

Eixo Terapia Ocupacional nas Práticas Clínicas

Mapeamento da oferta de oficinas ortopédicas no território brasileiro

Thamires Gonçalves Pinto

Lidiane Barbosa Oliveira Souza

Rebeca Barros da Silva Cunha

Luciana Castaneda Ribeiro

Este estudo objetiva caracterizar o serviço de Oficinas Ortopédicas, bem como analisar espacialmente, para identificação e distribuição desse serviço no território nacional. Foram realizadas análises dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no qual pode-se caracterizar as categorias do serviço, a distribuição do serviço por regiões, estados e municípios do país, a relação percentual entre a oferta de Oficinas Ortopédicas e os municípios da Unidade Federativa, e o percentual de oferta do serviço, no que cerne a modalidade do mesmo. Observou-se um maior quantitativo de Oficinas Ortopédicas Fixas nos estados brasileiros em contraste às Oficinas Ortopédicas Itinerantes, a esfera administrativa majoritária via Entidades sem fins lucrativos, maior concentração de oferta em região Sudeste e Nordeste, e menor oferta no Sul do país. Em função desses dados, pode-se observar a necessidade de maior distribuição de oficinas por região, além da ampliação da categoria Itinerante e a necessidade de fomentar estudos acerca da temática.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação, Serviço de saúde, Equipamentos de Autoajuda, Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A média complexidade é um nível de atenção à saúde, com densidade tecnológica intermediária, que oferta serviços especializados à população em condições de saúde que

requeiram cuidado especializado não preconizado pela atenção primária e terciária (BRASIL, 2007). A prática desse modelo fundamenta o diagnóstico e a intervenção terapêutica, além do atendimento de urgência e emergência (ERDMANN, 2013).

Neste nível estão inseridos os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), como o Centro Especializado em Reabilitação (CER) e a Oficina Ortopédica. Esses serviços ampliam de maneira constitucional os pontos de atenção à saúde às pessoas com deficiência temporária ou permanente (BRASIL, 2012). A RCPCD deverá se articular com diferentes redes de atenção à saúde, como: os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e com Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, contribuindo, junto à equipe multiprofissional, para a integralidade do cuidado do sujeito (BRASIL, 2012).

O CER é habilitado a realizar atendimento especializado em reabilitação, e é organizado de forma a agrupar as modalidades de reabilitação (auditiva, intelectual, física e visual). Referindo-se a modalidade de reabilitação física, a Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012, define que esse serviço deve se articular e vincular à Oficina Ortopédica Fixa (BRASIL, 2012, 2013a, 2013b).

A Oficina Ortopédica realiza a dispensação, confecção e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) (BRASIL, 2013a, 2013b). Essas são categorizadas Fixas (Tipo III) e Itinerantes, a primeira, é um local físico, que promove suas ações à comunidade onde está inserida, a segunda divide-se em Terrestre (Tipo II) e Fluvial (Tipo I), caracterizadas principalmente pela promoção do acesso às populações que têm difícil acesso às Oficinas Ortopédicas Fixas. Estes serviços ofertam à confecção, ajustes e pequenos consertos de OPM (BRASIL, 2013a, 2013b).

As Itinerantes Terrestres levam o serviço à população que não tem acesso a oficina ortopédica fixa, e são ambientadas em caminhões adaptados, possuem os principais recursos de uma oficina ortopédica (BRASIL, 2013a, 2013b). Já as Fluviais promovem o acesso às ações de saúde funcional de comunidades que têm difícil acesso às oficinas ortopédicas de tipo II e III, primordialmente através do uso de transporte fluvial, no entanto, pode ser via transportes terrestre ou aéreo. Os equipamentos dessa modalidade são portáteis, de menor complexidade e fácil manuseio (BRASIL, 2013a, 2013b).

Tendo em vista a falta de estudos englobando as características e distribuição de Oficinas Ortopédicas no Brasil, espera-se que essa pesquisa contribua com a ampliação e

compreensão desse equipamento tão importante no que tange a materialização da RCPCD. Dessa forma, será abordado nesse estudo: o mapeamento da oferta desse dispositivo em território nacional, além da verificação de como estão distribuídas, o tipo de modalidade e seu público alvo.

MÉTODOS

Os dados da pesquisa foram disponibilizados pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, que continham a identificação das Oficinas Ortopédicas no Brasil, com dados atualizados acerca de serviços de Reabilitação no Brasil, que haviam sido habilitados pelo Ministério da Saúde até abril de 2019. Nas variantes haviam dados da região geográfica, unidade federativa (UF), município, número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nome do estabelecimento, tipo de serviço e modalidade de serviços ofertados. E foram incluídas duas variáveis no banco de dados, tipo de gestão e natureza jurídica, a partir de busca no CNES.

Foram estabelecidas as seguintes variáveis para caracterização da oferta de Oficina Ortopédica no Brasil: 1) região geográfica; 2) UF; 3) quantidade de municípios com Oficina Ortopédica por UF; 5) percentual de Oficina Ortopédica em relação ao total de municípios da UF; 6) Modalidade do serviço (Fixa e Itinerante). Os dados foram analisados por medidas resumo-numéricas. Para os desfechos categóricos foram calculados os valores de frequência absoluta e frequência relativa percentual.

RESULTADOS

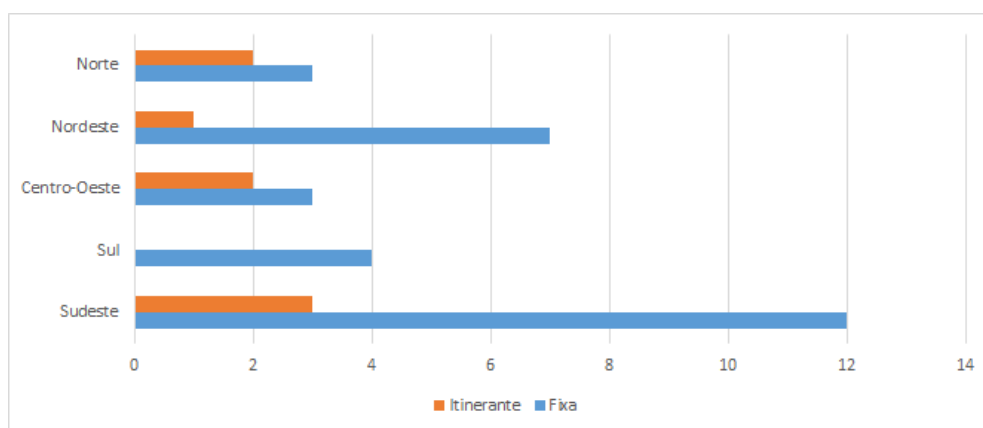
Atualmente o Brasil conta com 37 Oficinas Ortopédicas distribuídas regionalmente, desse total, aproximadamente 78% são da modalidade Fixa e aproximadamente 22% é Itinerante. A administração sem fins lucrativos totaliza 73% dos serviços, enquanto 27% são de administração pública. A gestão municipal totaliza mais de 67% dos equipamentos, já a estadual contabiliza mais de 32% da gestão.

Categoria do serviço	f	fr-%
Categoria do serviço		
Fixa	29	78,4
Itinerante	8	21,6
Esfra administrativa		
Administração pública direta	10	27
Entidade sem fins lucrativos	27	73
Tipo de gestão dos serviços		
Municipal	25	67,6
Estadual	12	32,4

Fonte: Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, Ministério da Saúde.

As regiões Sudeste e Nordeste concentram a maior oferta de serviço por região geográfica, respectivamente. Já a região Sul obteve a menor oferta desse serviço comparado com as outras regiões, além da ausência de Oficinas Ortopédicas Itinerantes. Observou-se também, a maior presença de Oficinas Ortopédicas Fixas em comparação com as Itinerantes entre as regiões.

Gráfico 1 - Distribuição de categoria de serviço de Oficinas Ortopédicas por região geográfica (n=37).



Fonte: Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, Ministério da Saúde.

Dezessete (63%) UF's estão amparadas por ao menos uma Oficina, em um território composto por vinte sete UF's. Explicitando a ausência do dispositivo nas UF's de Amapá, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Paraná, Roraima, Tocantins e Sergipe.

DISCUSSÃO

Apesar do disposto legalmente, no que se refere a importância das várias modalidades do equipamento, ainda se apresenta mínimo o quantitativo de Oficinas Ortopédicas Itinerantes habilitadas (BRASIL, 2019). Nos dados fornecidos não há presença de Oficinas Tipo I, e oito (22%) se referem as de Tipo II, totalizando somente oito Oficinas Itinerantes em todo território nacional.

Os déficits na implementação do serviço se estendem, direcionados dez estados nos quais estão ausentes quaisquer equipamentos, independente de modalidade, explicitando um importante vazio existencial. Este dado contrasta ao ser comparado ao exposto anteriormente visto que quatro (40%) das dez UFs negligenciadas supracitadas pertencem a região com maior concentração de oferta do serviço.

Os números também se apresentam díspares ao analisar a quantidade de CER (II e III) habilitados a atender as demandas de reabilitação física. São 176 equipamentos (BRASIL, 2019) que deveriam estar vinculados a Oficinas Ortopédicas Fixas, de acordo com a portaria que regula tais equipamentos (BRASIL, 2012), para contemplar o quantitativo de OPM requeridos. Este acaba por ser excedente visto que somente 37 Oficinas não comportam a demanda de toda a população brasileira inserida na RCPCD, resultando na demora para a dispensação dos recursos e no aumento dos processos de judicialização através do Ministério Público para adquirir produtos assistivos concedidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas que por quaisquer justificativas foram negados.

A presença majoritária de gestões realizadas por entidades sem fins lucrativos (73%), sob as gestões de administração pública direta (27%), reforça a problemática da necessidade de forte inserção de instituições filantrópicas para que o sistema de assistência à população que apresenta deficiências físicas se mantenha ativo, sendo uma importante crítica a implementação de políticas públicas de saúde e pouca ampliação do Estado de Bem Estar Social no cenário brasileiro (PAIM et al., 2012).

Os equipamentos analisados neste estudo lançam mão da estratégia de cuidado pautado na aplicação de tecnologias leves e leve-duras, esta modalidade tal qual Merhy (2003), afirma estar alicerçada à produção de comunicação, vínculos, autonomia, e gerenciamento de trabalho e, de encontros com o subjetivo, mediado entre equipe profissional e usuários do serviço. Sua

aplicabilidade está explicitamente presente desde o acolhimento, à construção do Projeto Terapêutico Singular, em um fluxo contínuo que permeia o cuidado integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de políticas que regulamentam a quantidade de Oficinas no território brasileiro prejudica a oferta de pontos de atenção à saúde à pessoas com deficiência, sendo necessário então a maior distribuição de oficinas tanto no que tange a distribuição entre as próprias UFs das regiões como também entre as regiões, tendo em vista a pouca oferta de equipamentos e a ausência em algumas regiões. A discrepância entre a oferta de Oficinas Fixas e Itinerantes mostra a necessidade de ampliação da segunda categoria, visto que esta tem como objetivo promover o acesso às populações com difícil acesso à primeira.

A esfera administrativa também tem de ser revista para que o Estado através da administração pública direta possa viabilizar a expansão do Estado de Bem Estar Social. Sugere-se como futuro estudo a avaliação desses equipamentos visando analisar se tais serviços cumprem o preconizado pela portaria que os regulamenta, se as tecnologias leves de cuidado estão sendo aplicadas e se o cuidado integral está sendo realizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. ed. 1. Brasília, 2007.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual** (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Brasília – DF. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sem Limite - Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas**. Brasília – DF. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. 2019.

ERDMANN, A. *et al.* À atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. ed. 21, p.1-8. 2013

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T., SANTOS, A. F., CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., MERHY, E.E. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20. parte II.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

Características pessoais, de saúde e participação em usuários de serviços de saúde de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF

Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra

Maíra Ferreira do Amaral

Edinara Kososki

Mariana Angélica Peixoto Souza

Renata Noce kirkwood

Rosana Ferreira Sampaio

A participação em situações da vida é fundamental para o desenvolvimento e permite os indivíduos adquirem habilidades e competências, estabelecem relações com outras pessoas, expressam criatividade, melhoram a saúde mental e física e elaboram significados e propósitos para a sua vida. Descrever características pessoais, de saúde e participação de usuários de serviços em saúde. Estudo transversal que avaliou características pessoais, de saúde e participação de usuários atendidos em diferentes serviços de saúde. Foi realizada estatística descritiva e os testes Qui-quadrado de Pearson e Kruskal-Wallis. Foram avaliados 532 indivíduos; a maioria sem restrição na participação (57,7%); do sexo feminino (60,3%); adultos (75,6%); com 50 anos de idade. A maioria tinha até 8 anos de estudo (57,9%); vive sem companheiro (51,3%); está afastada do trabalho (62,6%); e ganha entre 1 e 3 salários mínimos (57,6%). 36,7% praticam atividade física; e 51,8% consideram sua saúde boa/muito boa. 55,5% têm dois ou mais diagnósticos e 54,3% são crônicos. As características pessoais que mostraram associação significativa com restrições na participação foram sexo, idade, situação laboral e renda em salários mínimos (valores- $p < 0,05$). As seguintes características de saúde foram associadas aos níveis de participação: atividade física regular, hábito de fumar, avaliação de saúde, número de diagnósticos e local de coleta (valores- $p < 0,05$). Estes resultados podem direcionar o planejamento e implementação de intervenções e políticas públicas em níveis individuais e relacionados a aspectos de saúde apropriadas para reduzir as restrições e facilitar a participação.

Palavras-Chave: Serviços de saúde, Avaliação em saúde, Participação, Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde.

INTRODUÇÃO

A participação vem sendo considerada como um importante elemento para a compreensão da relação entre saúde, funcionalidade e incapacidade dos indivíduos. O modelo teórico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) apresenta a funcionalidade como uma interação dinâmica entre o indivíduo com uma condição de saúde e os elementos presentes nos diferentes contextos nos quais ele se insere (OMS, 2003). Pela CIF, a funcionalidade é entendida a partir de três componentes e pode ser entendida em uma perspectiva do corpo (funções e estruturas do corpo), do indivíduo e da sociedade (atividades e participação) (OMS, 2003).

De acordo com a OMS, participação é um dos domínios que compõem a funcionalidade humana e é definida como o “envolvimento do indivíduo em situações de vida” (OMS, 2003). Esta engloba diferentes áreas da vida social como a comunicação, a mobilidade na comunidade, a vida doméstica, o autocuidado, as interações interpessoais, o trabalho e o emprego, a educação, a vida financeira, a recreação e o lazer, a religião, e a vida política (VAN BRAKEL, 2006).

Importantes fatores são descritos na literatura como relacionados à participação, principalmente características pessoais e de saúde, como idade, gênero, nível sócio econômico, escolaridade, envolvimento em atividades laborais e autopercepção de saúde (DECK et al., 2015; HAWKINS et al, 2013; TAGAJI et al, 2013; GALENKAMP et al, 2016). Neste contexto, o objetivo deste estudo foi descrever características pessoais, de saúde e participação de usuários de serviços em saúde.

METODOLOGIA

Estudo observacional, transversal que analisou dados de usuários de serviços de saúde na atenção básica e especializadas em dois centros urbanos, localizados na região Sudeste. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade federal sob parecer nº 2.483.401/2017). Todos os dados foram coletados por pesquisadores treinados e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Amostra composta por 532 pessoas com diferentes condições de saúde, idade acima de 18 anos e de ambos os sexos. Para caracterizar os fatores pessoais foram usadas as variáveis sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, renda e situação de trabalho. As características de saúde foram mensuradas pelo número total de condições de saúde diagnosticadas, tempo de sintomas, autopercepção de saúde, hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e sedentarismo.

Para mensuração do desfecho participação foi utilizada a Escala de Participação (P-Scale), um instrumento com 18 itens que possibilita a quantificação das restrições na participação de acordo com o arcabouço teórico da CIF (VAN BRAKEL et al., 2006). Para a obtenção do escore, soma-se os valores de cada item e o valor total do escore da P-Scale varia entre 0 (zero) e 90, sendo que quanto menor o valor do teste, menos restrições o respondente apresenta em sua participação (VAN BRAKEL et al., 2006). Valores até 12 pontos indicam sem restrições na participação. Valores de escore entre 13 e 22 indicam restrição leve; valores entre 23 e 32 pontos representam restrição moderada; valores entre os limites de 33 a 52 pontos englobam pacientes com restrição severa; e, por fim, valores acima de 53 pontos indicam restrição extrema na participação (VAN BRAKEL et al., 2006).

Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva e os testes Qui-quadrado de Pearson e Kruskal-Wallis. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% e foi utilizado o software estatístico SPSS versão 21.0.

RESULTADOS

Dos 532 usuários avaliados, 57,7% não apresentam restrição na participação; 18,2% tiveram restrição leve; 8,8% restrição moderada; 13% de restrição grave; e 2,3% de restrição extrema. A maioria dos entrevistados eram do sexo feminino (60,3%); 75,6% adultos; com mediana de idade de quase 50 anos. A maioria tinha até 8 anos de estudo (57,9%); 51,3% vivem sem companheiro; 62,6% estão afastados do trabalho; 57,6% ganham entre 1 e 3 salários mínimos com renda mediana de 954 reais; e número médio de 2 filhos. Quando comparados aos graus de restrição na participação, os fatores que mostraram associação significativa foram sexo, idade, situação laboral e renda em salários mínimos (valores- $p < 0,05$). Foram observados maiores graus de restrição entre os homens, adultos, com mais de 8 anos de estudo, com trabalho remunerado, e com renda de até 1 salário mínimo.

Em relação às características de saúde, 36,7% dos entrevistados praticam atividade física; 15,8% são fumantes; 26,3% consomem álcool regularmente; e 51,8% consideram sua saúde boa ou muito boa. O número médio de condições de saúde diagnosticadas foi dois e 55,5% dos entrevistados têm dois ou mais diagnósticos. O tempo mediano de sintomas foi de 8 meses e 54,3% tem sintomas crônicos. Quanto ao nível do serviço de atenção à saúde, 50,4% foram entrevistados na atenção básica, isto é, em Unidades Básicas de Saúde. Os seguintes fatores foram significativamente associados aos níveis de participação: atividade física regular, hábito de fumar, avaliação de saúde, número de diagnósticos (numérico ou categorizado) e local de coleta (valores- $p < 0,05$). Foram observados maiores graus de restrição entre aqueles que não praticam atividade física regularmente, que tem hábito de fumar, com percepção de saúde muito ruim, ruim ou regular, com maior número de diagnósticos, e cuja coleta foi realizada na atenção especializada.

DISCUSSÃO

A diferença de restrição de participação de acordo com a idade (adultos e idosos) pode estar associada à expectativa de participação e envolvimento em diferentes situações sociais ao longo da vida. Em geral, quanto maior a idade, menor a participação e, portanto, menor seriam as possibilidades de restrição. Para o adulto, as exigências de participação são maiores, assim como o envolvimento em diferentes papéis. Mais anos de estudo pode conferir ao indivíduo a possibilidade de acesso a informações, serviços de saúde, infra-estrutura e apoio social, além de possibilitar escolhas de comportamentos e atitudes diante da vida. De uma forma geral, neste estudo, hábitos saudáveis e maior escolaridade se mostraram associados com menos restrições na participação.

A renda foi um importante fator associado a restrições na participação. Sampaio et al (2013), ao analisar o peso de diferentes características pessoais na funcionalidade, encontrou que a renda é a variável que apresenta maior correlação. Assim, destaca-se a relevância das condições sociais e econômicas como preditores da funcionalidade em usuários de diferentes serviços de saúde (SILVA et al, 2013; SAMPAIO et al, 2013).

O envolvimento no trabalho é um importante fator que influencia na participação. Os usuários afastados do trabalho têm maior chance de restrição à participação. Neste sentido, o trabalho aparece como uma variável preditora de participação. Silva et al (2013) mostraram em

seu estudo que pacientes que se mantiveram ativos no trabalho apresentaram valores de participação significativamente maiores quando comparados aos pacientes afastados. Assim, manter atividades laborais ou estar ativo no mercado de trabalho parece ser, também, um fator facilitador da participação (SILVA et al, 2013).

Diferentes condições de saúde, principalmente as crônicas, tem maior probabilidade de impactar na participação e levar a restrições. Nas últimas décadas houve um aumento das doenças crônicas, com maior prevalência em adultos (60%) e alta associação com multimorbidades (70%) (GALENKAMP et al, 2016; MALTA et al, 2017). Além do diagnóstico, a autoavaliação do estado de saúde se mostrou um indicador importante que consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde (IBGE, 2014). Na literatura, o alto percentual de avaliação negativa de saúde é associado com desemprego, comportamentos de risco e presença de doenças crônicas (KRAJA et al., 2016; MANUTI et al., 2013).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelaram que a maioria dos entrevistados apresentou restrições leve e as diferenças apresentadas em relação à participação corroboram a lógica da estrutura dos serviços públicos de saúde no Brasil, em que usuários de serviços de alta complexidade são os que apresentam graus mais altos de restrição. Os achados desta investigação indicam que restrições na participação de pessoas atendidas nos serviços de saúde está associada com atributos pessoais e de saúde. Foram observados maiores graus de restrição entre aqueles que não praticam atividade física regularmente, que tem hábito de fumar, com percepção de saúde muito ruim, ruim ou regular, com maior número de diagnósticos, e cuja coleta foi realizada na atenção especializada.

REFERÊNCIAS

DECK, R.; et al. Limitations of Social Participation in General Population - Normative Data of the IMET based on a Population-Based Survey in Northern Germany. *Rehabilitation (Stuttg)*, v.54, n.6, p.402-8, 2015.

GALENKAMP, H.; et al. Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. *European Journal of Ageing*, v.13, n.2, p.129-143, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação*. Rio de Janeiro, 2014. 92 p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

KRAJA, F.; et al. Socio-demographic and lifestyle correlates of self-perceived health status in a population-based sample of albanian adult men and women. *Mater. sociomed.*, v.28, n.3, p.173-177, 2016.

MALTA, D.C.; et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev bras epidemiol.* v.20, n.Suppl 1; p.217-232, 2017.

MANUTI, B.; et al. Assessment of perceived health status among primary care patients in southern Italy: findings from a cross-sectional survey. *Health qual. life outcomes*, v.11, n.93, p.1-9, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EdUSP, 2003.

SAMPAIO, R.F.; et al. Avaliação dos diferentes domínios do modelo biopsicossocial: uma contribuição para prática clínica utilizando análise fatorial. *Salud(i)Ciencia*, v.20, p.134-140, 2013.

SILVA, F.C.M.; et al. Influence of context in social participation of people with disabilities in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, v.34, n.4, p.250-256, 2013.

TAKAGI, D.; KONDO, K.; KAWACHI, I. Social participation and mental health: moderating effects of gender, social role and rurality. *BMC Public Health*, v.13, p.701-709, 2013.

VAN BRAKEL, W.H.; et al. The Participation Scale: Measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, v.28, n.4, p.193-203, 2006.

A experiência de crianças em processo de reabilitação no uso bimanual das mãos em atividades cotidianas

Mariana Justino Ferreira

Maíra Ferreira do Amaral

Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza

Comprometimento unilateral das mãos pode implicar limitações no desempenho e no envolvimento em atividades. Descrever a experiência de crianças em processo de reabilitação no uso bimanual de suas mãos em atividades cotidianas. Pesquisa transversal descritiva com crianças de 3 a 8 anos que possuem alteração na função manual em um dos membros superiores. Realizou-se entrevista com os responsáveis usando questionário de dados gerais e de saúde; Formulário de Classificação Econômica de Pesquisa Brasil – ABEBP; e o ‘Children’s Hand-Use Experience Questionnaire (CHEQ 2.0) em sua nova versão - Mini-CHEQ. RESULTADOS: A média de idade das crianças foi de 4,2 anos. Nas atividades bimanuais de vestuário, alimentação, escolares/brincar, a maioria das crianças recebem ajuda para o desempenho das atividades, com percepção ruim sobre a função manual reduzida, realizando as mesmas em um tempo bem maior quando comparado aos colegas e com sentimento de incômodo devido membro superior com disfunção. As crianças com diagnóstico de paralisia cerebral possuem menor desempenho na função manual do que as demais crianças com outros diagnósticos. Identificou-se que as crianças com condições de saúde e inseridas em apenas uma modalidade de reabilitação necessitam de mais tempo para realização das atividades bimanuais, possuem sentimento de incômodo e percepção ruim devido a função do membro superior diminuída. A maioria das crianças possui como experiência a ajuda de terceiros, percepção ruim sobre sua função manual, precisando de um tempo bem maior para executar a atividade e com sentimento de incômodo em relação ao uso bimanual.

Palavras chaves: Mão, Extremidade Superior, Atividades Cotidianas, Terapia Ocupacional, Serviços de Reabilitação.

INTRODUÇÃO

Para a execução da maioria das atividades desempenhadas no cotidiano, se faz necessário o uso das mãos simultaneamente. Essas atividades estão relacionadas com as ocupações que são desenvolvidas ao longo da vida, sejam elas, de autocuidado, alimentação, lazer, trabalho, escolares, do brincar ou para participação social (AOTA, 2014). O desempenho nessas atividades é influenciado pelos fatores do indivíduo, pelo ambiente e pelos atributos e características da própria tarefa (WOOLLACOTT; SHUMWAY-COOK, 2010).

Na realização de uma atividade, o desempenho funcional está intrinsecamente relacionado com o desenvolvimento da coordenação motora do membro superior. Para isso, a execução de um movimento envolve funções motoras manuais que incluem habilidades para: alcançar, realizar preensão, carregar e manter o objeto, manipulá-lo unilateralmente, soltá-lo, além do uso bilateral das mãos (EXNER, 2001). Essas funções são determinantes para a interação com o meio ambiente, permitindo o contato do indivíduo com os diferentes objetos.

A habilidade manual em crianças e adolescentes com função diminuída em uma das mãos, devido a condições de saúde, têm impacto no envolvimento das atividades e tarefas que eles desejam se envolver ou que precisam desempenhar ao longo de um dia (VAN DER LINDE et al., 2015; JAMES et al., 2015). O comprometimento unilateral de um hemisfério pode ocasionar perda de função do membro superior e conseqüentemente restringir participação e limitar o desempenho em atividades (JAMES et al., 2015).

O aparecimento de distúrbios sensoriais e negligência do membro acometido podem ampliar as limitações em atividades de alimentação, autocuidado e vestuário (SOUZA, 2002). Neste contexto, destaca-se que a preocupação com a função manual, entre as demais queixas funcionais que impactam na condição de saúde, é eminente nos casos em que existe um acometimento de um hemisfério de crianças com desordens no membro superior.

OBJETIVOS

Descrever a experiência de crianças em processo de reabilitação no uso bimanual de suas mãos em atividades cotidianas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva, com crianças com alteração na função em um dos membros superiores, atendidas regularmente, em uma ou mais modalidades de reabilitação (equoterapia, fisioterapia, fonoaudiologia ou terapia ocupacional) em instituição caracterizada como uma organização social na cidade de Uberaba/MG. Para coleta de dados foi utilizado o Questionário de dados gerais e de saúde; Formulário de Classificação Econômica de Pesquisa Brasil – ABEP (CCE, 2018); e o *Children's Hand-Use Experience Questionnaire (CHEQ 2.0)*(BRANDÃO et al., 2016), utilizado em sua nova versão - Mini-CHEQ para identificar o uso da mão, o tempo necessário, a percepção sobre a funcionalidade da mão e o sentimento de incomodo durante a realização das atividades. Utilizou-se estatística descritiva por meio de frequência absoluta para as variáveis categóricas e para variáveis quantitativas tiveram análise descritiva por meio de média e desvio padrão, complementada por análise visual dos dados.

RESULTADOS

A amostra obteve 10 crianças com média de 4,2 ($\pm 1,2$) anos, entre meninos (n=6) e meninas (n=4) em sua maioria com diagnóstico de paralisia cerebral (n=8). Todos os responsáveis tinham algum grau de parentesco com a criança, sendo a maioria mãe (n=8) e a idade média dos respondentes foi de 32,6 ($\pm 9,5$) anos, com escolaridade até 8 anos de estudo (n=8), afirmando ter renda familiar de até aproximadamente três salários mínimos (valor de referência R\$ 998,00). Quanto aos serviços de reabilitação que as crianças frequentam, verificou-se que quatro realizam acompanhamento na terapia ocupacional e a maioria delas são acompanhadas na fisioterapia e fonoaudiologia. E, o tempo de reabilitação das crianças nessas modalidades é em média 36,7 ($\pm 16,7$) meses; isto é, 3 anos e 7 meses.

Dentre as crianças a média geral para função da mão, tempo necessário para completar as atividades e sentimento em relação a função reduzida do membro superior de cada criança, nas 21 atividades investigadas a média de escore para função da mão das crianças foi de 1,66 ($\pm 0,93$), a média do tempo necessário para completar foi de 1,76 ($\pm 0,58$) e para o sentimento de incômodo em relação a função reduzida da mão foi de 2,19 ($\pm 1,02$). Na análise visual dos dados para uso do membro superior (criança recebe ajuda, usa uma mão ou usa duas mãos)

verificou-se que a maioria das crianças recebem ajuda para desempenhar as atividades (n=7) e que uma minoria utiliza as duas mãos no desempenho das tarefas (n=3).

Nas áreas de autocuidado/vestuário, de forma geral, a maioria das crianças recebem ajuda (vestir calça com elástico na cintura (n=7), por exemplo). Dentre as atividades relacionadas a alimentação, a maioria das crianças recebe ajuda em cinco das nove atividades (por exemplo, passar manteiga em uma fatia de pão (n=7) e remover a embalagem de um picolé (n=8)). Em relação as tarefas que são rotineiramente desempenhadas em contextos escolares ou durante o brincar, observou-se que em apenas duas, as crianças recebem ajuda (recortar com a tesoura (n=9) e enfiar missangas em um cordão (n=8)). No geral, dentre as categorias de vestuário e autocuidado, alimentação e educação/brincar os respondentes relataram uma percepção ruim da função do membro comprometido, sendo necessário um tempo bem maior para realização e o sentimento de incômodo na realização da maioria das atividades.

DISCUSSÃO

Crianças diagnosticadas com de PC apresentaram menor desempenho na realização das atividades bimanuais, sendo que 3 das 8 não realizam nenhuma atividade usando ambas as mãos. Das crianças acompanhadas na terapia ocupacional (n=4), metade não realiza nenhuma das atividades com ambas as mãos descritas na categoria de vestuário e autocuidado, sendo que uma também não utiliza ambas as mãos nas áreas de alimentação e educação/brincar. Foi possível identificar que as crianças C2, C5 e C9 realizam mais de uma modalidade de reabilitação e ainda assim possuem pior percepção da função manual durante as atividades bimanuais. A pior média em relação ao sentimento de incômodo foi relatada por C5, que se encontra em reabilitação nas modalidades de fisioterapia e fonoaudiologia.

Não houve investigação sobre as práticas entre as modalidades de reabilitação, no entanto verifica-se que existe uma falha tanto na oferta de serviço quanto na inserção das crianças, assim como talvez haja um equívoco em como a modalidade, na qual a criança está inserida, conduz o processo de reabilitação (BERACH et al., 2018; FLORES-MATEO; ARGIMON, 2007). Segundo Novak et al. (2013), quase metade das intervenções utilizadas em processos de reabilitação não são baseadas em evidências científicas e “20% das intervenções são ineficazes, desnecessárias ou prejudiciais”.

Em relação aos respondentes identificou-se que a escolaridade da metade deles se encontra proporcional a média de escolaridade dos brasileiros com idade superior a 25 anos,

que possuem até 8 anos de estudo (BRASIL, 2019). No entanto, estudos comprovam que quanto menor o nível de instrução dos cuidadores maior o risco familiar para crianças com demandas de cuidados à saúde (OKIDO et al., 2018; MEDINA-GÓMEZ, 2015). Da mesma forma que a escolaridade, o nível socioeconômico baixo (categorias C, D, e E de acordo com a ABEP) também influencia o desempenho funcional de crianças na área de autocuidado e na independência quando comparadas a crianças com renda elevada (ASSIS-MADEIRA et al., 2013; SUNDRUM et al., 2005).

Com relação a constatação de que as crianças recebem ajuda na maioria das atividades, pode-se hipotetizar uma atitude paternalista e assistencial por parte dos pais/cuidadores. Sobre essa questão, Santos et al. (2017), questionou pais com crianças com distúrbios neuromotores, a respeito de como no futuro seria efetivado os cuidados dessas crianças e adolescentes. Os autores revelaram que esses pais tinham uma preocupação em transferir a responsabilidade para pessoas que poderiam os substituir dando continuidade nas atividades realizadas por eles.

O diagnóstico clínico neste estudo foi preditivo de melhor uso de ambas as mãos nas atividades cotidianas, em crianças com AVE e TCE. Porém, dentre as crianças com PC, uma se destacou pelo uso bimanual na maioria das atividades descritas e, esta, se encontra inserida em todas as modalidades de reabilitação ofertadas na instituição.

CONCLUSÃO

Foi identificado que a maioria das crianças tem como experiência a ajuda de terceiros para desempenhá-las com uma percepção ruim sobre sua função manual, precisando de um tempo bem maior para executar a atividade, do mesmo modo, possui sentimento de incômodo em relação a essas características relatadas. Os tipos de intervenções são uma lacuna deste estudo, porém a compreensão pormenorizada sobre o uso bimanual de crianças com condições de saúde pode apontar novas maneiras de intervir, associada a evidência científica.

REFERÊNCIAS

AOTA, American Occupational Therapy Association. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo (2014). *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015; 26(Especial):1-49.

ASSIS-MADEIRA, E. A.; CARVALHO, S. G.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de níveis socioeconômicos alto e baixo. *Rev Paul Pediatr*. 2013; 31(1):51-7.

BERACH, F.R. et al. Necessidades e demandas dos serviços de reabilitação da região do butantã, são paulo – sp. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia* . 2018; v. 5, n. 10.

BRANDÃO, M.; FREITAS, R.; OLIVEIRA, R.; FIGUEIREDO, P.; & MANCINI, M. Tradução e adequação cultural do Children's Hand-Use Experience Questionnaire (CHEQ) para crianças e adolescentes brasileiros. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*. 2016, 27(3), 236-245.

BRASIL, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2018. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: 2019

EXNER, C. E. Development of hand skills. In: Case-Smith J. Occupational Therapy for children. Mosby: St. Louis; 2001: p 289-328.

JAMES, S.; ZIVIANI, J.; WARE, R. S.; & BOYD, R. N. Relationships between activities of daily living, upper limb function, and visual perception in children and adolescents with unilateral cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2015; 57(9), 852–857.

MEDINA-GÓMEZ, O. S. Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados. *Enferm. Univ*. 2015, vol.12, n.3, pp.116-121. ISSN 23958421.

OKIDO, A. C. C; NEVES, E. T.; CAVICCHIOLI, G. N.; JANTSCH L. B., PEREIRA F. P., LIMA R. A. G. Factors associated with family risk of children with special health care needs. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52: e 03377.

SOUZA, A. L. F. Psicomotricidade nas atividades de vida diária (AVD's) do hemiparético. Monografia [Mestrado em psicomotricidade] Rio de Janeiro: Universidade Campos Mendes; 2002.

SANTOS, K. H.; MARQUES, D.; SOUZA, Â. C. Children and adolescents with cerebral palsy: analysis of care longitudinality. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2017; 26(2).

SUNDRUM, R.; LOGAN, S.; WALLACE, A.; SPENCER, N. Cerebral palsy and socioeconomic status: a retrospective cohort study. *Arch Dis Child*. 2005; 90:15-8.

VAN DER LINDE, B. W.; VAN NETTEN, J. J.; OTTEN, B.; POSTEMA, K.; GEUZE, R. H.; & SCHOEMAKER, M. M. (2015). Activities of Daily Living in Children With Developmental Coordination Disorder: Performance, Learning, and Participation. *Physical Therapy*. 2015; 95(11), 1496–1506.

WOOLLACOTT, M. H.; SHUMWAY-COOK, A. Controle motor: discussões e teorias. In: *Controle Motor: Teoria e aplicações práticas*. Manole, 2010. 3ª ed. 1; 5-6. ISBN: 9788520427477.