das idosas não praticantes concordam com o mesmo.

É importante que os profissionais de saúde possam cuidar dos idosos, considerando as questões apresentadas relacionadas à sexualidade, bem como a vivência da sexualidade como constituinte de envelhecimento com qualidade, possibilitando prática de cuidados livre de julgamentos e preconceitos. Tal amplitude propicia autonomia desses sujeitos, bem como possibilita espaços para discussões acerca saúde sexual, como a prevenção de DST's/HIV/Aids¹³.

A prática da atividade física tem sido orientada para o aprimoramento de funções fisiológicas dos sistemas cardiovasculares e musculoesqueléticos bem

como para estimular maior participação social e para melhor satisfação sexual ^{14, 15}. Neste estudo em relação aos domínios de contentamento na questão da existência de problemas importantes ou preocupações sobre sexo (excitação, orgasmo, frequência, compatibilidade, comunicação, etc.), onde 63,33% das idosas que não praticam exercício afirmam possuir algum tipo dos problemas citados acima enquanto apenas 16,67% das que praticam exercício afirmam o mesmo.

Na qualidade de vida de adultos sedentários e idosos ativos comparados em uma pesquisa, os idosos ativos, comparados aos adultos não ativos, percebem melhor qualidade de vida nos aspectos da vida ativa, do desempenho das atividades da vida diária, da aceitação da aparência física, satisfação financeira e disponibilidade de tempo para as atividades de lazer ¹⁶. As pessoas ativas fisicamente se avaliaram mais satisfeitos com sua vida sexual do que inativos, mostrando uma possível influência da atividade física sobre a imagem corporal e a satisfação consigo mesmo e com a vida sexual ¹⁷. Em relação a autoestima não houve diferença entre os grupos, o que pode ter ocorrido devido a limitação da população em estudo desta pesquisa. Neste sentido, verifica-se que nas idosas existem múltiplas formas de vivenciar a sexualidade ¹⁸.

CONCLUSÃO

As idosas que realizarão atividade física e as sedentárias se mostraram com autoestima igual nesta pesquisa, em relação à sexualidade as idosas sedentárias relatam ter maiores problemas em relação ao sexo e a comunicação com o seu companheiro. A autoestima e satisfação sexual são aspectos importantes para a consciência de si, que contribui para desenvolvimento de uma vida ativa e saudável. Este estudo poderá contribuir para a produção de novas investigações científicas.

REFERÊNCIAS

1. Souza M, Marcon SS, Bueno SMV, Carreia L, Baldissera VDA. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde e Sociedade* 2015; 24(3):936-44.
2. Oliveira LB, Baía RV, Delgado ART, Kay. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança* 2015; 13(2): 42-50.
3. Fleury HJ, ABDO CHN. Sexualidade da mulher idosa. *Diagn Tratamento* 2015; 20(3): 117-20.
4. Uchoa YS, Costa DCA, Junior IAPS, Silva STSE, Freitas WMTM, Soares SCS. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016;19(6): 939-49.
5. Frugoli A, Junior CAOM. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. *Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR* 2011;15(1):85-93.
6. Nogueira MML, Brasil D, Sousa MFB, Santos RL, Dourado MC. Sexual satisfaction in dementia.

7. Vila CP, Silva MEM, Simas JPN, Guimarães ACA, Parcias SR. Aptidão física funcional e nível de atenção em idosas praticantes de exercício físico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013;16(2):355-64.
8. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(8) 3533-42.
9. Santos DS, Rocha LF, Lacerda LS, Ramos PC. Opinião de homens e mulheres idosos sobre a vida sexual na velhice. Universidade são Judas Tadeu, 2013.
10. Silva MM, Vasconcelos ALR, Ribeiro LKNP. Epidemiological characteristics of AIDS cases in persons aged 60 years or older, Pernambuco State, Brazil, 1998 to 2008. *Cadernos de Saúde Pública* 2013;29(10):2131-35.
11. Castro SFF, et al. Sexualidade na terceira idade - a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE on line* 2013;7(10): 5907-14.
12. Mallmann DG, Neto NMG, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(6):1763-72.
13. Lima CFM, Trotte LAC, Souza TA, Ferreira AMO, Caldas CP. Sexualidade do cônjuge que cuida do idoso demenciado: revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de enfermagem* 2015;19(2): 211-17.
14. Marques ADB, Silva RP, Sousa SS, Santana RS, Deus SEM, Amorim RF. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2015; 5(3):1768-83.
15. Sousa AFL, Queiroz AAFLN, Mourão LF, Oliveira LB, Marques ADB, Nascimento LC. Sexuality for the ostomized woman: contribution to nursing care. *Revista de pesquisa e cuidado fundamental online* 2014;5(6):74-81.
16. Sonati JG, Virlata R, Maciel ES, Modeneze DM, Junior GBV, Lazari VO, et al. Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(4):731-39.
17. Santos SS. *Sexualidade e amor na velhice*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2013.
18. Oliveira LB, Baia RV, Delgado ART, Vieira KFL, Lucena ALR. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. *Revista Ciências da Saúde Nova Esperança* 2015;13(2):42-50.

O USO DE ÓRTESE NA OTIMIZAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE PARALISIA CEREBRAL - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Marcelo Monteiro de Castro Almeida

Acadêmico do curso de Medicina do Centro
Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Mineiros - Goiás

Maisa Ribeiro

Professora mestra do curso de Medicina do
Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Mineiros - Goiás

Nilo Machado Junior

Professor do Departamento de Enfermagem,
Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade
Católica de Goiás (PUC-GO)

Goiânia - Goiás

RESUMO: Este estudo realizou uma breve revisão sobre os benefícios do uso de órteses em crianças com sequelas de paralisia cerebral. Método: Trata-se de uma pesquisa exploratória. Foram pesquisados artigos e teses, na língua portuguesa e inglesa, nas bases de dados BIREME, SCIELO, LILACS, PUBMED e na biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Foram lidos 21 artigos e 1 tese de mestrado, destes foram selecionados 13 artigos, que contemplaram os critérios de inclusão, datados entre 2006 e 2013. Resultados: O estudo de Cury et al (2006), utilizando a *Physicians Rating Scale*, mostrou que o uso de órteses suropodálicas influenciou no posicionamento do pé ao contato inicial,

assim como a progressão de peso no decorrer da fase de apoio da marcha. Estes achados confirmam o de Naslund et al (2007), onde crianças com paralisia cerebral espástica que fazem uso de órteses suropodálicas apresentam melhora no equilíbrio dinâmico. Conclusões: As referências da literatura apontam que os usos de órteses ocasionam melhorias significativas no desempenho de atividades típicas das crianças como correr, transferir de diversas posturas, e nas locomoções em ambientes externos.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia cerebral. Órteses. Mobilidade. Funcionalidade.

THE ORTHOSES FUNCTIONAL MOBILITY IN OPTIMIZATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY- A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: This study conducted a brief review of the benefits of using orthoses in children with sequelae of cerebral palsy. Methods: This was an exploratory research. We searched articles and theses, in Portuguese and English, in databases BIREME, SCIELO, LILACS, and PubMed in the library of the Catholic University of Goiás (PUC-GO). Were read 21 articles and one master's thesis, these selected 13 articles, which contemplated the inclusion criteria and, dated between 2006 and 2013. Results: The study Cury et al (2006), using the Physicians

Rating Scale showed that the use of kafo orthoses influenced the positioning of the foot at initial contact, as well as the progression of weight during the stance phase of gait. These findings confirm the Naslund et al (2007), where children with spastic cerebral palsy who use kafo orthotics feature improves dynamic balance. Conclusions: The literature references indicate that the use of orthoses cause significant improvements in the performance of activities typical of children as running, transferring various postures and locomotion in the outdoors.

KEYWORDS: Cerebral palsy. Orthotics. Mobility. Functionality.

1 | INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC), também denominada encefalopatia crônica não progressiva da infância, é o resultado de uma lesão estática, que ocorre no período pré, peri ou pós-natal que atinge o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional (Jerônimo *et al.* 2007). É uma disfunção predominantemente sensório-motora, envolvendo distúrbios no tônus musculares, postura e movimentação voluntária (Shepherd, 1996; WHO, 2001; Ries *et al.* 2012). Estes distúrbios interferem diretamente no ganho de capacidades motoras na infância, que são fundamentais para o desempenho de atividades da vida diária e desenvoltura adequada da marcha (Burtner *et al.* 1999; Cury *et al.* 2006).

Embora a PC apresente uma taxa de incidência significativa, de 2 a 3 indivíduos por 1000 nascidos vivos, em países desenvolvidos (WHO, 2001) no Brasil os dados epidemiológicos ainda são pouco conclusivos (WHO, 2001). Estudos apontam que a falta de assistência adequada a mãe e ao bebê no período peri e pós-natal, aumentam os índices da Paralisia Cerebral (Shepherd, 1996; Burtner *et al.* 1999; Cury *et al.* 2006; Ries *et al.* 2012).

A locomoção é uma das funções motoras que, frequentemente, se encontra alterada em crianças portadoras de PC, em comparação com crianças não patológicas (Prudente, 2006). A PC interfere no aprendizado de habilidades motoras na infância comprometendo o bom desempenho de diversas atividades do cotidiano (Cury *et al.* 2006). Assim, considerando o contexto ambiental e de saúde dos indivíduos acometidos, bem como as suas particularidades observa-se que, na tentativa de melhorar sua desenvoltura esses pacientes podem provocar alterações estruturais dos membros inferiores, encurtamentos, deformidades e prejuízos na dinâmica da marcha (Suputtitada, A. 2000; Roque *et al.* 2012).

Nesse contexto, as órteses de posicionamento são, usualmente, empregadas no tratamento de crianças portadoras de paralisia cerebral. O suporte biomecânico oferecido pelas órteses suropodálicas, por exemplo, tem o intuito de minimizar ou corrigir o padrão eqüino de marcha assumido por algumas destas crianças, gerando benefícios como a melhora da qualidade de marcha e a prevenção de deformidades de tornozelo e pé (Koman *et al.* 2000; Roque *et al.* 2012).

Ao se utilizar a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) (WHO, 2001), para organizar as evidências disponíveis na literatura, observa-se que a maioria das pesquisas que investigaram o efeito de órteses em crianças portadoras de PC informam sobre o impacto desse dispositivo em variáveis que demonstram o domínio de estrutura e função do corpo (Haideri *et al.* 1995).

Informações sobre o impacto de orteses no desempenho de atividades e tarefas da rotina diária das crianças com paralisia cerebral não têm sido disponibilizadas com a mesma frequência. Entretanto, tais conhecimentos são indispensáveis para profissionais que trabalham com esse grupo, pois possibilitam orientar procedimentos de avaliação e de intervenção, uma vez que a indicação para o uso de órteses visa à prevenção de deformidades e a facilitação de atividades motoras (Cury *et al.* 2006).

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho consiste em uma revisão da literatura científica que aborda o uso de órtese para o tratamento de crianças com paralisia cerebral. Foi realizada uma busca eletrônica de artigos e teses nas bases de dados BIREME, SCIELO, LILACS e PUBMED e na biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, partindo das seguintes palavras-chave: paralisia cerebral, órteses, mobilidade, funcionalidade nos idiomas português e inglês.

Os critérios para seleção dos estudos foram: publicações entre 2006 e 2013; estudos clínicos, teses, e revisões de literatura, com ênfase no uso de órteses na otimização da mobilidade funcional de crianças portadoras de paralisia cerebral. Os critérios de exclusão foram: publicações com datas anteriores a 2006 e com temática não relacionada ao tema proposto pelo autor.

Foram lidos 21 artigos e 1 tese de mestrado, destes selecionados 13 artigos datados entre o ano de 2006 a 2013 que atenderam aos critérios de inclusão.

3 | RESULTADOS

Foram selecionados 13 artigos que contemplaram os critérios de inclusão, dentre eles o artigo mais recente data o ano de 2013. Os artigos selecionados encontram-se descritos no quadro 1.

Autor/Rev./Ano	Tipo de Estudo	Casuística	Resultados	Considerações e Comentários
Cury V.C.R. et al./Rev. Bras.Fisio./2006.	Estudo Transversal	20 crianças foram avaliadas utilizando-se o teste <i>Gross Motor Function Measure</i> (GMFM), a versão modificada da avaliação da marcha <i>Physicians Rating Scale</i> (PRS) e entrevista com os pais para avaliar o uso de órteses na rotina diária.	O teste de ANOVA que foi utilizado para avaliar o efeito do uso de órtese na mobilidade funcional das crianças revelou médias significativamente superiores na condição com órtese durante o desempenho motor grosso e na marcha. Entrevistas informam que o uso de órteses estava inserido na rotina diária e os pais demonstram percepção positiva com relação ao uso deste dispositivo.	O teste de ANOVA que foi utilizado para avaliar o efeito do uso de órtese na mobilidade funcional das crianças revelou médias significativamente superiores na condição com órtese durante o desempenho motor grosso e na marcha. Entrevistas informam que o uso de órteses estava inserido na rotina diária e os pais demonstram percepção positiva com relação ao uso deste dispositivo.
Christofoletti G et al./Fisiot em Mov./2007.	Estudo de Corte Transversal Descritivo	33 crianças foram avaliadas por meio do questionário AUQUEI modificado. Esse questionário é composto por 40 itens relacionados aos domínios: Atividade, saúde, função e separação, e as respostas foram classificadas em muito triste, triste, feliz e muito feliz.	Das 33 crianças, 5 (15,16%) foram diagnosticadas tetraplégicas, 9 (27,28%) diparéticas e 19 (57,56%) hemiparéticas. Dos tetraplégicos, 40% não apresentam marcha independente, dos que apresentam, 20% ficam tristes quando correm. Todos se sentem tristes quando pegam objetos com a mão comprometida.	Os dados refletem uma heterogeneidade das respostas analisadas, segundo o grau de comprometimento motor, influenciado assim, na QV. Uma intervenção interdisciplinar é indispensável para melhor promoção de saúde.
Naslund A. et al./J Rehabil Med./2007	Estudo experimental. (Ensaio Clínico Randomizado)	6 crianças com diplegia espástica (com nível de sistema de classificação bruto III-IV da função motora grossa) e 6 controles.	Para crianças com diplegia espástica severa que desgastam órteses dinâmicas de tornozelo-pé devido a coordenação a velocidade diferiu a respeito da amplitude temporal de picos da velocidade. Durante o alcançar, estas crianças ausentaram da ação recíproca de força no ato de empurrar com a interação da coordenação muscular do tornozelo na descarga de peso quando comparada ao grupo controle.	Os resultados sugerem diferenças no desempenho, alcance e ajustes posturais para controle de equilíbrio durante um movimento, atingindo em pé entre as crianças com diplegia espástica (GMFCS nível III-IV), desgastando mais as órteses dinâmicas de tornozelo-pé, quando comparadas as de movimento típico.
Jerônimo BP et al./Rev. Bras. Fisio./ 2007	Estudo Controlado	5 crianças foram submetidas à eletroestimulação no músculo tibial anterior durante 12 sessões (3 vezes por semana). Para coleta de dados biomecânicos foi realizada análise da marcha através do sistema <i>Peak Motus</i> versão 7.0 com duas câmeras de vídeo SVHS com taxa de aquisição de 60 Hz. Para reconstrução tridimensional dos movimentos foi utilizado o método <i>Direct Linear Transformation</i> (DLT).	Após a intervenção, todas as crianças apresentaram diferenças menores entre o comprimento dos passos do diminuído plégico e não plégico ($p=0,009$). Observou-se o aumento no comprimento do ciclo em quatro crianças. Duas crianças tiveram aumento na cadência, velocidade e tempo de apoio simples do diminuído plégico.	Foi verificada a melhoria da simetria da marcha relacionada ao comprimento do passo antes e após a intervenção, embora o aumento nas variáveis espaço temporais não tenha ocorrido da mesma maneira para todas as crianças. Apesar das dificuldades em se obterem amostras maiores e mais homogêneas em estudos desse tipo, os dados sugerem a necessidade de identificação e maior controle das variáveis intervenientes no tratamento e na marcha de crianças portadoras de paralisia cerebral.

<p>Kleiner A.F.R. et al./ Ver Port Cien Desp./ 2008.</p>	<p>Estudo randomizado</p>	<p>68 portadoras de paralisia cerebral espástica, sendo 30 diplégicos, 23 hemiplégicos e 15 tetraplégicos. Estes também foram distribuídos em 3 grupos etários: grupo crianças (4-12anos); grupo jovens (13-19 anos) e grupo adultos(20-45 anos). A mobilidade funcional foi avaliada pela Escala de Mobilidade Funcional (EMF). O tempo gasto e a classificação na escala foram tratados por meio de ANOVAS não paramétricas, separadamente para o tipo e o grupo etário em 3 distâncias: 5m, 50m e 500 m.</p>	<p>Os resultados não evidenciaram diferenças quanto ao grupo etário e apontaram que indivíduos com paralisia cerebral espástica hemiplégica obtiveram melhores resultados para todas as distâncias percorridas.</p>	<p>O comprometimento segmentar e o repertório motor afetam a mobilidade funcional.</p>
<p>Chagas P.S.C et al./ Rev Bras Fisio./ 2008.</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>30 crianças com paralisia cerebral (PC), classificadas pelo sistema <i>Gross Motor Function Classification System</i> (GMFCS) e <i>Manual Abilities Classification System</i> (MACS) e divididas em três grupos, de acordo com a sua classificação em cada um destes sistemas em leve, moderado, e grave. A função motora grossa foi documentada pelo <i>Gross Motor Function Measure</i> (GMFM-66), e as habilidades funcionais do cuidador, pelo <i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i> (PEDI).</p>	<p>O teste <i>One Way</i> (ANOVA) demonstrou diferenças significativas entre os grupos nos resultados do GMFM-66 e do teste PEDI. Testes de comparação <i>Post-Hoc</i> (<i>Scheffé</i>) revelaram que crianças com comprometimento moderado (GMFCS) apresentaram habilidades funcionais e receberam assistência do cuidador semelhantes às crianças leves. Entretanto, crianças moderadas (MACS) assemelharam-se às graves. Índices de correlação de Spearman rank demonstraram associação inversa, significativa e de magnetude forte entre as classificações funcionais e os resultados dos testes PEDI e GMFM-66.</p>	<p>Os resultados sugerem que as classificações funcionais MACS e GMFCS são bons indicadores da função manual e da mobilidade de crianças com paralisia cerebral (PC), podendo ser úteis nos processos de avaliação e planejamento de intervenção.</p>
<p>Vasconcelos R.L.M. et al./ Rev Bras Fisio./ 2009.</p>	<p>Estudo Analítico de corte transversal</p>	<p>70 crianças/famílias com idades de 4 a 7,5 anos, atendidas no Centro de Reabilitação Infantil por meio do <i>Pediatric Evaluation Disability Inventory</i> (PEDI) e do <i>Gross Motor Function Classification System</i> (GMFCS). A análise dos dados foi realizada por meio da ANOVA e teste de correlação de Pearson.</p>	<p>Os resultados indicaram importante variabilidade funcional das crianças com paralisia cerebral (PC) em diferentes níveis de severidade da disfunção motora. Essa variação foi observada nos domínios mobilidade, autocuidado e função social. Os resultados apresentaram também forte correlação entre os mesmos.</p>	<p>Diante da variabilidade apresentada pelas crianças percebe-se a necessidade de aplicação do PEDI e GMFCS, o que parece aumentar o entendimento sobre a relação entre funções motoras grossas e atividades de vida diária. Essa correlação demonstra o quanto a mobilidade é determinante para avaliar o desempenho funcional e orientar a prática terapêutica no sentido de desenvolver as potencialidades das crianças, bem como orientar o cuidador na estimulação.</p>

<p>Dini P.D & David A.C./ Rev. Bras. Fisio./ 2009.</p>	<p>Estudo Transversal Controlado</p>	<p>17 crianças divididas em dois grupos: um grupo com 9 crianças com paralisia cerebral (PC) do tipo hemiplégica espástica e um grupo com 8 crianças normais que foram avaliadas pelo mesmo pesquisador em duas sessões diferentes, com intervalo de uma semana entre as sessões. As crianças caminharam em velocidade auto-selecionada e foram utilizadas seis tentativas nas sessões 1 e 2 para representar a média.</p>	<p>Crianças com paralisia cerebral apresentam menos velocidade e comprimento do ciclo que as crianças normais para as sessões 1 e 2. Para os parâmetros espaço temporais, os dois grupos apresentaram valores de Coeficiente de correlação intraclassa (ICC) de excelentes a moderados, ou seja, maior do que 0,70.</p>	<p>Pode-se concluir que os dois grupos apresentaram níveis bons de repetibilidade para todos os parâmetros analisados quando seis tentativas foram utilizadas para representar a média.</p>
<p>Nascimento L.R et al./ Rev Bras Fisio./2009</p>	<p>Revisão Sistemática de literatura com ensaios clínicos aleatórios.</p>	<p>O propósito desse estudo foi conduzir uma revisão sistemática de literatura para os efeitos da terapia de restrição de movimento induzido (TMIR) em crianças com hemiparesia devido a paralisia cerebral.</p>	<p>5 estudos preencheram os critérios de inclusão. A qualidade metodológica variou entre 2 e 6 (4.4 ± 1.36) de acordo com a escala de PEDI. Os estudos incluídos envolveram um total de 99 indivíduos e demonstraram efeitos positivos da TMIR em comparação a outras estratégias de reabilitação ou ausência de terapia. Entretanto, foram encontradas variações consideráveis nos estudos em relação aos instrumentos de medidas utilizados e os desfechos dos estudos.</p>	<p>Embora os estudos tenham alcançado resultados positivos, a definição de uma conclusão sobre a efetividade da TMIR é dificultada em função do pequeno número de estudos e suas diferenças metodológicas.</p>
<p>Cury V.C.R et al./ Rev Bras Fisio./2009</p>	<p>Estudo randomizado</p>	<p>Amostra de conveniência de crianças com PC espástica (n=35). As medidas incluíram: melhora quantitativa nas habilidades motoras e na independência em mobilidade aos três e seis meses após a aplicação da toxina botulínica (TBA). Esses desfechos foram observados por meio de aplicações repetidas dos testes funcionais <i>Gross Motor Function Measure</i> (GMFM) e <i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i> (PEDI). Esses testes avaliaram funções motoras grossas durante a manutenção e transição de posturas (sentadas e de pé) além de atividades dinâmicas: andar, correr e pular e a independência da criança em tarefas de mobilidade.</p>	<p>Foram gerados quatro modelos preditivos (R^2 entre 0,58 e 0,83; $p < 0,05$), dois aos três e dois aos seis meses após a aplicação da TBA, a partir da análise de CART. Os resultados indicaram que crianças com melhor qualidade de marcha, menor repertório de habilidades da função motora, menor independência na locomoção e idade menor que quatro anos e seis meses pré TBA apresentaram maior ganho de habilidades motoras e de independência em mobilidade.</p>	<p>Os resultados identificaram parâmetros clínicos importantes de serem documentados em crianças com paralisia cerebral (PC) submetidos a aplicação da toxina botulínica (TBA) para prever desfechos funcionais.</p>

<p>Roque A.H. et al./ Fisiot em Mov./ 2012</p>	<p>Estudo de Controle Observacional e Transversal</p>	<p>15 indivíduos com idades entre 4 e 14 anos (médias de 8,33 +- 2,74) 7 do sexo masculino e 8 do sexo feminino, divididos em dois grupos: o grupo controle (GC) com 6 participantes e o grupo estudado (GE) com 9 crianças com paralisia cerebral (PC) diparética espástica. Para análise do equilíbrio estático utilizou-se uma plataforma de pressão (<i>Medicapeurs Fusyo</i>) e a coleta foi realizada com a criança em pé, em duas condições: com órteses e sem órteses.</p>	<p>O grupo estudado (GE) sem órteses apresentou maior oscilações, estaticamente significantes, no sentido médio-lateral e na área total de oscilação quando comparado ao desempenho do grupo controle (GC).</p>	<p>Os resultados apresentados sugerem que a utilização de órteses para membros inferiores possa influenciar no equilíbrio estático, diminuindo a oscilação durante a postura ortostática estática.</p>
<p>Geruza P.B et al./ Rev Bras Fisio./2012</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Desordres da marcha são comuns em crianças com paralisia cerebral (PC) diparética espástica. Com intuito de aprimorar a marcha dessas crianças e quantificar os desfechos de tal intervenção, torna-se necessário que se faça uma análise instrumentada pré e pós intervenção. Este estudo foi realizado através de análise da marcha por meio das escalas <i>Edinburgh Visual Gait Scale</i> (EVGS), <i>Visual Gait Assessment Scale</i> (VGAS) e Escala Observacional da Marcha (EOM), envolvendo 8 crianças com PC diparética espástica, nível I ou II do GMFCS, avaliados por três examinadores.</p>	<p>O estudo intra-avaliadores mostrou que a concordância entre os métodos na classificação dos sujeitos foi de moderada a excelente ($k=0,41, 1,00$), sendo a comparação entre a VGAS e a EVGS a de maior índice de concordância, enquanto a EOM obteve grande discordância em comparação as outras escalas. A concordância interavaliadores se mostrou predominantemente alta.</p>	<p>Os resultados fornecem evidências de que a VGAS e a EVGS são mais adequados para avaliação da marcha em crianças com paralisia cerebral (PC) diparética espástica, quando comparadas com a Escala Observacional da Marcha (EOM).</p>

<p>Grecco L.A.C et al./ Braz Jour of PhysTherapy./2013</p>	<p>Estudo Randomizado Controlado</p>	<p>Um estudo randomizado controlado, com o avaliador “cego”, foi realizado com crianças com paralisia cerebral (PC) entre 3 e 12 anos de idade classificadas em níveis I a III da <i>Gross Motor Function Classification System (GMFCS)</i>. As avaliações foram antes e depois da intervenção e envolveu a escala de equilíbrio de BERG, bem como a determinação das oscilações do centro de pressão na direção médio-lateral e antero-posterior com os olhos abertos e fechados. O grupo experimental foi submetido a treinamento em esteira e o grupo controle realizou marcha sobre o solo. A intervenção consistiu em em duas sessões de 30 minutos por semana, durante sete semanas.</p>	<p>Ambos os grupos apresentaram melhor equilíbrio funcional após a aplicação do protocolo. O grupo experimental apresentou maiores pontuações na Escala de Equilíbrio de Berg, e exibiu menor oscilação médio-lateral com os olhos abertos, em comparação ao grupo controle</p>	<p>O treinamento em esteira teve um efeito maior sobre o equilíbrio funcional e a oscilação médio-lateral, em comparação com o grupo de treino de marcha sobre o solo em crianças com paralisia cerebral. Registro de Julgamento: RBR -5v3kg9 (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos).</p>
--	--------------------------------------	--	---	--

Quadro 1: Artigos que abordam utilização de órteses e sua possível correlação com encefalopatias crônicas não progressivas entre o ano de 2006 e 2013.

4 | DISCUSSÃO

Um estudo realizado por Cury et al (2006), utilizando um instrumento de análise qualitativa da marcha em versão modificada da *Physicians Rating Scale (PRS modificada)*, mostrou que o uso das órteses suropodálicas influenciou, principalmente, em fatores como o posicionamento do pé no contato inicial, assim como a progressão de sua distribuição de peso no decorrer da fase de apoio, resultando na diminuição do equinismo dinâmico (Shepherd, 1996). Estes achados confirmam os de outros estudos que foram realizados por Naslund et al (2007), onde crianças com paralisia cerebral espástica que fazem uso de órtese suropodálica apresentam melhora no equilíbrio durante a marcha (Näslund *et al.* 2007).

O estudo de Christofolletti et al (2007), corrobora com Cury et al (2006), afirmando que deve-se considerar o uso das órteses como meio facilitador na marcha, auxiliando em sua autonomia e independência, porém, muitas vezes é vista com preconceito pela nossa sociedade. Roque et al (2011), corrobora com Christofolletti et al (2007), Cury et al (2006) e Dini et al (2009), ao relatar que em seu estudo, crianças com paralisia cerebral apresentam menor oscilação da área total de seus centros de pressão (COP), com a utilização da órtese, demonstrando os benefícios de sua utilização não apenas no equilíbrio funcional, mas em seu equilíbrio estático (Christofolletti *et al.* 2007; Dini e David, 2009).

O desenvolvimento neuropsicomotor das crianças com paralisia cerebral deve

ser constantemente estimulado, Vasconcelos et al (2009), relatam que embora o comprometimento neuromotor influencie o desempenho funcional das crianças classificadas em categoria extrema, o indivíduo cuidador pode influenciar, diretamente o desempenho motor de crianças, com déficit motor moderado. Quando o cuidador não o faz, as crianças se tornam mais dependentes que as crianças com déficit motor leve, apesar de seus comportamentos serem semelhantes (Vasconcelos *et al.* 2009).

De forma conjunta ao estímulo neuropsicomotor, a atividade física é de extrema importância na maior independência e autonomia do portador de paralisia cerebral. Kleiner et al (2008), afirma que a função motora dos portadores de paralisia cerebral é influenciada primariamente pelos sinais negativos, dos quais especialmente destaca-se a fraqueza muscular. O nível de atividade física, a diminuição dos impulsos motores, as mudanças nas propriedades elásticas dos músculos, a alteração nas vias de inibição recíproca dos músculos agonistas e antagonistas, e a espasticidade podem contribuir para a fraqueza muscular, além disso o nível de força no membro inferior, interfere na velocidade do ato de andar (Kleiner *et al.* 2008).

O estudo realizado Jerônimo et al (2007), nos revela que a técnica de eletroestimulação do musculo tibial anterior utilizando um aparelho de estimulação elétrica funcional (FES), observou melhora na simetria do comprimento do passo em todos os sujeitos representada pela simetria da marcha ($p=0,009$) e também aumento no comprimento do ciclo de marcha em 4 das 5 crianças de sua amostragem, aproximando-se dos valores encontrados para crianças saudáveis da mesma faixa etária (Jerônimo *et al.* 2007).

Além do uso de estimulação elétrica funcional, a aplicação de toxina botulínica para tratar de crianças com paralisia cerebral espástica também comprovam resultados positivos na melhoria da marcha. Cury et al (2009), relatam que os benefícios primários da aplicação da toxina botulínica incluem a redução do quadro de espasticidade de um musculo, ou de um grupo de musculos, com duração variável de dois a seis meses, dependendo das variações individuais de cada um, e da dose aplicada, isto associado com o tratamento fisioterapêutico e ao uso de órteses podem levar a melhorias significativas da marcha infantil (Cury *et al.* 2009)

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura pesquisada faz referências favoráveis ao uso de órteses suropodálicas, proporcionam diversos benefícios como: desempenho motor grosso e nos parâmetros qualitativos da marcha de crianças com paralisia cerebral.

Quanto aos parâmetros qualitativos da marcha, o uso das órteses suropodálicas influencia, principalmente, o posicionamento do pé no contato inicial, assim como a progressão da distribuição de peso durante a fase de apoio, com redução do equinismo dinâmico. Já em crianças com paralisia cerebral do tipo diparética espástica, a

órtese suropodálica fixa reflete em menor oscilação do centro de pressão, no sentido médio-lateral e na área total de oscilação, ou seja, em melhor equilíbrio estático. Com a utilização desse tipo de órtese, as crianças com paralisia cerebral apresentam oscilação semelhante às crianças sem comprometimento neurológico.

Foi constatado que a utilização das órteses suropodálicas resultam em uma melhora no desempenho de atividades típicas da infância como: correr, transferir de diversas posturas e nas locomoções em ambientes externos. Ocasionalmente uma maior estabilidade do pé devido ao maior grau de dorsiflexão na fase de contato inicial da marcha dessas crianças, sendo a posição de ajuste máximo da articulação e no posicionamento plantígrado durante a fase de apoio da marcha.

Deve-se reforçar a indicação das órteses suropodálicas como auxiliares a outras técnicas de tratamento da criança portadora de paralisia cerebral, quando com o objetivo de melhorar a qualidade da locomoção e facilitar a mobilidade funcional. Porém, estudos adicionais devem ser realizados com um número maior de participantes a fim de que os resultados sejam explorados de uma forma mais ampla.

REFERÊNCIAS

Araújo, P.; Kirkwood, R.; Figueiredo, E. **Validade e confiabilidade intra e interexaminadores da Escala Observacional de Marcha para crianças com paralisia cerebral espástica.** Brazilian Journal of Physical Therapy. v. 13, n. 03, p. 267-273, 2009.

Bella, G.P.; Rodrigues, N.B.B.; Valenciano, P.J. et al. **Correlação entre a Visual Gait Assessment Scale, Edinburgh Visual Gait Scale e Escala Observacional da Marcha em crianças com paralisia cerebral diparética espástica.** Revista Brasileira de Fisioterapia. v. 16, n. 02, p. 134-40, 2012.

Burtner, P.A, Woollacott, M.H. e Qualls, C. **Stance balance control with orthoses in a group of children with spastic cerebral palsy.** Developmental medicine and child neurology. v. 41, n.11, p.748-757, 1999.

Chagas, P.; Defilipo, E.; Lemos, R. **Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral.** Revista Brasileira de Fisioterapia. v. 12, n. 05, p. 409-416, 2008.

Christoletti, G.; Hygashi, F.; Godoy, A.L.R. **Paralisia cerebral: uma análise do comprometimento motor sobre a qualidade de vida.** Fisioterapia em Movimento. v. 20, n. 01, p. 37-44, 2007.

Cury, V.; Mancini, M.; Fonseca, S. et al. **Predicting mobility gains among children with cerebral palsy after application of botulinum toxin A.** Brazilian Journal of Physical Therapy. v. 13, n. 01, p. 44-51, 2009.

Cury, V.; Mancini, M.; Melo, A. et al. **Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral.** Revista Brasileira de Fisioterapia. v. 10, n. 01, p. 67-74, 2006.

Dini, P.; David, A. **Repetibilidade dos parâmetros espaço-temporais da marcha: comparação entre crianças normais e com paralisia cerebral do tipo hemiplegia espástica.** Brazilian Journal of Physical Therapy. v. 13, n.03, p. 215-222, 2009.

- Grecco, L.A.C.; Tomita, S.M.; Christovão, T.C.L. et al. **Effect of treadmill gait training on static and functional balance in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial.** Revista brasileira de fisioterapia. v. 17, n. 01, p. 17-23, 2013.
- Haideri, N.; Song, K.; Wilson, H. et al. **The effects of solid and articulating ankle foot orthoses during sit-to-stand in young children with spastic diplegia.** Gait & Posture. v. 03, n. 02, p.98, 1995.
- Jerônimo, B.; Silveira, J.; Borges, M. et al. **Variáveis espaço-temporais da marcha de crianças com paralisia cerebral submetidas a eletroestimulação no músculo tibial anterior.** Revista Brasileira de Fisioterapia. v. 11, n.04, p. 261-266, 2007.
- Kleiner, A.; Ayres, T.; Saraiva, P. et al. **Mobilidade funcional em indivíduos com paralisia cerebral espástica de acordo com o tipo e a idade.** Revista Portuguesa de Ciências do Desporto. v.08, n.03, p. 406-413, 2008.
- Koman, L.A.; Mooney, J.F.; Smith, B.P. et al. **Botulinum toxin type A neuromuscular blockade in the treatment of lower extremity spasticity in cerebral palsy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.** BOTOX Study Group. Journal of pediatric orthopedics. v. 20, n.01, p. 108-115, 2000.
- Nascimento, L.; Glória, A.; Habib, E. **Effects of constraint-induced movement therapy as a rehabilitation strategy for the affected upper limb of children with hemiparesis: systematic review of the literature.** Brazilian Journal of Physical Therapy. v. 13, n. 02, p. 97-102, 2009.
- Näslund, A.; Sundelin, G.; Hirschfeld H. **Reach performance and postural adjustments during standing in children with severe spastic diplegia using dynamic ankle-foot orthoses.** Journal of rehabilitation medicine. v. 39, n. 09, p. 715-723, 2007.
- Prudente, C.O.M. **Comportamento motor em crianças com paralisia cerebral: Efeitos do treino de marcha em esteira com suspensão de peso e conceito neuroevolutivo bobath associado ou não ao reforço tangível.** Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2006. p. 1–47.
- Ries, L.G.K.; Michaelsen, S.M.; Soares, P.S.A. et al. **Cross-cultural adaptation and reliability analysis of the Brazilian version of Pediatric Balance Scale (PBS).** Brazilian Journal of Physical Therapy. v. 16, n.03, p. 205-215, 2012.
- Roque, A.H.; Kanashiro, M.G.; Kazon, S et al. **Análise do equilíbrio estático em crianças com paralisia cerebral do tipo diparesia espástica com e sem o uso de órteses.** Fisioterapia em Movimento. v. 25, n. 02, p. 311-316.
- Shepherd, R.B. **Fisioterapia em Pediatria.** São Paulo: Santos Livraria Editora; p. 110–44, 1996.
- Suputtitada, A. **Managing spasticity in pediatric cerebral palsy using a very low dose of botulinum toxin type A: preliminary report.** American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists. v. 79, n.04, p.320-326, 2000.
- Vasconcelos, R.L.M.; Moura, T.L.; Campos, T.F. et al. **Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor.** Brazilian Journal of Physical Therapy. v. 13, n. 04, p. 390-397, 2009.
- World Health Organization.** International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 2001.

PROTOCOLO DE MANIPULAÇÃO ARTICULAR E MIOFASCIAL PARA ALÍVIO TOTAL DA DOR EM ALGIAS INESPECÍFICAS DE COLUNA

Maria Emília Ferreira Ramos

Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Interamericana de Porto Velho - UNIRON-RO.

e-mail: mariaramos.fisio@gmail.com

Priscila Menon dos Santos

Prof.^a Ms. do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade Interamericana de Porto Velho - UNIRON-RO.

e-mail: priscilamenon.ft@gmail.com

RESUMO: O propósito desta pesquisa foi aplicar protocolo de manipulação articular e miofasciais, no alívio imediato da dor em indivíduos com algias vertebrais não específicas em uma sessão, logo fizeram parte da mesma 30 voluntários, com dores nos seguimentos anatômicos lombar, cervical e torácica, sendo (40% homens e 60% mulheres) com idade de desvio padrão 35,4±9,3 anos e IMC com mediana de 26,5 kg/m². Foram submetidos à ficha de protocolo de avaliação fisioterapêutica, Escala Visual Analógica (EVA), para avaliar a presença de restrições de movimento através do diagrama Maine, potencializando os resultados obtidos através da utilização da fotogrametria. Os dados foram coletados antes e após aplicação do protocolo de manipulação por meio da Liberação de Piriforme, Liberação de Iliopsoas, Normalização pélvica - sacra e ilíacos, Normalização da charneira toracolombar - T12/

L1, Normalização do vértice torácico - T9/T4, Normalização da charneira cervicotorácica - T1/C7, Normalização do pivô cervical alta e baixa - C2 e C5, Normalização da OAA - occipital, alta e axis, Resultado apresenta melhora no nível da dor avaliado pela EVA, sendo comparada pré atendimento em média 7,8±2,124 e pós atendimento (p = 0,0001). No final da aplicação do protocolo de manipulação, foram novamente questionados quanto ao nível de dor, sendo neste momento, 100% da amostra referiu ausência de dor, ou seja, zero na EVA, quando comparado à condição inicial pré-tratamento. Em suma o protocolo de manipulação empregado observase uma redução significativa da algia do pré e pós-intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Manipulações Musculoesqueléticas, Dor crônica, Dor lombar.

PROTOCOL OF JOINT AND MYOFASCIAL MANIPULATION FOR COMPLETE PATIENT RELIEF IN UNSPECIFIC BACK PAIN

ABSTRACT: The purpose of this research was to apply manipulative and myofascial techniques in the immediate relief of pain in individuals with unspecified vertebral arteries in one session, as well as 30 volunteers with pains in the lumbar, cervical and thoracic anatomical (40% men and 60% women) with an age of standard deviation

35.4 ± 9.3 years and BMI with a median of 26.5 kg / m². They were submitted to the physical therapy protocol, Visual Analog Scale (EVA), to evaluate the presence of movement restrictions through the Maine diagram, enhancing the results obtained through the use of photogrammetry. The data were collected before and after application of the manipulation protocol by means of the Piriformis Release, Iliopsoas Release, Pelvic - sacral and iliac Normalization, Toracolumbar hinge normalization - T12 / L1, T9 / T4 normalization of thoracic vertebrae, Standardization of cervicothoracic hinge - T1 / C7, normalization of cervical pivot high and low - C2 and C5, normalization of OAA - occipital, high and axis, Result presents improvement in the level of pain evaluated by VAS, compared to pre-service on average 7.8 ± 2,124 and post-treatment (p = 0.0001). At the end of the application of the manipulation protocol, they were again questioned about the level of pain, at which point, 100% of the sample referred to absence of pain, that is, zero in the VAS, when compared to the initial pre-treatment condition. In summary, the manipulation protocol employed shows a significant reduction of the alg of the pre and post intervention.

KEYWORDS: Musculoskeletal Manipulations, Chronic Pain, Chronic Pain

INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira preconiza as doenças crônicas como sendo facilitadoras das condições limitantes do sistema musculoesquelético na fase laboral da vida do indivíduo. Foram ressaltadas que morbidades crônicas, como dores lombares, dores torácicas, cefaleias, cervicalgias, transtornos dos discos intervertebrais, espondiloses e radiculopatias, propiciam aos indivíduos diferentes níveis de incapacidade funcional (OLIVEIRA. et al. 2015; ALFIERI. et al. 2016).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, realizada pela a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE, no ano de 2003 e 2008, as doenças da coluna foram as mais relevantes entre as 12 doenças crônicas, pesquisadas nas capitais e municípios das grandes regiões brasileiras. Fizeram parte desta pesquisa indivíduos a partir dos 18 anos de idade de ambos os sexos, sendo que 13,5% da amostra apresentou alguma morbidade de coluna vertebral. Sendo assim, foi classificada como sendo a segunda causa principal de invalidez precoce dos trabalhadores (OLIVEIRA. et al. 2015; GUTERRES. et al. 2011; NASCIMENTO. et al. 2015).

De acordo com Ferreira (2011), as transformações corporais do ser humano em decorrência da idade levam ao desgaste nos seguimentos anatômicos de sustentação e estabilização da coluna alterando a biomecânica e a fisiologia, e, como consequências surgem limitações funcionais crônicas que desencadeiam a dor, em diferentes níveis de intensidade. Segundo o comitê *International Association for the Study of Pain*, depois de várias alterações ocorridas na década de 70, definiu-se que a dor seria uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a

um dano tecidual. Posteriormente, na década de 90, esse mesmo comitê, destacou que a prevalência da dor é definida e observada por cada indivíduo através de suas experiências como sendo o fenômeno dor (ALMEIDA et al. 2010).

Neste sentido, as causas de dores podem ser decorrentes de diversos fatores, entre eles doenças inflamatórias, degenerativas, neoplásicas, defeitos congênitos, debilidade muscular, entre outros. Portanto, existe um questionamento sobre qual a melhor forma de tratar esses pacientes portadores de dores crônicas, principalmente, considerando que já são pacientes que possuem outras comorbidade associadas, em decorrência da cronicidade do quadro. Esta colocação corrobora com a grande demanda em centros hospitalares e clínicos de pacientes acometidos por dor crônica, indicando o aumento das despesas em cuidados com a saúde, proporcionando altos custos aos cofres públicos e privados, visto que no universo das dores crônicas são inúmeros pacientes que buscam a resolutividade ou minimização de sintomas através de fármacos ou tratamentos fisioterapêuticos (MARCONDES et al. 2010).

Vale ressaltar, que a maioria dos pacientes, impulsionados por orientação de profissionais, opta pelo tratamento baseado em sintomas e não causa desencadeadora. Este tratamento é ancorado na prescrição de medicamentos analgésicos em anti-inflamatórios, que, por sua vez, aliviam os sintomas temporariamente, sem corrigir o fator causal. Isto ocorre, pois existe, na maioria dos casos, receio, por parte do paciente, de se ausentar das suas atividades laborais, dificultando o tratamento correto, baseado em investigação causal. Desta forma, existe uma tendência à procrastinação do tratamento, o que é o principal motivo que leva à cronificação das dores musculoesqueléticas (FERREIRA. et al. 2011; ALMEIDA. et al. 2010; FILHO. et al. 2012).

Diante do exposto os tratamentos que se utilizam de técnicas manuais tornaram-se forte aliados dentre os tratamentos fisioterapêuticos no que concerne o tratamento da dor crônica. Os primeiros registros sobre a utilização de terapia manual surgiram por volta de 15 mil anos atrás, na China e no Egito, através das figuras ilustrativas desenhadas nas paredes de grutas. Atualmente, sabe-se que tal modalidade pode ser utilizada em várias áreas do conhecimento da saúde, como por exemplo, em ortopedia, traumatologia, neurologia, ginecologia, cardiorrespiratória, entre outros (ARAUJO et al. 2012).

Algumas técnicas bastante difundidas, como Cyriax, Mennell e a osteopatia, foram desenvolvidas por médicos. No entanto, as mobilizações e manipulações de Maitland, Mckenzie e Kaltenborn foram elaboradas por fisioterapeutas, consistindo em técnicas de liberação miofascial, liberação posicional, mobilização neurodinâmica, mobilização e manipulação articular, exercícios de resistência manual e facilitação neuromuscular proprioceptiva. Em síntese, a terapia manual tem a finalidade de produzir elasticidade de fibras aderidas e estimular a produção do líquido sinovial, propiciando a redução da dor e o ganho de mobilidade tecidual e articular (FILHO. et al. 2012; ARAÚJO. et al. 2012).

A terapia manual de acordo Filho (2012), se caracteriza por fazer das mãos do fisioterapeuta o recurso exclusivo do manejo sistemático e metódico para desempenhar uma avaliação minuciosa do paciente, com a finalidade terapêutica de prevenir e tratar diversas alterações na estrutura musculoesquelética e neuromuscular. Neste sentido a fisioterapia manipulativa é a que mais atua nas pesquisas em busca de evidências científicas das técnicas manuais, para poder fundamentar sua prática (FILHO. et al. 2012; RAUSCHKOLB. et al. 2016).

As evidências clínicas, das aplicações de manipulações articulares e manobras articulares, aplicadas pelo fisioterapeuta em todas as áreas da saúde, tem sido satisfatória para os paciente que sofre de dores crônicas. Porém vale salientar, que o objetivo desta pesquisa é aplicar um protocolo de manipulação em indivíduos que possuem dores vertebrais não específicas, para promover analgesia em uma sessão. Deste modo, cada técnica tem seu procedimento terapêutico que norteiam seus objetivos e condutas que irão direcionar sua prática de atuação. Neste caso, tanto a manipulação articular como a mobilização articular, são tratamentos diferenciados que exigem do fisioterapeuta contato direto para ofertar manobras específicas respeitando sempre o limiar de dor de cada paciente (RAUSCHKOLB et al, 2012; GOMES, 2016).

METODOLOGIA

Este estudo se trata de uma pesquisa do tipo experimental, onde os resultados foram apresentados de forma descritiva, com abordagem quantitativa, realizado na clínica escola de fisioterapia de uma instituição de ensino superior, da cidade de Porto Velho, Rondônia, entre os meses de setembro a dezembro de 2017. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNINORTE - AC, sob o parecer nº 2.316.627, e obedeceu à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta estudos com seres humanos.

Participaram do estudo 30 pessoas, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 50 anos, com relato de dor vertebral inespecífica. Os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aceitando participar da pesquisa. Como critério de inclusão, foram priorizados indivíduos que estavam obrigatoriamente sentindo dor, de origem não traumática, na coluna vertebral, em qualquer nível, no momento da aplicação do protocolo, não havendo distinção de cor ou raça. Foram excluídos do estudo indivíduos que tenham sido submetidos a qualquer tipo de cirurgia de coluna, em algum momento da vida, que fizessem uso de órtese ou prótese em algum segmento vertebral, ou que tivessem diagnóstico clínico de osteoporose, osteopnia, osteoartrite, osteoartrose severa, hérnia de disco aguda e neoplasias. Além disso, foram excluídas mulheres em período gestacional.

A avaliação inicial consistiu na coleta de dados pessoais, como idade, profissão,

sexo e estado civil. Posteriormente, foi apresentada aos indivíduos a Escala Visual Analógica (EVA), que serviu de instrumento para a classificação da intensidade da dor. Indivíduo deveria dar uma nota de zero a dez, conforme a sua percepção de dor no momento da avaliação, em repouso, sendo que zero correspondia a nenhuma dor e dez correspondia à dor mais forte que o mesmo sentiu em sua vida.

Logo após, o voluntário foi submetido a um protocolo de liberação miofascial (Quadro 1) e a um outro protocolo de manipulação/mobilização articular (Quadro 2), que contêm uma sequência de testes e manobras, considerando o posicionamento do indivíduo de acordo com o lado doloroso, em cada segmento avaliado. Imediatamente após o término da sessão, o indivíduo foi convidado a classificar novamente a intensidade da dor, conforme a EVA.

MANOBRAS	DESCRIÇÃO
Liberação de Piriforme	Refere-se à liberação do encurtamento do tecido mole do piriforme. Para que isso ocorra deve-se colocar o paciente em decúbito ventral, com os joelhos fletido a 90°. Em seguida deixar as pernas cair em rotação medial do quadril
Liberação de Iliopsoas	Posicionamento do paciente em decúbito dorsal, em seguida, faça uma palpação para localizar espinha íliaca anterior e crista íliaca, feito isso, entre as duas estruturas no meio, faça uma leve pressão isquêmica no local. Na sequência segure a perna do paciente, e aplique os movimentos de: flexão, adução e rotação medial.

Quadro 1 – Protocolo de liberação miofascial utilizado nos voluntários da pesquisa, Porto Velho, 2017.

Fonte: Acervo do autor.

MANOBRAS	DESCRIÇÃO
Normalização pélvica - sacro e íliacos	Refere-se à lesão de íliaco posterior, é uma lesão de desembriçamento do braço maior. Já a lesão de íliaco anterior é caracterizada pela lesão no lado da perna mais longo e é lesão de desembriçamento do braço menor.
Normalização da charneira toracolombar - T12/L1	É a Lumbar roll, independente da lesão ser em extensão ou flexão, a dor deverá ser posicionada para cima com o indivíduo em decúbito lateral.
Normalização do vértice torácico - T9/T4	Liberação dos processos espinhosos nas vias transversas e articulares.

Quadro 2 – Protocolo de manipulação e mobilização articular utilizado nos voluntários da pesquisa, Porto Velho, 2017.

Fonte: Acervo do autor

Os dados da EVA inicial e final foram testados quando à distribuição de normalidade, pelo teste de Shapiro-Wilk e apresentados de forma descritiva, por meio de média e desvio padrão, ou mediana e quartis. Com objetivo de avaliar

a significância estatística entre os resultados foi utilizado o Teste T de amostras pareadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 30 voluntários sendo (40% homens e 60% mulheres), com a média de idade de $35,4 \pm 9,3$ anos e IMC com mediana de $26,5 \text{ kg/m}^2$ (Tabela 1). Sabe-se que o número de indivíduos com lombalgia vem crescendo e é considerado um problema de ordem perene, alcançando uma porcentagem de 50% a 80% de todo o público que necessita de assistência na área da saúde pública. Ainda, deve-se destacar que as mulheres estão mais predispostas a essa morbidade, fato este que foi também observado nesse estudo (ALBRECHT et al, 2015). Pires (2008) contextualiza dizendo que 70% a 80,5% dos casos de dor lombar corresponde a indivíduos ativos, e ressalta a ocorrência do sintoma como sendo a morbidade que mais acomete pacientes do sexo feminino, entre 22 a 45 anos de idade, exatamente a faixa etária observada nesta pesquisa.

VARIÁVEL	X±DP	MEDIANA	1° QUARTIL	3°QUARTIL
Idade	$35,4 \pm 9,3$			
Peso	$72,0 \pm 17,0$			
Altura	$162,1 \pm 10,0$			
IMC	---	26,5	22,5	30,4

Tabela 1- Dados de caracterização da amostra de voluntários da pesquisa, Porto Velho, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa.

O avanço das patologias crônicas, contextualizada anteriormente, vem contemplando a importância do tratamento fisioterapêutico nas morbidades dos pacientes que são acometidos com dor na coluna vertebral inespecífica, a localização anatômica da lombalgia se, situa entre os acidentes ósseos da coluna vertebral, parte inferior ao dorso e na extremidade do ultimo arco costal e na prega glútea. Assim sendo, a lombalgia que atingi ambos os gêneros, tem por consequência uso exagerado da atuação de forças compressivas ou alterações posturais, relacionadas à fraqueza e desequilíbrio musculoesquelético. Logo a lombalgia dentro do seu estagio evolutivo da intensidade algica no individuo, varia de súbita a intensa e de curta duração, relacionadas a pratica de atividade laboral chegando de 30% a 60% em sua recorrência (FILHO. et al. 2012; PIRES. et al. 2007).

Conforme a tabela 1 mostra que no universo dos participantes dessa pesquisa constatou-se que $72,0 \pm 17,0$ do peso e IMC com mediana de $26,5 \text{ kg/m}^2$ em desvio padrão, deve-se manter em alerta, pois a Organização Mundial da Saúde – OMS preconiza 51% da população brasileira está acima do peso, destacando o gênero

masculino 54% e 48% feminino, além disso, a obesidade é uma doença multifatorial diretamente relacionada à interação de fatores genético e ambiental. Sendo assim, a obesidade é uma doença multifatorial diretamente relacionada à interação de fatores genéticos e ambientais, posto isso, OMS associa a obesidade com a dor crônica, apontando em mulheres (WANNMCHER. L. 2016).

Entre os voluntários desta pesquisa, a dor foi investigada em 100% dos casos, através da EVA, nos segmentos lombar, torácica e cervical. As frequências observadas em cada segmento estão descritas na tabela 2. Observa-se que a maior parte da amostra apresentou dor lombar (73,3%), seguido de dor em cervical (33,3%) e, em menor escala, na torácica (26,7%). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 84% dos adultos poderão em algum momento de sua vida, já teve ou terá dor lombar. Desta forma, a lombalgia é classificada como dor, sensação de tensão ou rigidez, sobre região anatômica sacroilíaca, assim sendo a maior causa de incapacidade que fomenta o problema musculoesquelético mais exposto no mundo, trazendo consequência e transtornos aos indivíduos (ALFIERI. et al. 2016).

SEGMENTO	DOR	N	%
LUMBAR	Sim	22	73,3
	Não	8	26,7
	Total	30	100
CERVICAL	Sim	10	33,3
	Não	20	66,7
	Total	30	100
TORÁCICA	Sim	8	26,7
	Não	22	73,3
	Total	30	100

Tabela 2 – Frequências de dor em repouso por segmento avaliado nos voluntários da pesquisa, Porto Velho, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa.

A dor na região da cervical vem sendo apresentada como uma das patologias mais comum que acomete a população mundial e estima-se que 15% das mulheres e 10% dos homens tem dor na cervical, da mesma forma, em algum momento da vida o individuo receberá o diagnostico de cervicálgia (BOSCHI et al., 2012).

A presente pesquisa demonstra na tabela 2, a frequência de dor em repouso de seus voluntários de (33,3%) de sua amostra, ao contextualizar os dados da amostra de Boschi (2012), aponta que 50% das pessoas que convive com essa dor no pescoço, são encaminhadas ao tratamento fisioterapêuticos e desses 50% somente 25% se dispõem para realizar o atendimento na fisioterapia. Em outro estudo corrobora dizendo que, a dor em repouso atingiu (66,7% homens e 33,4% mulheres).

De certo, o musculoesquelético após um longo período de tensão tecidual, ira aparecer em alguns seguimentos corpóreo pontos dolorosos, ao realizar a manipulação para reabilitar as algias cervicais, sendo aplicadas, com o uso das mãos sobre o corpo do paciente, tendo a finalidade de ofertar o alívio da dor e a sua funcionalidade na biomecânica dos tecidos mole, vale ressaltar que existe enumeras técnicas, para que o fisioterapeuta devolva a funcionalidade do individuo (BOSCHI et al., 2012).

Diante disso, as manipulações articulares e mobilizações articulares irá produzir elasticidade a fibras aderidas, e estimular o líquido sinovial que promoverá a redução da dor, desse modo irá suprir todos os obstáculos que bloqueiam a sua analgesia. Cabe aqui ressaltar, além dos benefícios que o paciente recebera através da manipulação articular na região cervical e torácica, deve-se ficar atento aos riscos de lesões da artéria vertebral, que poderá levar um acidente vascular ou ate a morte (ANDRADE et al., 2008).

No que diz a respeito à quarta vértebra torácica (T4) apresenta estreita relação biomecânica com as disfunções da coluna cervical, e isso, observou-se os benefícios imediatos da manipulação da T4 diante do quadro álgico e da limitação da amplitude de movimento ativo na cervical, entretanto obteve-se também, a redução significativa na dor em repouso ao movimento, com aumento da ADM na cervical, a manipulação na T4 pode ser uma alternativa quando a manipulação direta da vertebra cervical é contra-indicada.

Quando questionados com relação ao nível de intensidade de dor (Tabela 3), os voluntários da pesquisa apresentaram em média $7,8 \pm 2,124$ pontos na EVA, instantes antes de serem submetidos ao protocolo proposto pela pesquisa. Ao término da aplicação do protocolo, foram novamente questionados quanto ao nível de dor. Neste momento, 100% da amostra referiu ausência de dor, ou seja, zero na EVA, quando comparado à condição inicial pré-tratamento ($p = 0,0001$).

	N	Mínimo	Máximo	X±DP	Sig.
EVA inicial	30	3	10	$7,8 \pm 2,124$	p = 0,0001
EVA final	30	0	0	,000	

Tabela 3 – Média de dor na Escala Visual Analógica antes e depois da aplicação do protocolo de manipulação nos voluntários da pesquisa, Porto Velho, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa.

Entretanto a dor cervical ou da região do pescoço, na maioria dos casos é identificada por sobrecarga da biomecânica da cintura escapular, que supostamente são de origem traumáticas, movimentos repetitivos do pescoço, má postura, sedentarismo, ler ou assistir tv por longas horas, disfunções em articulações, além

disso, podemos mencionar os fatores psicológicos, sociais e orgânicos, para muitos indivíduos somatizar as dores. De certo, a dor na cervical é apontada como a segunda maior causa de dispensa nas atividades laborais, excedendo somente pela algia lombar, um estudo realizado nos EUA, ressalta o custo aplicado no tratamento da dor cervical que aumentaram de (65%) de 1997 a 2005 segundo (BOSCHI et al., 2012).

Na presente pesquisa os voluntários apresentaram em média (33,3%) pontos na EVA, confirmando a existência de algia cervical no atendimento prévio, seus relatos de dores eram cotidianos, principalmente quando precisavam realizar movimentos da cintura escapular e que, essas dores já estavam contribuindo negativamente para as suas AVDs, seja ela no âmbito familiar, social e profissional.

Para se chegar ao resultado positivo, como mostra a tabela 3, na EVA inicial e final, depois da aplicação do protocolo das manipulações e mobilizações articulares específicas para cada seguimento anatômico, como se evidencia no quadro 2. Comparando a pesquisa com os dados do estudo de Boschi (2012) em que os participantes apresentavam dor na região cervical foi de $(3,15 \pm 2,11)$, o relato do tempo de dores no indivíduo eram de anos.

Em conformidade com as pesquisas percebe-se que as manipulações articulares na região da cervical, seja ela de baixa ou alta intensidade na aplicação, devem-se considerar os fatores de possíveis riscos no ato da execução, como tal isquemia, insuficiência vértebrobasilar e outros.

Todavia o movimento corpóreo articular possui memórias segmentares, se por ventura, sofrer algum dano neste processo ocorrerá fisiologicamente à compensação para outra área que podemos chamar de hiperfuncionamento ou hipermobilidade, entretanto essa hipermobilidade pressuposta a fixação articular é o local onde se apresenta sinais clínico, ou seja, dor. Com isso, as vertebra adjacentes no nível da região torácica, apresentam-se uma rigidez através da primeira e quinta vertebra torácica, assim sendo, justifica-se a hipermobilidade na cervical propiciando surgimento das algias na região cervical (BOSCHI et al., 2012).

Tendo a sequência oriunda do episódio sensitivo do processo doloroso, são estímulos do fenômeno ambientais, físicos ou químicos em potenciais de ação, que são repassados para as fibras nervosas periféricas, para o sistema nervoso central – SNC. Assim sendo, para fomentar as questões da algia nociceptiva, são transformadas para via excitatória de estímulos sem lesão tecidual, entretanto essas estimulações possivelmente tem origem de micro lesões já existe ou não, por exemplo: feridas operatórias, fraturas, calor, frio e pressão, as substâncias químicas que são liberados pelo opioides endógenas como também os exógenas, são condições naturais do próprio metabolismo, a dor associa-se ao impulso das fibras aferentes primárias de pequenos diâmetros dos nervos periféricos conforme (MARTELLIA et al., 2013).

CONCLUSÃO

Com base dos dados obtidos por esta pesquisa, considera-se que o desfecho foi bastante satisfatório com a aplicação do protocolo proposto de manipulação, na dor lombar, torácica e cervical. Foi possível contemplar o benefício das técnicas em apenas uma sessão, visto que os voluntários apresentaram alívio total da dor imediatamente após o término da sessão. Portanto, sugere-se a continuação do estudo para incrementar o tamanho da amostra e estudos similares com *follow up* que avaliem os resultados do protocolo em médio e longo prazo.

DEDICATORIA

Primeiramente à Deus Pai, por ter me facultado o conforto de sempre poder contar com a sua misericórdia nos momentos difíceis e felizes, pelas dificuldades, obstáculos, perdas e ganhos que fizeram com que eu amadurecesse e me tornasse um ser inacabável. Ao meu esposo Jaite Jander B. Barroso por sempre está presente na minha vida, compartilhando o seu amor, seu sorriso, palavras de carinho, os sonhos e realidade. Aos meus filhos, pelo incentivo, apoio, paciência e orações. A minha orientadora, prof. Ms. Priscila Menon, pelo exemplo de orientação e dedicação, pelas críticas, pela paciência, por saber reconhecer os acertos e as imperfeições. Em especial, aos voluntários pela confiança, paciência e carinho, meus sinceros reconhecimento e agradecimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA. S. N. O. et al. O efeito do método de tratamento geral osteopático em pacientes com espasticidade em membro superior hemiparético. **Congresso de pesquisa em extensão da Faculdade da Serra Gaúcha-FSG**. v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: <http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/606/602>. Acesso em: 11/08/2013.

ALMEIDA. F. F. et. al. Experiência de dor e variáveis psicossociais: o Estado da Arte no Brasil: Pain experience and psychosocial variables: the state of the art in Brazil. *Temas em Psicologia* - 2010, v.18, no 2, p. 367 – 376. ISSN 1413-389X. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200011. Acessado em: 29/08/2017.

ALBRECHTL. B. S. et al. Albrecht1 Análise da melhora de dor em pacientes com lombalgia submetidos a procedimentos fisioterapêuticos. 2015 v. 5, n. 3 Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/5704/4543>. Acessado em 29/08/2017

ALFIERI. F. M. et al. Prevalência de dor lombar em universitários da saúde e sua relação com estilo de vida e nível de atividade física. Prevalence of low back pain in university students and its relationship with lifestyle and level of physical activity. *Revista Inspirar, Movimento & Saúde*. 2016, edição 40, v.11, n.4. p. 27-31. Disponível em: FM Alfieri, NC de Oliveira, IEFC Santana... - CEP - researchgate. net. Acessado em: 31/09/2017.

ANDRADE, T.N. C. et. al. Estudo comparativo entre os efeitos de técnicas de terapia manual isoladas e associadas à laserterapia de baixa potência sobre a dor em pacientes com disfunção temporomandibular. Disponível em: RGO, Porto Alegre, 2008. p.2. Acesado em: 16/08/2017.

ARAÚJO. F. G. et. al. Técnicas de terapia manual: definições, conceitos e princípios básicos. Uma revisão bibliográfica, 2012, p 1-12. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/32/118_TYcnicas_de_terapia_manual_definies_conceitos_e_princYpios_bYsicos.pdf. Acessado em: 04/08/2017.

BARBOSA. RI. et. al. A influência da mobilização articular nas tendinopatias dos músculos bíceps braquial e supra-espinal. Rev. bras. fisioter. [online]. 2008, vol.12, n.4, p. 298-303. ISSN 1413-3555. Acessado em:29/08/2017.

BOSCHI. E. S. et al. et. al. Efeito da manipulação torácica na dor e amplitude de movimento da coluna cervical. **Revista de Iniciação Científica**. v.1, n.1, 2012 . Disponível em:<http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Cippus/article/view/333>. Acesso em: 11/08/2017.

BRACHT. M. A. et. al. Fisioterapia manipulativa no tratamento da cervicgia Manipulative physiotherapy treatment Neck pain. V. 1, n. 6, p. 54-74, 2010. Disponível em: <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/278/209#page=55>. Acesso em: 11/08/2017.

BRAZIL. AV. et. al. Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n6/05.pdf>. Acessado em: 29/08/2017.

CARAVIELLO, E. Z. et. al. Avaliação da dor em função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. **Revista Acta Fisiart**. v.12, n.1, p.11- 14, 2005. Disponível em:<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102500/100813>. Acesso em: 11/08/2017.

WANNMACHER. L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. **OPAS/OMS – Representação Brasil**. 2016,V 1, N 7. Disponível em:<file:///C:/Users/Maria/Desktop/TCC%20II%20NOVO%20RECOME%C3%87O/PESQUISASS/LISTA%20DE%20ARTIGOS/ABERTO%20A%20LEITURA/Obesidade%20como%20fator%20de%20risco.pdf>. Acessado em: 29/11/2017

FERREIRA. G.D. et. al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. Prevalence and associated factors of back pain in adults from southern Brazil: a population-based study. Revista Brasileira de Fisioterapia, [online]. 2011. v.15, n.1, p.31-36. ISSN1413-3555. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n1/AOP%20002_11.pdf. Acessado em: 29/08/2017.

FILHO. J. F. A. et. al. Efeito de um protocolo de terapia manual na qualidade de vida de pacientes com lombalgia crônica. 2012 Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/311Efeito_de_um_protocolo_de_terapia_manual_na_qualidade_de_vida.pdf. Acessado em: 11/08/2017.

GUTERRES. A. et. al. Prevalência e fatores associados a dor nas costas dos motoristas e cobradores do transporte coletivo da cidade de Pelotas-RS. Back pain prevalence and risk factors in drivers and collector of collective transport of the city of Pelotas-RS. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2011, v. 16, n. 3, p.240-245. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/603/609>. Acessado 29/08/2017

MARTELLIA. A. et. al. Vias Nociceptivas da Dor e seus Impactos nas Atividades da Vida Diária. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Maria/Desktop/Downloads/515-1967-1-PB.pdf>. Acessado em: 01/12/2017.

MARCONDES. F. B. et. al. Terapia manipulativa ortopédica na do vertebral crônica: uma revisão sistemática. Manipulative orthopedic therapy for chronic spinal pain: a systematic review. **Revista Acta Fisiatrica**. v. 17, n. 4, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103389>. Acesso em: 11/08/2017

MATA. M. S. et. al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. Pain and functionality in

primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, vol. 16, núm. 1, pp. 221-230. ISSN: 1413-8123 Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63015361021/>. Acessado em: 29/08/2017.

NASCIMENTO. A. R. et. al. Efeitos terapêuticos da mobilização articular na cervicobraquialgia. **Revista Unilus ensino e pesquisa**. v. 10, n 18, 2013. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/67>. Acesso em: 11/08/2017

NASCIMENTO. P.R.C. et. al. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. La prevalencia de dolor lumbar en Brasil: *Cad. Saúde Pública*, 2015; p. 1141-1155, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1141.pdf>. Acessado em: 31/08/17.

OLIVEIRA. M. M. et. al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Chronic back complaints and diagnosis of self-reported work-related musculoskeletal disorders (WMSDs) in Brazil: National Health Survey, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015, p. 287-296. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v24n2/v24n2a11.pdf>. Acessado em: 30/09/2017.

PIRES. R. A. M. et. al. Lombalgia: revisão de conceitos e métodos de tratamentos. *Ciências da Saúde*, 2008, v.6, n.2, p.159-168. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/718>. Acessado em 29/08/2017.

RAUSCHKOLB, P. Efeitos das técnicas de mobilização e manipulação articulares da coluna vertebral. *Revista Saúde intergrada*, v9,n.17, 2016. Disponível em: <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/article/view/230>. Acessado em: 25/04/2017.

SILVA. MC. et. a. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mar-abr, 2004. p. 377-385. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/05.pdf>. Acessado em 29/08/2017.

TEXEIRA. M. J. Dor nos membros inferiores. Dor nos membros inferiores- Lower limb pain. *Revista de medicina*. V. 800, 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/70001/72647>. Acesso em: 11/08/2017.

TEIXEIRA. M. J. et. al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética Clínica. *Epidemiology of muscleskeletal pain*. *Rev. Med. ed.* 80 esp. P.1-21, 2001. Disponível em: <file:///C:/Users/Maria/Desktop/Downloads/63150-82663-1-SM.pdf>. Acessado em: 30/09/2017.

ZATARIN, V. et al. Efeito da manipulação na articulação sacro-ilíaca e transição lombossacral sobre a flexibilidade da cadeia muscular. *Revista Terapia Manual*. v.10, n.43, 2012. Disponível em: <https://www.submissionmtprehabjournal.com/revista/article/view/63>. Acesso em 11/08/2017.

PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO APLICADO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Karla Garcez Cusmanich

Universidade de Taubaté, Taubaté-SP

Clínica Vida Vale, Taubaté-SP

Brenda C Inocêncio

Universidade de Taubaté, Taubaté-SP

Clínica Vida Vale, Taubaté-SP

Alexandre Marotta

Clínica Vida Vale, Taubaté-SP

Renato de Mesquita Tauil

Clínica Vida Vale, Taubaté-SP

todos evoluíram para extubação, sem necessidade de prorrogação de tempo de ventilação mecânica invasiva ou necessidade de ventilação não invasiva) Conclusão: Após o acompanhamento fisioterapêutico os pacientes obtiveram boa dinâmica respiratória, mantendo parâmetros estáveis, com sucesso na extubação e sem necessidade de ventilação não invasiva.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Fisioterapia; Exercício; Complicações Pós-Operatórias

RESUMO: Introdução: A cirurgia bariátrica foi comprovada como o melhor tratamento para obesidade mórbida e tem sido o mais usado. A fisioterapia faz parte do atendimento multidisciplinar, sendo sua atuação importante tanto antes como após ao procedimento cirúrgico, para uma recuperação mais rápida, pretendendo reduzir complicações cardiorrespiratórias e acelerar a alta hospitalar. Objetivo desse trabalho foi criar e aplicar um protocolo de exercícios motores e respiratórios visando a redução do tempo de internação e evitando a necessidade de ventilação não invasiva. Método: Após a cirurgia bariátrica, antes de completar 15 horas de pós-operatório, foi realizado o protocolo em todos os pacientes (n=251), com exercícios de incentivo respiratório já treinados previamente e exercícios motores. Resultado: após ao procedimento cirúrgico,

PHYSICAL THERAPY PROTOCOL APPLIED IN THE IMMEDIATE POST OPERATIVE PERIOD OF BARIATRIC SURGERY

ABSTRACT: The bariatric surgery has proven to be the best treatment for morbid obesity and has been the most commonly used procedure. Physiotherapy is part of the multidisciplinary care, being important both before and after the surgery, aiming for faster recovery, less cardiorespiratory complications and anticipated discharge. Objective: Our goal was to create and implement a protocol of motor and respiratory exercises focusing on the reduction of hospitalization time and avoiding the need for noninvasive ventilation. Method: Following 15 hours of the surgery, the protocol was performed in all individuals (n=251), through exercises of

respiratory incentive that were previously trained along with motor exercises. Result: After the surgical intervention, all the individuals progressed to extubation, considerably reducing the time of invasive mechanical ventilation and excluding the necessity of noninvasive ventilation. Conclusion: After the physiotherapeutic monitoring the individuals achieved good respiratory dynamics, maintaining stable parameters, as well as extubation success and without need for noninvasive ventilation.

KEYWORDS: Postoperative period care; Postoperative pulmonary complication; Physical Therapy Specialty

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, de prevalência crescente, adquirindo proporções epidêmicas,¹⁻² sendo um problema de saúde pública mundial com altos índices de morbi-mortalidade.³⁻⁴⁻⁵ Uma desordem grave que reduz a expectativa de vida, aumentando o risco de desenvolver doenças osteoarticulares, aparecimento de inúmeras doenças crônicas, sendo mais frequente a diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, disfunções pulmonares;⁶⁻⁷ e outras comorbidades, além de provocar distúrbios de ordem emocional e social.⁸

O excesso de gordura na cavidade abdominal exerce um efeito mecânico direto sobre o músculo diafragma e a caixa torácica,⁷⁻⁹ alterando a complacência e resistência pulmonar das pessoas com obesidade, levando a um padrão respiratório rápido e de baixa amplitude, aumentando o trabalho respiratório e limitando a capacidade ventilatória máxima.⁹

A abordagem clínica geralmente é ineficaz no combate do peso a longo prazo¹ e a cirurgia bariátrica foi comprovada como o melhor e o mais usado tratamento para obesidade mórbida.⁴⁻⁶ Os maiores problemas que os pacientes de cirurgia bariátrica enfrentam no período pós-operatório são as complicações pulmonares,⁶⁻¹⁰ pois além das alterações existentes, os procedimentos de cirurgia abdominal alta podem afetar a musculatura respiratória, contribuindo para uma inadequada performance dos músculos respiratórios após a cirurgia, sendo a disfunção diafragmática o principal fator das complicações pós-operatórias.¹⁰

A incidência de complicações pulmonares são clinicamente relevantes no período pós-operatório de cirurgias abdominais, com prevalência de morbidade e mortalidade, sendo a embolia pulmonar, atelectasias e pneumonias as complicações respiratórias mais incidentes, aumentando o tempo de internação hospitalar, o uso de medicação e o custo hospitalar.⁴⁻¹¹⁻¹²

A intervenção fisioterapêutica pré-operatória em adultos mostra resultados satisfatórios na prevenção de complicações respiratórias,¹³ fazendo parte do atendimento multidisciplinar, sendo sua atuação importante tanto antes como após ao procedimento,¹⁴ para uma recuperação pós cirúrgica mais rápida, com o objetivo

de evitar complicações.¹⁴⁻¹⁵

A Ventilação Não Invasiva (VNI) pode ser considerada como uma ferramenta terapêutica e profilática para melhorar a trocas gasosas e a função pulmonar em pacientes no pós-operatório.¹⁶⁻¹⁷

O objetivo desse estudo foi criar e aplicar um protocolo fisioterapêutico para pacientes bariátricos visando a redução de complicações respiratórias e motoras intra e pós-operatórias, reduzindo o tempo de internação e evitando a necessidade de ventilação não invasiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo com uma amostra de conveniência, na qual foram selecionados 251 pacientes de ambos os sexos assistidos na Clínica Vida Vale, Taubaté-SP, Brasil operados pela equipe multidisciplinar Especializados em Moléstias do Aparelho Digestivo (EMAD), cujo critério de inclusão foi ser obeso (Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 30 Kg/m² com comorbidades associadas ou IMC maior que 40kg/m²), que passaram por cirurgia bariátrica. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa em seres humanos com o parecer número 1458166. Foi realizada a avaliação fisioterapêutica aproximadamente 02 meses antes da cirurgia, sendo realizado uma vez por semana durante 08 semanas, um protocolo de 09 exercícios envolvendo de condicionamento respiratório, exercícios aeróbicos, orientação de exercícios respiratório domiciliares e incentivo a atividade física durante as semanas.

Após a cirurgia, antes de completar 15 horas de pós-operatório, foi realizado um protocolo de fisioterapia motora e respiratória. Todos tiveram o mesmo tipo de atendimento, totalizando em média 30 minutos de terapia. Os pacientes encontravam-se em uso de meia compressiva, bota pneumática e cabeceira elevada a 45° a 60°.

Ao chegar ao leito do paciente a fisioterapeuta coletou os sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de O₂, pressão arterial e ausculta pulmonar), desligou a bota pneumática, elevou a cabeceira, mantendo o paciente em posição semi-sentada, e deu início aos exercícios.

Exercício	Execução
Respiração diafragmática;	Deitado na maca, Uma série de 10 repetições; Realizar inspiração pelo nariz, expandindo o abdômen sem movimentar o tórax e expirar pela boca esvaziando os pulmões e abdômen
Respiração diafragmática associada a elevação dos membros superiores;	Deitado na maca; Uma série de 10 repetições; Realizar inspiração pelo nariz, expandindo o abdômen sem movimentar o tórax elevando os braços, ao expirar pela boca esvazie os pulmões e abdômen abaixando os braços

Inspiração fracionada em 3 tempos com elevação dos membros superiores	Deitado na maca; Uma série de 10 repetições; inspiração pelo nasal, suave, e com pequenas apneias, em três tempos, e a expiração continua pela boca
Exercícios metabólicos	Para membros superiores: Abrir e fechar as mãos Para membros inferiores: Plantiflexão e dorsiflexão
Mudança de decúbito	Mudança de decúbito com ênfase nas respirações durante as trocas posturais, passando de sentado no leito sem apoio para sentado a beira do leito e ficando em pé;
Plantiflexão	Em pé, com apoio da terapeuta elevação nas pontas dos pés; Uma série de 10 repetições; Realizando a plantiflexão durante as expirações, sendo essas longas e prolongadas.
Deambulação pelo corredor ou marcha estacionária	Deambulação pelo corredor, com auxílio do terapeuta, com aumento da tríplice flexão de membros inferiores; durante 3min; ou marcha estacionária com aumento da tríplice flexão de membros inferiores; Uma série de 10 repetições, alternando os membros, ambas associadas as respirações longas e profundas

Tabela 1. Protocolo de exercícios fisioterapêuticos realizado no pós-operatório

Após a fisioterapia, foram orientados a realizar exercícios metabólicos de membros superiores e membros inferiores, Respiron[®], manter a cabeceira mais elevada, realizar trocas posturais a cada duas horas e respiração diafragmática.

RESULTADO

Pacientes com média de idade de 37,8 (DP=9,7anos) variando de 17 a 69. A média do IMC foi de 41,7 (DP=4,4 kg/m²) com variação de 35 a 57,5 kg/m².

Logo após ao procedimento cirúrgico, todos evoluíram para extubação, sem necessidade de prorrogação de tempo de ventilação mecânica invasiva ou necessidade de ventilação não invasiva.

Na sala de recuperação, os pacientes se mantiveram sem a necessidade de ventilação mecânica não invasiva, com boa consciência respiratória.

Em relação a adesão dos exercícios proposto no protocolo, todos os pacientes (100%) conseguiram realizar, sem queixa respiratória; o relato de desconforto era em relação a incisão cirúrgica, sem queixa de dispneia ou qualquer desconforto respiratório.

DISCUSSÃO

A obesidade associa-se a alterações da função pulmonar, sendo esta tanto mais prejudicada quanto maior for o acúmulo de tecido adiposo.¹⁸ Em nosso estudo, a média do IMC foi de 41,7 kg/m², evidenciou maior frequência de cirurgias no sexo feminino. Complicações pulmonares relacionadas ao procedimento cirúrgico são comuns,¹⁹ diversos problemas respiratórios são descritos antes e após a cirurgia

bariátrica.¹⁰⁻²⁰⁻²¹ No pós-operatório as mais citadas são atelectasia, pneumonia, insuficiência respiratória e exacerbação de doença pulmonar crônica subjacente.²² Em nosso estudo pudemos analisar que nenhum paciente evoluiu com complicações respiratórias ou motoras.

Apenas 09 citações associam fisioterapia a obesidade mórbida e a cirurgia bariátrica²³. Através dessas 09 referências foi elaborado uma proposta do protocolo pós-operatório, com 04 atividades, consistindo de relaxamento muscular, condicionamento respiratório com o uso de incentivador expiratório, uso de freio labial e caminhada de 6 minutos. Elaboramos um protocolo com sete exercícios incluindo exercícios respiratórios, exercícios com incentivador respiratório, exercícios metabólicos, caminhada, além de orientar a importância da manutenção dos exercícios durante e internação e após 15 dias de operação.

A conclusão de um estudo de Forti¹⁰ com 44 voluntários foi, que tanto fisioterapia respiratória convencional, quanto a fisioterapia convencional associada à estimulação diafragmática elétrica transcutânea promovem a manutenção da função pulmonar e, ainda observaram que a força muscular inspiratória foi mantida dentro dos parâmetros normais por ambas as terapias propostas, mas o grupo que teve a adição da intervenção com estimulação teve a preservação da força muscular expiratória, o que é fundamental para a recuperação de pacientes com obesidade submetidos a cirurgia. Nosso protocolo pós-operatório não inclui a avaliação de força muscular respiratória, mas observamos que a fisioterapia convencional mantém a função pulmonar, assim como no estudo.¹⁰

Foi desenvolvido um protocolo²⁴ de cinco exercícios, aplicando em 19 pacientes com 24h de pós-operatório de laparotomia, onde observaram que o tratamento da fisioterapia respiratória mesmo primeiro pós-operatório, contribuiu para a melhora do quadro respiratório no que diz respeito ao volume corrente e minuto, e nas pressões inspiratórias e expiratórias máxima, porém foi evidenciado aumento do quadro de dor após as atividades fisioterapêuticas.

Nossos pacientes não relataram dor, alguns sentiam desconforto ou até mesmo incomodo devido ao procedimento cirúrgico. Apesar do desconforto, os exercícios foram bem aceitos por todos os pacientes, nenhuma terapia foi interrompida e também não houve nenhum tipo de intercorrência.

O estudo²⁵ concluiu que o tratamento fisioterapêutico se mostrou eficaz, pois todos os pacientes tiveram alta em até 40 horas após a cirurgia, sem intercorrência e mantendo consciência respiratória e boa mecânica respiratória. Ainda, vale ressaltar que a presente pesquisa constatou que com apenas uma sessão no primeiro pós-operatório, já pode-se evidenciar melhoras significativas da mobilidade e consciência respiratória.

Um estudo²⁶ avaliou o efeito da ventilação não invasiva com dois níveis pressóricos (BiPAP), comparado com a terapia convencional. Aplicando o BiPAP nas primeiras quatro horas de pós-operatório imediato, realizando a mensuração de

variáveis da função pulmonar 24 horas após. Concluindo que não houve diferença significativa entre os que receberam BiPAP com o grupo de controle em relação à perda da capacidade vital, pressão inspiratória máxima no pós-operatório e incidência de atelectasias.

Investimos na criação do protocolo com exercícios, devido ao baixo custo, boa aderência dos pacientes. É referido²⁷ com frequência a falência da ventilação não invasiva, devido a claustrofobia, ansiedade, falta de sincronia entre o doente e o ventilador e uma baixa tolerância à interface, que pode ser causada pela pressão excessiva na face devido a um ajuste defeituoso ou a fuga excessiva, gerando desconforto.

Através de tais dados, sugere-se que a fisioterapia pré e pós-operatória é de suma importância para a prevenção de complicação, devendo ser instituída o mais precocemente possível.²⁸

CONCLUSÃO

Todos evoluíram com sucesso na extubação, sem necessidade de ventilação não invasiva após o procedimento cirúrgico. Com o protocolo de fisioterapia de pós-operatório imediato os pacientes apresentaram-se mais dispostos com parâmetros estáveis, sem queixas algicas importantes evoluindo com alta hospitalar.

Importante a avaliação por uma equipe multiprofissional, contendo cirurgiões, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos pelos múltiplos aspectos envolvidos.

REFERÊNCIA

1. Arcêncio L, Souza MDD, Bortolin BS, Fernandes ACM, Rodrigues AJ, Evora PRB. **Pre and post-operative cardiothoracic surgery: a physiotherapeutic approach.** Rev Bras Cir Cardiovasc, 2008. 23(3), 400-10.
2. Arthur HM, Daniels C, SAO R, Hirsh J, Rush B. **Effect of the pré-intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery. A randomized, controlled trial.** Ann Intern Med. 2000;133(4):253-62.
3. Cangussu DDD. **Evaluation of volumes, capacity and muscle strength breathes- moratorium in patients undergoing upper abdominal surgery elective.** Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília; 2006. p.1-62.
4. Chiumello D, Chevillard G, Gregoretti C. **Non-invasive ventilation in postoperative patients: a systematic review.** Intensive Care Med. 2011 Jun; 37(6): 918-929
5. Cichelero Bernardi F, C, Vitolo MR. **Behavior of food restriction and obesity.** Rev. Epidemiol, 2005. 18(1), 85-93.
6. Degani-Costa LH, Derale SM, Falcon LFR. **Preoperative assessment of the patient prps.** Rev. Bras. J Anesthesiol. 2014; 64(1): 22-34

7. Delgado PM, Lunardi AC. **Postoperative respiratory complications in bariatric surgery: a review of the literature.** Technol pesq, 2011. 18(4), 388-92.
8. Ferreira SNL, Gargenghi G. **Importance of respiratory therapy in patients after surgery of bariatric surgery. Post-graduate thesis.**
9. Forgiarini Junior LA, Carvalho ATD, Ferreira TDS, Monteiro MB, Bosco AD, Gonçalves MP, Days. **Physiotherapy in the immediate postoperative period of patients undergoing abdominal surgery.** J. bras. pneumol, 2009.35(5), 455-459.
10. Forti and Ike, D, M, Barbalho-Moulim RASERA I Jr, Costa D. **Effects of chest physiotherapy on the respiratory function of pós-gastroplasty patients.** Clinics (Sao Paulo). 2009; 64(7):683-9
11. G. Garutia,A. Nicolini, B. Grecchic, M. Lusuardia, J.c. Winckd, J.R. Bach **Open circuit mouthpiece ventilation: Concise clinical review,** Rev Port Pneumol 2014;20:211-8 - Vol. 20 a.4 DOI: 10.1590/j
12. Glinski J, Adult S, Goodman E. **The psychology of gastric bypass surgery.** Obesity Surgery, 2001. 11(5), 581-588.
13. Junior A, Costa JO, Giannini CG, Saragiotto DF. **Challenges in peri-operative management of morbidly obese patients: how to prevent complications.** Revista Brasileira de Anestesiologia, 2003. 53(2), 227-236.
14. Kivânia C. Person¹, Gutemberg F. Araújo¹, N1 alcimar Pinheiro, Maria R. S. Ramos¹, Sandra C. Maia. **Noninvasive ventilation in-operatório imediato of the gastrojejunal derivation with Roux-en-Y gastric bypass.** Rev Bras Technol, São Carlos, v. 14, n.4, p. 290-5, jul./aug. 2010
15. Koenig SM. Pulmonary complications of obesity. Am J Med Sci 2001, 321(4):249-79.
16. M. Sebbane, M. El Kamel, A. Millot, et al. **Effect of weight loss on postural changes in pulmonary function in obese subjects: a longitudinal study.** Respir Care 2015; 60 (7): 992-999
17. Martinello M. **Hospital Physical Therapy in the postoperative treatment of lapa- rotomia operator: a case study.** Rev Digit. 2009;14(134):1-2.
18. Mokhlesi B. **Obesity hypoventilation syndrome: a state-of-the-art review.** Respir Care. 2010;55(10):1347-1362.
19. NPMF rabbit, Ribeiro MB, Menezes, Costa ISS. **The performance of respiratory therapy in the postoperative period of bariatric surgery.** Rev Bras Technol, 2010. 14(Suppl 1), 172.
20. Olbers T, Fagevik-Olsén Lönroth H, M, Lundell L. **Laparoscopic gastric bypass: development of technique, respiratory function, and long-term outcome.** Behav Med. 2003; 13(3):364-70.
21. Pelosi P, Croci M, Ravagnan I, Vicardi P, Gattioni L. **Total respiratory system, lung and chest wall mechanics, and gas exchange in sedated-paralysed pós-morbidly obese patients.** Chest. 1996;109:144-51.
22. Person KC, Araujo GF, Pinheiro, Ramos MRS, Maia SC. **Non invasive ventilation in the immediate postoperative period of the gastrojejunal derivation with bypass in Y de Roux.** Rev. bras. technol. 2010, vol.14, no.4, pp.290-296.
23. Pinheiro ARDO, Freitas SFTD, Corso ACT. **An epidemiological approach of obesity.** 2004.
24. Santos-filho SD. **Function of physiotherapy in patients after surgery to prevent respiratory**

bariatric complication. Universidade Severino Sombra, brooms, RJ, Brazil

25. Silva AKMB. **Effects of preoperative respiratory physiotherapy in patients who are candidates for bariatric surgery** (Doctoral dissertation, University of São Paulo). 2009.

26. Silva DR, Baglio EN, Gazzana MB, Barreto SSM. **Pulmonary evaluation and prevention of perioperative respiratory complications.** Rev Bras Clin Med, 2009. 7(2), 114-2323.

27. Degani-Costa LH, Derale SM, Falcon LFR. **Preoperative assessment of the patient prps.** Rev. Bras. J Anesthesiol. 2014; 64(1): 22-34

28. Silva FAD, Lopes TM, Duarte J, Medeiros RF. **Physiotherapeutic treatment in the postoperative period of laparotomy.** J. Health Sci. Inst, 2010. 28(4), 341-344.

29. Souza SA, Faintuch J, Fabris SM, Nampo FK, Light C, Fabio TL, Sitta IS, Batista Fonseca 95. **Six-minute walk test: capacidade funcional severely obese before and after bariatric surgery.** Behav Med Surg Report. 2009; 5(5):540-3.

A ATIVIDADE COMO ELEMENTO INTERMEDIÁRIO DE CUIDADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL

Mara Cristina Ribeiro

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de
Alagoas

Curso de Terapia Ocupacional
Maceió, Alagoas

RESUMO: Partindo da necessidade de um serviço de saúde mental, que reformulava suas ações terapêuticas objetivando mudanças necessárias para a qualificação do cuidado, o texto relata a experiência de constituição e desenvolvimento de um Grupo de Terapia Ocupacional. No corpo dessa narrativa, são trazidas imagens da formação do grupo e das vivências e transformações facilitadas por meio das atividades e das ações dos terapeutas ocupacionais envolvidos. Essa construção terapêutica, que utilizou a atividade como elemento intermediário do cuidado, pôde oferecer vivências singulares aos indivíduos e ao grupo. Os participantes, a partir da ressignificação do fazer nesse contexto, puderam ampliar suas trocas sociais e afetivas, experimentar sentimentos de pertencimento na coletividade e percepção de seus potenciais criativos.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional; Saúde Mental; Grupos; Terapêutica; Atividade Humana.

THE ACTIVITY AS AN INTERMEDIARY ELEMENT OF CARE: EXPERIENCE REPORT OF THE OCCUPATIONAL THERAPY GROUP ON MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Starting from the need for a mental health service, that reframed their therapeutic actions aiming changes necessary for the qualification of care, the paper reports the formation of experience and development of an Occupational Therapy Group. In the body of this narrative are brought images of the group's training and experiences and transformations facilitated through the activities and actions of occupational therapists involved. This therapeutic construction, using the activity as an intermediary element of care, could offer unique experiences to individuals and the group. Participants from the practice of making in this context, could expand their social and emotional exchanges, experience feelings of belonging and awareness of their creative potential.

KEYWORDS: Occupational Therapy, Mental Health; Groups; Therapeutics; Human Activity.

1 | INTRODUÇÃO

Trabalhar com argila pode ser ... moldar sorrisos

Trabalhar com tintas pode ser... colorir a solidão

Trabalhar com música pode ser... constituir ritmos

Trabalhar com contos pode ser... ouvir histórias

Trabalhar com fios pode ser... ligar pessoas

Trabalhar com o corpo pode ser... abraçar vidas

Trabalhar com Terapia Ocupacional pode ser...

Reconhecer no olhar, no fazer, no falar, no cantar, no andar, no dançar...

No outro... o brilho de cada um!

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários, constituídos por equipe multiprofissional, integrados à Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, que têm como objetivos ofertar cuidado na perspectiva da clínica ampliada, garantir o exercício de cidadania e a inclusão de usuários e familiares em seus territórios de vida.

Para atingir tal objetivo as equipes dos CAPS realizam atividades individuais e coletivas. Dentro do leque das atividades grupais, são desenvolvidos grupos terapêuticos, oficinas, grupos de família, atividades comunitárias que podem ser desenvolvidas no espaço do serviço e/ou nos contextos de vida das pessoas (BRASIL, 2015).

Esses recursos são fundamentais, pois oferecem novos “acazos” de enlaçamento real, social. Sendo assim, quanto mais diversificados forem os tipos de grupos, oficinas e demais procedimentos grupais, mais oportunidades serão geradas. Por isso, é de suma relevância as atividades coletivas no perfil técnico do CAPS, em detrimento das individuais (RABELO et al, 2005).

De modo geral, os grupos se caracterizam como reunião de pessoas em torno de uma tarefa e de um objetivo comum, constituindo-se como nova entidade com leis e mecanismos próprios específicos (ZIMERMAN, 2000).

No entanto, no caso específico do uso da estratégia grupal no campo da saúde mental, o grupo passa a ser um dispositivo que mobiliza processos de subjetivação, deixando de ser o modo como os indivíduos se organizam para ser um “catalisador existencial que poderá produzir focos mutantes de criação” (BARROS, 2009) propiciando novos acontecimentos e acentuando o emergir de territórios existenciais da ordem do coletivo e não mais da ordem do individual.

Entre as diversas modalidades de grupos terapêuticos desenvolvidos, o grupo de Terapia Ocupacional (TO) tem em sua especificidade o uso da atividade com o objetivo de facilitar processos dialógicos; ampliar potencialidades individuais e coletivas; protagonizar experimentações e reflexões; possibilitar a expressão de

sentimentos e emoções; melhorar a construção de vínculos; e, aumentar a autonomia e a motivação.

O princípio que norteia o grupo de TO é a ideia de que o fazer pode ter efeito terapêutico quando este está engajado de sentido e significado, ou seja, todos os elementos que envolvem o fazer e as relações desencadeadas nesse processo passam a ser fundamentais na prática clínica do terapeuta ocupacional (BALLARIN, 2003).

Essa estratégia de intervenção tem sido muito bem sucedida na ação dos terapeutas ocupacionais porque o terapeuta ocupacional, dentro dessa perspectiva grupal, se coloca como mediador atento aos seus componentes, disponível para possibilitar os processos criativos e, sobretudo, potencializar as ações de autonomia do grupo e de cada sujeito ali presente (COSTA, 2015).

O trabalho aqui apresentado relata a experiência de constituição e desenvolvimento de um grupo de TO em um desses serviços e traz, no corpo desse relato, imagens da vivência das transformações facilitadas por meio das atividades desenvolvidas e das ações dos terapeutas ocupacionais envolvidos.

2 | A FORMAÇÃO DO GRUPO

Com a reformulação das ações terapêuticas do CAPS em questão, por meio de reuniões semanais da equipe para planejamento das mudanças necessárias para a qualificação do cuidado, detectou-se a necessidade de ofertar grupos específicos com o objetivo de proporcionar processos terapêuticos mais pertinentes às necessidades dos usuários.

Buscava-se a construção de coletivos que tivessem como característica a constância e o enquadre mais contínuo das ações terapêuticas, substituindo assim, a constituição frequentemente conhecida de agrupamentos de pessoas por encontros semanais com constância de dia, horário, participantes e coordenadores (LIMA, 2015).

Desta forma, foi criado no serviço o grupo específico de TO, que deveria ser frequentado por usuários considerados em sofrimento mental grave, que apresentassem dificuldades significativas nas suas trocas cotidianas, em virtude principalmente, mas não só, da fala e do discurso serem insuficientes e da autonomia ainda ser bastante precária diante dos seus cenários de vida. Sendo, portanto a práxis, o melhor caminho para que o cuidado pudesse se aproximar de suas necessidades singulares.

Grande parte desses usuários estava inserida no CAPS com necessidade de permanência intensiva, pois se encontrava em crise ou tinha iniciado tratamento no CAPS a partir do processo de desinstitucionalização realizado em hospitais psiquiátricos da região.

Como Maximino (2001) afirma, os sujeitos atendidos pela Terapia Ocupacional necessitam de uma forma bastante particular de acompanhamento, pois apresentam dificuldades de estabelecer vínculos, de organizar-se e deslocar-se, além da dificuldade de se expressarem de uma forma geral e expressarem seus desejos.

Foram selecionados 12 usuários que passaram a se encontrar 01 vez por semana dentro dessa proposta grupal específica. Em sua estrutura, o grupo relatado se constituiu como fechado, intermediário, caracterizado como grupo de atividades (BALLARIN, 2003).

3 | A ATIVIDADE COMO ELEMENTO INTERMEDIÁRIO

Inicialmente foram desenvolvidas atividades com o objetivo de trabalhar o fortalecimento dos sujeitos referidos ao seu protagonismo, à autoestima, bem como à formação e consolidação da relação grupal.

Assim, foram propostas atividades que estimulassem a expressão individual possibilitando que a experiência resultante desse processo, pudesse ser compartilhada no grupo.



Foram oferecidos materiais e proporcionadas discussões para o conhecimento e a ampliação do universo cultural e artístico dos participantes.

A partir daí, foram sendo fortalecidas as identidades, aumentando a autonomia por meio de processos de produção criativa e de transformação individual e coletiva.

Argila, tinta, papel, tesoura, lápis, jogos, música, dança, poesia, massagens entre tantos outros elementos passaram a fazer parte dos encontros e, a partir das trocas materiais, foram possibilitadas outras trocas, mais subjetivas e mais sutis, como a troca de olhares, as histórias de vidas, as experiências afetivas e a construção de novas interações.



À medida que o vínculo foi fortalecido, o ambiente revelou-se confiável e o fazer passou ser pertinente ao repertório ocupacional dos participantes. Com o amadurecimento do grupo, as dinâmicas passaram a exigir validação pessoal, na expressão e autorreflexão. As intervenções também se alteraram, sendo mais focalizadas nas relações interpessoais e mais carregadas de sentido e, a partir desse momento, fenômenos transferenciais, de ressonância e coesão grupal começaram a surgir, observando-se maior autonomia e espontaneidade, além de melhor manejo com as situações conflitantes do grupo e do dia a dia.

As atividades, dessa forma, puderam sair do plano individual e serem planejadas e executadas pelo grupo, proporcionando a experiência de trocas coletivas.

4 | RELATO DE UMA DAS EXPERIÊNCIAS

Em uma das atividades propostas, em que foi apresentada por um dos participantes uma história sobre os vasos e suas funções ao longo da existência, ao ser desenvolvida uma discussão sobre o texto, notou-se que muitos referiram sentir-se como “um vaso quebrado e jogado em qualquer canto”, sendo considerado pelas terapeutas ocupacionais, coordenadoras do grupo, que era preciso trabalhar de forma mais aprofundada essa autorreferência, com o objetivo de ressignificá-la.

Diante dessa compreensão, foi trazido um vaso de terracota grande e proposto que o grupo planejasse como ele poderia ser transformado para ser valorizado. Desta forma, o grupo trabalhou com pesquisa sobre pintura em vaso, foram discutidas as modalidades de pintura concreta e abstrata, entre outros aspectos para que o grupo pudesse iniciar a transformação daquele objeto.

A partir daí, durante 04 meses, o grupo se debruçou nessa atividade. Primeiro foram feitas experimentações individuais de como o vaso poderia ser ornamentado e depois o grupo passou a discutir, em conjunto, como aproveitar todas as ideias

surgidas no plano individual para o plano coletivo.

A mobilização do grupo para a transformação do vaso propiciou a construção de vínculos mais efetivos e afetivos. Foi preciso planejar coletivamente a produção, valorizando cada ideia, respeitando todas as expressões e harmonizando o vaso dentro desta perspectiva. Assim, a partir do planejamento e organização inicial das propostas surgidas de todos os componentes, partiu-se para a fase da produção do objeto concreto: o vaso.



Nessa etapa, o grupo teve que testar possibilidades, aceitar erros, discutir e decidir os passos a serem dados, criar estratégias para alcançar metas, estabelecer funções, lidar com as expectativas e frustrações e valorizar o potencial surgido de cada um.

Com o término da pintura do vaso, foi proposta uma avaliação da atividade, em que os componentes foram convidados a construir um gráfico com os sentimentos surgidos no início do processo e ao final dele.

Verificou-se que sentimentos como medo, angústia, ansiedade, insegurança, incapacidade, que foram os mais citados como sentimentos que surgiram no início do processo, foram substituídos, na avaliação do final do processo, por sentimentos como alegria, bem-estar, força de vontade.

Interessante notar que expressões como colaboração e acolhimento, que não apareceram na avaliação do início do processo, foram citadas ao final por alguns participantes.

Destarte, a partir dessa experiência de grupo - enquanto dispositivo terapêutico e a relação estabelecida entre seus componentes e seus objetivos - essas pessoas passaram a acreditar mais em suas potencialidades, na contingência de compartilhamentos grupais, na conquista de desafios, na possibilidade de resolução de dificuldades.

Após a finalização da experiência de produção/transformação do vaso, o grupo se reuniu para decidir o que fazer com ele - é preciso apontar que nesse momento o grupo se encontrava com características bastante diferentes do início.

Como foi indicado pelo próprio gráfico, mas também pela expressão de seus

participantes, o grupo estava mais fortalecido, empoderado, com determinação, mais seguro e potente após o desenvolvimento da atividade e o resultado positivo da produção/transformação.

Portanto, com essa expansão (mesmo que ainda pequena) de suas redes, várias ideias surgiram para o destino do vaso: rifá-lo ou vendê-lo, sorteá-lo entre os componentes, revezar a sua permanência nas casas de todos os participantes...

Após alguns dias de discussão, a decisão do grupo foi que o vaso ficaria no CAPS, para que todos os usuários e familiares pudessem vê-lo. Nessa decisão está implícita a ressignificação de como esse coletivo passou a se perceber após a experiência. Não mais havia a auto-referência ao “vaso quebrado e jogado em qualquer canto”, outras associações mais potentes puderam emergir.

Assim, ao final desse processo, foi discutida a possibilidade de se iniciar com os componentes desse grupo, acrescido de outros usuários do CAPS, uma oficina de pintura de vasos com fins de geração de trabalho e renda.

5 | ALGUNS APONTAMENTOS FINAIS

Essa construção, que utiliza a atividade como elemento intermediário do cuidado, tem oferecido vivências singulares aos indivíduos e ao grupo coordenado por terapeutas ocupacionais. Os participantes, a partir da prática do fazer neste setting, vêm ampliando suas trocas sociais e afetivas, experimentando sentimentos de pertencimento e percepção de seus potenciais criativos.

A intervenção por meio da atividade atua no interior de um campo cultural que produz um saber-fazer inserido em um território coletivo, esse fazer propicia movimentos de transformação que possibilita o surgimento de novos territórios (LIMA, OKUMA, PASTORE, 2013).

A possibilidade do fazer atividades na perspectiva terapêutica ocupacional oportuniza uma série de mudanças que reverbera na cotidianidade dos sujeitos e contribui para que a vida coletiva e as existências individuais sejam mais interessantes, abertas e criativas (RIBEIRO, MACHADO, 2008).

A experiência aqui relatada adquire ainda mais sentido se a tomarmos, como propõe Merhy (2007), como trabalho vivo em ato, considerando que o trabalho no campo da saúde mental, quando dirigido às proposições de produção de desejos, redes inclusivas e novos sentidos para o viver no âmbito social, permite que vida produza vida, impulsionando autonomia, possibilidades desejantes e redes sociais inclusivas.

Os participantes do grupo terapêutico ocupacional, ao desenvolverem atividades que se entrecruzam entre o individual e o coletivo, são estimulados, dentro de um ambiente confiável, a reorganizarem-se diante de novos desafios. Assim, nesse setting terapêutico, ao mesmo tempo em que o grupo vivencia a potencialidade

de transformação dos objetos que circulam entre as mãos de seus componentes, também vivencia a ampliação da potencialidade de transformação da vida de todos que direta ou indiretamente se envolvem em suas produções.

É preciso apontar, no entanto, que não se pode descolar essa prática do contexto em que ela foi desenvolvida, ou seja, o fato dessa vivência estar inserida em um Centro de Atenção Psicossocial que se esforçava para reformular suas ações na qualificação do cuidado ofertado, foi o que possibilitou e potencializou o processo de transformação dos envolvidos, pois as proposições de cuidado em saúde mental nos serviços abertos e comunitários tiram do foco a doença e passam a focar o sujeito, ofertando espaços voltados para a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, de transformação dos espaços de não convivência em espaços coletivos (RIBEIRO, 2013).

Para que processos de trabalho no modelo psicossocial sejam efetivados é necessário que a equipe de trabalho dos serviços de saúde mental comunitários tenha como objeto de suas ações o sujeito em seus contextos de vida, sendo priorizado o cuidado em saúde de forma ampliada, objetivando autonomia, protagonismo e emancipação.

A Terapia Ocupacional, nesse sentido, se constitui como uma das estratégias de cuidado ofertada e a sua ação terapêutica deve estar engajada com todas as demais intervenções.

REFERÊNCIAS

BALLARIN MLGS. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em Terapia Ocupacional. In: Pádua EMM, Magalhães LV. (Orgs.). Terapia Ocupacional: Teoria e Prática. Campinas: Papyrus, 2003, p. 63-78.

BARROS RDB. Grupo e produção. IN: LANCETTI A. (Org.) SaúdeLoucura n. 4, Grupos e Coletivos, 2ª. ed. São Paulo:Hucitec, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COSTA SL. Prefácio. In: MAXIMINO V, LIBERMAN F (orgs). Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações. São Paulo: Summus, 2015.

LIMA EMFA, OKUMA DG, PASTORE MN. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. Cad Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 243-54, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322%2Fcto.2013.026>

LIMA EMFA. Um grupo de terapia ocupacional: tecendo vínculos, criando mundos. In: MAXIMINO V, LIBERMAN F (orgs). Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações. São Paulo: Summus, 2015.

MAXIMINO VS. Grupos de atividades com pacientes psicóticos. São José dos Campos: Ed. da Univap, 2001.

MERHY EE. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>.

RABELO AR, MATTOS AAQ, COUTINHO DM, PEREIRA NN. Um manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial. Salvador: Departamento e Neuropsiquiatria da UFBA, 2005.

RIBEIRO MC, Machado AL. A Terapia Ocupacional e as novas formas de cuidar em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, mai./ago. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2p72-75>

RIBEIRO MC. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013, set.-dez; 24(3):174-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p174-182>

ZIMERMAN D. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM UM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO

Mara Cristina Ribeiro

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Maceió, Alagoas.

Marilya Cleonice Santos de Souza

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Curso de Terapia Ocupacional
Maceió, Alagoas

Eline Vieira da Silva

Universidade Federal de Pernambuco
Residência Saúde Integrada- Saúde da Mulher
Recife, Pernambuco

David dos Santos Calheiros

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Curso de Terapia Ocupacional
Maceió, Alagoas

Murillo Nunes de Magalhães

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologia
Maceió, Alagoas.

RESUMO: Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) são instituições antagônicas à política de saúde mental vigente, estando alheios aos subsídios contemporâneos, em virtude de se estruturarem e serem

regidos pelo sistema prisional, o que configura uma realidade imersa em rígidos padrões disciplinares. A Terapia Ocupacional, em tais espaços, busca promover transformações em sua lógica assistencial. Objetivos: Apresentar e discutir ações da Terapia Ocupacional em um desses hospitais, com base nas proposições da Reforma Psiquiátrica. Métodos: Estudo descritivo de abordagem qualitativa, relato de experiência, desenvolvido em um HCTP de uma capital da região nordeste do Brasil, no período de julho a outubro de 2016, tendo como fonte de dados os documentos de análise das atividades, relatos verbais e a experiência clínica vivida. Resultados: As ações da Terapia Ocupacional na instituição foram desenvolvidas a partir da constituição de um grupo terapêutico aberto, havendo participado dos momentos de intervenção uma média de 24 indivíduos, alguns com histórico de internação em hospitais psiquiátricos anterior à admissão no HCTP e de reincidência à instituição. A partir da aplicação de atividades, as intervenções terapêuticas ocupacionais oportunizaram a construção de espaços de trocas, viabilizando o exercício da autonomia. Conclusão: No cenário de desenvolvimento desse estudo, a Terapia Ocupacional passou a compor a primeira aliada à propulsão de mudanças individuais e coletivas por integrar os preceitos da Reforma Psiquiátrica em sua prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Institucionalização, Custódia, Terapia Ocupacional.

OCCUPATIONAL THERAPY IN A HOSPITAL OF CUSTODY AND PSYCHIATRIC TREATMENT

ABSTRACT: Psychiatric Treatment and Custody Hospitals are institutions antagonistic to the current mental health policy, due to their being organized and managed by the prison system. As such, they are characterized by a reality immersed in rigid disciplinary standards. Occupational therapy, in such spaces, seeks to promote transformations in their care model. Objectives: Present and discuss Occupational Therapy measures in a psychiatric treatment and custody hospital, based on the propositions of the Psychiatric Reform. Methods: A descriptive study with a qualitative approach, using experience reports, obtained in a Psychiatric Treatment and Custody Hospital in a northeastern capital city, during the period between July and October 2016. The data sources were an analysis of the documentation of its activities, verbal reports and the lived clinical experience. Results: The Occupational Health Measures in the institution were developed based on the convening of an open therapy group, with 24 individuals participating in the intervention sessions, some with a history of internment in psychiatric hospitals prior to admission to the Psychiatric Treatment and Custody Hospital and with readmission to the institution. Based on the realization of these activities, the occupational therapy interventions facilitated the construction of spaces, which made the exercise of autonomy possible. Conclusion: In the course of the development of this study, Occupational Therapy began to compose an initial allay, driving individual and collective changes by integrating the precepts of the Psychiatric Reform in its clinical practice.

KEYWORDS: Mental Health, Institutionalization, Custody, Occupational Therapy.

1 | INTRODUÇÃO

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) se configuram como espaços destinados às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei; seu arquetipo foi inaugurado no Brasil há aproximadamente um século, na cidade do Rio de Janeiro, sobre a denominação de manicômio judiciário.

Desde sua fundação possuem caráter ambíguo, pois se autodenominam como um lugar de cuidado em saúde mental, mas se inserem e são regidos pelo sistema prisional (FILHO; BUENO, 2016). O envolvimento das duas grandes áreas do saber – saúde e justiça - em prol das ações de cuidados, demonstra insucesso na superação dos conflitos sociais arraigados às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, tendo em vista que a conduta institucional dos HCTPs possui como eixos centrais a manutenção da ordem e proteção social, por meio da preservação de práticas que promovem a exclusão social (CARRARA, 2010).

Segundo Carrara (2010, p.18), “para a prisão enviamos culpados, o hospital ou hospício recebe inocentes”, que são aprisionados pelo duplo estigma: o de ser concomitantemente louco e criminoso, com efeito, a detecção da presença de sofrimento mental aprisiona ainda mais os sujeitos, que passam a ser automaticamente inseridos em um sistema que preza primordialmente pela cessação de periculosidade, determinada pela remissão dos sintomas característicos das afecções mentais (IBRAHIM; VILHENA, 2014).

Cessado o período de avaliação de sanidade mental e tendo sido constatada a necessidade de internação, os indivíduos reclusos nos HCTPS são submetidos à medida de segurança, regime de intuito terapêutico característico da instituição, que delimita apenas o tempo mínimo de internação (FILHO; BUENO, 2016).

A conduta institucional é composta por inflexíveis padrões disciplinares que se opõem ao exercício da autonomia e violam a dignidade humana (SALLES; BARROS, 2006). A realidade meramente carcerária é evidenciada mediante a percepção dos internos de algumas dessas instituições, que as classificam como prisões e discorrem sobre a necessidade de voltar para casa, ainda que em sua realidade familiar continuem padecendo em decorrência do estigma e da exclusão social presentes em seu cotidiano. (FILHO; BUENO, 2016; SALLES; BARROS, 2006).

Desse modo os HCTPS não podem ser considerados como uma instituição que promove saúde mental, pois são contraditórios aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que ressignifica as formas de pensar e fazer em saúde mental e inaugura espaços de inclusão, comprometidos com o exercício pleno da cidadania e respeito a dignidade humana (ASSAD; PEDRÃO, 2011). Porquanto a Reforma Psiquiátrica é um processo vivo e contínuo marcada por lutas frente à indignação contra a violação dos direitos das pessoas com transtorno mentais, que segue perenemente ocasionando mudanças nos serviços e em todos envolvidos no processo de cuidado (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Mudanças também oportunizadas por intermédio dos novos dispositivos técnicos em saúde mental, que rompem com a visão reducionista dos sujeitos, estritamente fixada às afecções mentais e suas sintomatologias, expondo o quão nocivo é a manutenção do modelo hospitalocêntrico, por não atender às necessidades reais dos sujeitos, perpetuando a proliferação do estigma e deixando-os à margem da própria história, além de comprovadamente o processo de internação acarretar mais sofrimento que o próprio adoecimento mental em si. (BARJA, RIBEIRO, TEIXEIRA, 2006).

Engajados nos processos de transformações no campo da saúde mental encontram-se diversos agentes, tendo destaque nesse estudo a atuação da Terapia Ocupacional que busca incessantemente promover a ruptura de práticas que alimentem condutas desumanas.

Conforme afirma Assad e Pedrão (2011), a instalação da Reforma Psiquiátrica, acarreta novas formas de intervenção na prática terapêutica ocupacional, pois a

centralidade do tratamento deixa de ser restrita às demandas institucionais e passa a se direcionar às pessoas e suas necessidades, tendo como pressuposto a promoção da autonomia e independência.

Nesta perspectiva, este trabalho objetiva apresentar e discutir ações da Terapia Ocupacional em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico com base nas proposições da Reforma Psiquiátrica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº CAAE 38396514.1.0000.5011, desenvolvido em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de uma capital do Nordeste, mediante parceria firmada entre a coordenação de um curso de Terapia Ocupacional de uma universidade pública e a Secretaria de Estado da Ressocialização e da Inclusão Social da região.

A construção aqui apresentada é resultado das intervenções realizadas no período de julho a outubro de 2016, totalizando nove encontros. Durante esse período estudantes do 4º ano do curso de Terapia Ocupacional, em conjunto com duas monitoras do 5º ano e a professora responsável pela disciplina de Terapia Ocupacional aplicada à Saúde Mental desenvolveram uma vez por semana atividades que duravam cerca de 1h30min com os internos da instituição.

Foram disponibilizados três espaços amplos para a realização das atividades (auditório, sala de fisioterapia e de praxiterapia) com capacidade mínima para comportar 50 pessoas e materiais como aparelho de som, pincéis, cartolinas, tintas, cola, instrumentos musicais, lápis de cor, hidrocor, tesouras, lápis, revistas, folhas A4, cadeiras, mesas e colchonetes.

A intervenção terapêutica ocupacional advinda por intermédio da universidade seguiu os processos de trabalho inerentes ao de uma clínica escola: autorização da instituição, conhecimento da população e inserção dos alunos a fim de expandir seu processo de formação acadêmica a partir do *feedback* que se estabelece entre a construção teórica e seu exercício prático.

A aproximação dos alunos com a prática oportunizou um amplo espaço de construção, para tanto todas as atividades propostas e realizadas ocuparam mais de um momento de discussão em grupo, inicialmente discutiam-se as possibilidades e viabilidade das propostas terapêuticas diante do conhecimento acerca da população, em seguida era produzido o relatório com a análise da atividade e, por conseguinte, após a aplicação da atividade, estendia-se o momento de discussão, baseado em questões específicas como os alcances da proposta e as dificuldades encontradas tanto pelos alunos ao conduzi-las como as demonstradas pelos participantes ao desenvolvê-las.

Quanto às atividades propostas, estas se subdividiam em dois momentos: o

primeiro, com uma atividade com menor tempo de duração, que trazia como objetivos a descontração, desinibição do grupo, memorização dos nomes, integração grupal, estímulo inicial à percepção corporal, entre outros; e o segundo, denominado atividade principal, concentrava-se em ações de ordem mais subjetivas como expressão dos sentimentos, trocas interpessoais, estímulo à habilidades cognitivas, processos criativos e processos facilitadores de auto e heteropercepção.

Os dados utilizados na produção deste relato são provenientes dos documentos de análise das atividades, relatos verbais, as experiências clínicas vividas e as impressões registradas no diário de campo das pesquisadoras.

3 | BREVE PERFIL DA POPULAÇÃO ASSISTIDA

Participaram dos momentos de intervenções uma média de 24 indivíduos; 21 homens e três mulheres. Destes, os com maior tempo de internação, estavam no HCTP há 6 anos e, os com menor tempo, estavam internados há menos de um ano. Quanto ao acompanhamento em hospitais psiquiátricos anterior à admissão no HCTP, a maioria apresentava histórico de internações frequentes nos hospitais psiquiátricos da região, e entre os participantes, quatro deles estavam em sua segunda internação no HCTP. Agrupado de acordo com o CID 10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993), o diagnóstico de esquizofrenia se constituiu o mais frequente, quanto às infrações penais, se destacam os crimes contra a vida, havendo o desfecho fatídico de que a maioria das vítimas se constitui por familiares de primeiro grau. Em relação aos dados sociodemográficos, apenas um indivíduo possuía nível superior completo, os demais não conseguiram concluir o ensino fundamental, além de alguns nunca terem ido à escola; prevaleceu a faixa etária de 21 a 49 anos e no que se refere ao contexto profissional em que se inseriam, a maior parte se caracterizava por trabalhadores agropecuários e trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.

4 | A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO HCTP

Atualmente o quadro de profissionais de nível superior da área da saúde dispostos no HCTP não contempla a presença de terapeutas ocupacionais na equipe, apesar de haver a percepção sobre sua necessidade por parte da gestão e de alguns profissionais do serviço, desde 2008 a instituição não tem no quadro de trabalhadores da saúde este profissional.

A admissão do HCTP como cenário de prática esteve pautada em pesquisas científicas desenvolvidas entre os anos de 2015 e 2016 pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva da universidade, estas promoveram o conhecimento do perfil dos internos, levantamento qualitativo de suas necessidades, conhecimento

dos mecanismos de cuidado adotados pela instituição, percepção dos trabalhadores com relação à reforma psiquiátrica, à reabilitação psicossocial e à Terapia Ocupacional.

No tocante aos resultados das referidas pesquisas, alguns aspectos do funcionamento da instituição em consonância com seus ideais de promoção da saúde são profundamente relevantes, como a manutenção da hegemonia do diagnóstico, descaracterização dos sujeitos, promoção da ruptura dos laços sociais e a medicalização como centralidade do tratamento. Em meio à realidade que as investigações puderam desvelar, a Terapia Ocupacional adentra na instituição, por meio de parceria interinstitucional, buscando responder às demandas dos internos bem como à percepção da necessidade de sua presença pela equipe de trabalhadores da saúde. Incumbidos de cumprir tamanha tarefa, um grupo de alunos, sob a orientação e supervisão de uma única terapeuta ocupacional, a professora responsável, buscaram promover formas de enfrentamento da realidade prisional-terapêutica, à luz dos referenciais da Reforma Psiquiátrica.

A presença da Terapia Ocupacional no HCTP foi precedida pelo entusiasmo dos internos, revelado desde o primeiro contato - reservado as apresentações, entrosamento do grupo e esclarecimentos, fornecidos por meio de uma construção compartilhada sobre a atuação terapêutica ocupacional, conceituação e contribuição. Para tanto, após as apresentações, foi lançada ao grupo de pacientes, a seguinte pergunta: o que é Terapia Ocupacional? Instantaneamente alguns pacientes se prontificaram a responder, entre as respostas fornecidas havia nitidamente um consenso, o de que a Terapia Ocupacional os ajudaria a melhorar a mente e de que traria tranquilidade.

As ações da Terapia Ocupacional na instituição pautaram-se em um único modelo de análise de atividade, consistindo no seguinte roteiro: nome dos integrantes do grupo, nome da atividade, objetivos, descrição das atividades/procedimentos, aplicação/estratégias, materiais utilizados, resultados esperados e resultados alcançados.

É preciso destacar que todas as atividades foram desenvolvidas a partir da constituição de um grupo aberto heterogêneo de Terapia Ocupacional (CUNHA; SANTOS, 2009), portanto, todos os pacientes dispostos nos ambientes irrestritos, localizados no pátio, auditório e próximos aos dormitórios, eram convidados a participarem das propostas desenvolvidas.

Em todos os momentos de intervenção foram aplicadas duas atividades, a primeira com menor tempo de duração, cerca de 20 a 30min, que objetivava promover a interação grupal, expressão corporal, além de estimular algumas habilidades cognitivas como a atenção e concentração, e a segunda denominada atividade principal, com maior tempo de duração.

Abaixo seguem algumas das atividades principais desenvolvidas nos encontros,

com suas descrições, objetivos e alguns resultados:

Atividade 1: Olá, como vai?

Com o intuito de promover o entrosamento e a apresentação dos componentes do grupo, foi proposta a divisão dos participantes em duplas de modo que cada dupla pudesse se conhecer, a partir de um roteiro de conversa com perguntas referentes à identificação e preferências, sugerido pela coordenadora do grupo e por alguns participantes. Cada dupla teve um tempo de 20min para a troca de informações. Ao final desse processo foi proposta a formação de uma roda com todos participantes e, a partir disso, cada membro da dupla pôde fazer a apresentação do seu parceiro (a).

As informações trocadas, como idade, interesses/preferências e escolaridade, oportunizaram algumas analogias, bem como a surpresa em saber que alguns possuíam os mesmos interesses musicais, esportivos e culinários, além de idade e funções profissionais equivalentes.

Atividade 2: Retrato da vida

Apartir do entrosamento do grupo, houve o aditivo de outros objetivos: estimular a criatividade e estimular o autoconhecimento; estes objetivos permaneceram ao longo das demais propostas. Nesta, especificamente, os participantes foram orientados a buscarem em revistas, gravuras que os representassem, com o propósito de formarem um painel, para se retratarem, finalizando com o desafio de apresentarem o significado atribuído a cada figura escolhida.

Diante da possibilidade de uma criação livre e com mediana variedade de materiais, os “retratos da vida” criados, expressaram o processo criativo de cada participante, aliado à possibilidade de um momento de autoconhecimento e breve reconstrução de laços sociais externos à instituição, ao recordarem e apresentarem ocasiões frutíferas e importantes de suas vidas.

Durante as apresentações dos “retratos da vida”, foi possível observar que as falas de alguns pacientes, bem como as imagens, contavam uma história de vida que não demonstrava ter relação com o futuro, os elementos que os representavam localizavam-se apenas no passado, restrito a explicações sobre a ocorrência do delito.

Atividade 3: Como eu estou agora?

Com o objetivo principal de proporcionar um momento de reflexão e expressão, os participantes foram orientados a construírem uma máscara, de modo que pudessem com isso responder como estavam se sentindo. Para tanto foram disponibilizados alguns moldes, desenhos contendo apenas o contorno de faces

masculinas e femininas, além dos materiais necessários ao desenvolvimento das expressões.

As expressões produzidas em algumas máscaras não possuíam evidente tradução sobre os sentimentos que pretendiam demonstrar, no entanto, quando questionados sobre o significado que a elas atribuíam, muitos expressaram representações de felicidade e tristeza ao mesmo tempo; por serem sentimentos antagônicos, ao serem estimulados, justificaram que, exteriormente aparentavam uma coisa, mas interiormente o sentimento era outro, como se houvesse a necessidade de parecerem felizes, apesar de interiormente sentirem-se tristes.

Atividade 4: Quebra-cabeça

Nesta atividade os participantes foram divididos em grupos, cada grupo continha em média cinco pessoas, foi dada a orientação para que em uma cartolina os membros do grupo criassem alguma arte com os materiais recebidos. Ao finalizarem esta primeira tarefa, a cartolina deveria ser dividida em várias partes e misturada as dos demais grupos, de modo que, aleatoriamente, cada participante escolhesse uma peça e o quebra-cabeça pudesse vir a ser montado no final, gerando novos grupos, bem como oportunizando o contato e apreciação com as outras criações.

Os quebra-cabeças criados foram de representações variadas, concretas e abstratas, para tanto seu processo de construção contou com o envolvimento de todos os participantes do grupo. Decidir sobre o que produzir requereu que as ideias fossem compartilhadas e aceitas por todo o grupo; quanto ao fazer, as tarefas foram espontaneamente adequadas às habilidades de cada sujeito (cortar, desenhar, pintar, colar), desse modo, nenhum dos presentes se absteve do desenvolvimento da atividade, contribuindo ativamente, de acordo com suas potencialidades.

As atividades supracitadas foram selecionadas de acordo com o perfil dos internos (levantado em pesquisa anteriormente realizada) e a partir do conhecimento da rotina institucional - cuja centralidade do tratamento se restringia aos meios farmacológicos, estando desativados os grupo e oficinas. A análise das atividades (objetivos, limites, dificuldades e alcances) foi realizada em grupo, pelos estudantes e docente responsável, ao final de cada encontro.

5 | DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que na clínica da Terapia Ocupacional o desenvolvimento das atividades por parte de sua clientela, o fazer, ocupa lugar de destaque, por representar a relação que o indivíduo estabelece consigo e com o meio que o cerca. Conforme Barros (2010), é mediante a aplicação de atividades que os terapeutas ocupacionais conduzem sua clientela à descoberta da infinitude

das possibilidades humanas; por sua vez, a relação que esses estabelecem com a matéria concomitantemente os transformam na direção do exterior para o interior.

Em consonância com os ideais da Reforma Psiquiátrica, o desenvolvimento das ações da Terapia Ocupacional no HCTP seguiu os moldes das novas formas de cuidar em saúde mental, que buscam a superação da exclusão social, a partir de medidas terapêuticas que se atentam a singularidade de cada sujeito.

Dessa forma, os principais desafios, pertinentes ao exercício profissional, corresponderam à precariedade das ações de cuidado ditas de saúde mental a que a instituição se propõe, pois restringem a saúde apenas ao conceito de ausência de doenças.

Segundo Silva (2012), além das rupturas dos laços sociais, gerados pela forma excludente de tratamento destinada aos portadores de transtorno mental em conflito com a lei, a rotina institucional é responsável por ocasionar déficits cognitivos em função da escassez de estímulos, visto que tendem a impulsionar os indivíduos a viverem em favor do esvaziamento de sentido imposto pelo ócio.

Silva (2012), também aponta que a relação entre mente e corpo constitui uma realidade indivisível, visto que, o corpo expõe as representações mentais. Em comparação com tais conceitos a ausência de contato entre os internos, exposto nas atividades 01 e 02, remontam a um cenário de aprisionamento dos indivíduos no próprio sofrimento mental, que os impossibilita de ir ao encontro do outro, tanto de forma subjetiva quanto concreta, apesar de dividirem por meses ou até mesmo por longos anos o mesmo espaço.

De acordo com Maximino e Liberman(2015), muitas vezes os sujeitos das intervenções terapêuticas ocupacionais têm dificuldade na comunicação, não no sentido restrito da capacidade de fala, mas na dificuldade de expressar pensamentos, sentimentos e de se relacionar com o outro, o que se evidencia mediante a dificuldade dos componentes do grupo ao falarem sobre si e suas preferências; precisaram de um roteiro pré-estabelecido que pudesse direcionar o momento de trocas e algumas vezes de perguntas que demonstrasse as categorias das preferências (música, literatura, esporte, lugares, entre tantas outras).

Em um período relativamente curto, os pacientes passaram a procurar o grupo de estudantes, batendo na porta da sala em que eram realizadas as discussões, buscando informações sobre os encontros; a partir disso, tornou-se possível perceber que paulatinamente o grupo de estudantes passou a integrar o cotidiano institucional e contribuir para a superação das dificuldades pessoais, grupais e, inclusive, institucionais.

A partir dessa integração, resultante da formação de vínculo, que as relações entre os acadêmicos e os pacientes tornaram-se mais estreitas e o grupo aberto de Terapia Ocupacional passou a ser percebido como um espaço favorável às trocas interpessoais, formado por elementos e características que dizem respeito à história de vida de cada integrante.

Quando os indivíduos são estimulados e respondem com o seu fazer sobre quem são e como se sentem, conforme as atividades sugeridas no grupo de Terapia Ocupacional, concentram-se na identificação de característica que os representem, fazendo-se necessário resgatar memórias que dizem respeito a sua vida, a sua história e ao seu cotidiano. Ao falarmos de cotidiano, a produção dos pacientes nas atividades supracitadas demonstra que a estadia no HCTP não agrega valores à suas vidas, ao contrário, potencializa o sofrimento por introjetarem a percepção de que são socialmente inaptos ao convívio.

Pádua e Morais(2010), em um estudo sobre oficinas expressivas, expõe o potencial das atividades expressivas e os privilégios de sua utilização, visto que abrem espaço para o uso da arte no sentido da valorização da subjetividade, que não pertence ao domínio das normas sociais, o fazer nesse sentido supera os padrões e a ditadura da normalidade, é próprio de cada sujeito, lhe permite ousar, transformar o que deseja, comunicar desejos e pensamentos, vai de encontro a lógica manicomial, pois devolve a capacidade criadora e a liberdade de ser.

Nessa perspectiva, as atividades desenvolvidas e aqui relatadas, trazem os mesmos ideais que Pádua e Morais (2010) revelam em parte de seu estudo sobre as oficinas expressivas, pois estimularam uma construção livre e heterogênea, que se articula no enfrentamento de uma realidade que produz e potencializa o sofrimento. Além de permitirem por parte dos indivíduos o uso de sua capacidade criativa, propiciaram um momento de encontro com suas emoções e sentimentos e proporcionaram a aquisição de elementos estruturantes, como a atribuição de significados ao que produz e as formas alternativas de comunicar seu estado emocional.

Em face disso, as ações da Terapia Ocupacional buscaram destituir o lugar triunfante do adoecimento mental e das infrações penais, centrando-se nos sujeitos, suas histórias e em suas necessidades, de forma a conduzi-los à retomada da consciência de seus papéis ocupacionais, para além da internação.

Dessa forma, todas as atividades buscaram promover os sujeitos e suas ações dentro do coletivo a partir do grupo aberto de Terapia Ocupacional, inaugurando na instituição um espaço para a ressignificação do cotidiano, portanto, as atividades realizadas possuíam relação com o mundo de significados pertinente a cada indivíduo, pois, por mais que algumas aparentemente exigissem o desenvolvimento de tarefas relativamente simples, como escolher a cor ou os materiais para criação dos cartazes, estas constituem, na realidade, tarefas complexas, que carecem do exercício da autonomia do sujeito em meio a uma realidade onde não se pode escolher nem o que ao menos vestir.

Todas as intervenções encerravam-se com um momento de compartilhamento, um espaço reservado ao posicionamento dos pacientes sobre as atividades vivenciadas. As falas trazidas nos momentos de compartilhamento traziam a insistente referência de que a vida acontece longe dos muros de instituições fechadas, ao

apresentarem seus desejos de retornarem aos seus papéis ocupacionais - pai, filho, esposo, trabalhador- tanto quanto o desejo de serem livres.

Por fim, o grupo terapêutico e as atividades expressivas desenvolvidas nesse estudo apresentaram objetivos e benefícios similares aos de outros estudos (MONTREZOR, 2013; CONSTANTINIDIS, CUNHA, 2016; PÁDUA, MORAIS, 2010), pois sobretudo, constituíram um espaço de produção de vida e de descobertas de novas formas de enfrentamento das adversidades, configurando-se também como uma estratégia de intervenção efetiva na clínica da Terapia Ocupacional.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário de desenvolvimento dessa experiência, a Terapia Ocupacional impulsionou mudanças na rotina institucional, reativando dispositivos como o grupo, promovendo novas discussões em torno das necessidades dos pacientes por parte da gestão e dos profissionais da saúde.

Decerto, as fragilidades institucionais não imobilizaram o desenvolvimento das ações da Terapia Ocupacional, imersos na busca por mudanças, os pacientes fizeram-se assiduamente presentes a cada encontro semanal, envoltos dos ideais que a Reforma Psiquiátrica encerra: uma vida sem institucionalizações.

Aprópria instituição, representada por seus gestores e profissionais, ao estimular a parceria com a Universidade e, ao permitir ações que por vezes apresentaram-se bastante diferenciadas do roteiro cotidiano de suas intervenções, mostra que também está aberta às transformações.

O desafio, portanto, é justamente criar estratégias para que os muros institucionais possam ser minimizados e que a inclusão seja feita não apenas entre os espaços intra institucionais, mas que espaços que contemplem o território de vida dessas pessoas possam fazer parte dessas intervenções. Abrindo caminho para que a Reforma Psiquiátrica adentre seus portões!

REFERÊNCIAS

ASSAD, F.; PEDRÃO L.J. O significado de ser portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano. SMAD, **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), v.7, n. 2, p.92-97, 2011.

BARJA, A.M.; RIBEIRO, C.A.C.; TEIXEIRA, B. **Abrem-se as cortinas do hospital psiquiátrico: a Terapia Ocupacional construindo um novo cenário de atenção a saúde mental.** X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, UNIVAP, 2006.

BARROS, M. M. M. A atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Sobral – Ceará. Revista **CETO**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 62-75, 2010.

CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v.20, n.1, p.16-29, 2010.

CONSTANTINIDIS, T.C.; CUNHA, A.C. Desinstitucionalizando conceitos: a Terapia Ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental. In: MATSUKURA, T.S.; SALLES, M.M. **Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2016.p37-60.

CUNHA, A. C. F.; SANTOS, T. F. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da Terapia Ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v.17, n.2, p. 133-146, 2009.

FILHO, M.M.S.; BUENO, P.M.M.G. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciênc. Saúde Coletiva**,v.21, n.7, p.2101-2110, 2016.

IBRAHIM E.; VILHENA, J.D. Manicômio Judiciário: é Possível ao Louco-Criminoso resistir? *Psicol. ciênc. Prof.* v.34, n.4, p.879-893,2014.

MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. Cenas em formação: buscando na prática os pressupostos para o que fazemos com grupos. In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F.(ORGS.). **Grupos & Terapia Ocupacional: Formação, pesquisa e ações**. São Paulo: Summus, 2015.p10-26.

MONTREZOR, J. B. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes em saúde mental. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar. São Carlos, v.21, n.3, p.529-536,2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10. Porto Alegre: Editora Artmed, 1993.

PÁDUA, F.H.P.; MORAIS, M.L.S. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicologia USP**. São Paulo, v.21, n.2, p. 457-478, 2010.

RIBEIRO, M.C.; MACHADO, A.L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.19, n.2, p.72-5, 2008.

SALLES, M. M.; BARROS, S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social louco. *Imaginário*, v.12,n.3, p.397-418, 2006.

SILVA, G. D. P. F. Corpo: uma representação para a saúde mental. Anais do XII Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. Curitiba: Centro Reichiano, 2012.

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.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aging 2

Atividade física 1, 2, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 24, 36, 41

C

Cerebral palsy 16, 17, 25, 26

Chronic Pain 28

Cirurgia bariátrica 6, 39, 40, 41, 42

Complicações Pós-Operatórias 39, 40

Custódia 56, 57, 59

Custody 57

D

Dor crônica 5, 27, 29, 33

Dor lombar 27, 32, 33, 36, 38

E

Envelhecimento 1, 2, 13, 14, 15

Exercício 1, 3, 7, 13, 14, 15, 39, 41, 48, 56, 58, 59, 64, 65

F

Fisioterapia 2, 5, 16, 25, 26, 27, 30, 33, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 59

Funcionalidade 16, 18, 34, 37

Functionality 17, 37

G

Groups 2, 47

Grupos 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 23, 47, 48, 49, 54, 63, 67

H

Human Activity 47

I

Institucionalização 57

Institutionalization 57

M

Manipulações Musculoesqueléticas 27
Mental Health 47, 57
Mobilidade 16, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 29, 43
Mobility 17, 25
Musculoskeletal Manipulations 28

O

Obesidade 33, 39, 40, 42, 43
Obesidade 37, 39
Occupational Therapy 47, 57
Órteses 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26
Orthotics 17

P

Paralisia cerebral 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Physical activity 1, 2, 36
Physical Therapy Specialty 40
Postoperative period care 40
Postoperative pulmonary complication 40

S

Saúde Mental 5, 47, 48, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 66, 67
Sedentário 1
Sedentary lifestyle 2
Sexualidade 1, 2, 12, 13, 14, 15
Sexuality 2, 15

T

Terapêutica 20, 30, 41, 47, 53, 54, 58, 59, 61
Therapeutics 47

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-659-1



9 788572 476591