

# **Eixo Terapia Ocupacional nas Práticas Clínicas**

## **Entrevista Cognitiva dos Itens de Autismo da Versão Brasileira do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade Testagem Computadorizada Adaptativa (PEDI-CAT)**

*Debora Regina Iwanaga Yamamoto*

*Maíra Ferreira do Amaral*

O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade Testagem Computadorizada Adaptativa é um instrumento que avalia a funcionalidade de crianças e jovens com diferentes condições de saúde, incluindo o Transtorno do Espectro Autista. Para essa população, foi necessária a inclusão de novos itens que avaliassem suas especificidades. Estes itens foram traduzidos para o português brasileiro, mas não passaram pelo processo de entrevista cognitiva, importante técnica utilizada no desenvolvimento e validação de instrumentos. O objetivo deste estudo foi verificar a compreensão da tradução para o português brasileiro dos itens dos domínios Social/Cognitivo e Responsabilidade do PEDI-CAT ASD. Doze participantes responderam à entrevista cognitiva utilizando a técnica probes. Foram identificados problemas de compreensão da tradução em nove dos 28 itens analisados, sendo sugeridas mudanças para quatro deles. As dificuldades encontradas nos outros cinco itens foram dissipadas com a utilização das descrições adicionais fornecidas pelo instrumento. A entrevista cognitiva provou ser eficiente, fornecendo informações importantes para verificar a compreensão dos itens avaliados neste estudo. Alguns itens necessitam de revisão da tradução para que se tornem mais compreensivos. É importante que os aplicadores considerem as descrições adicionais fornecidas pelo instrumento no momento de sua aplicação, especialmente para o domínio de Responsabilidade.

Palavras-chave: Entrevista Cognitiva, PEDI-CAT, Transtorno Autístico.

## **INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação tem sido utilizado com o objetivo de melhorar o planejamento das intervenções e documentar os seus resultados (MANCINI et al, 2017). O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade Testagem Computadorizada Adaptativa (PEDI-CAT) foi desenvolvido recentemente para avaliar a funcionalidade de crianças e jovens com diferentes condições de saúde, incluindo o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para melhor mensurar as especificidades características dessa população, Kramer et al (2012) realizaram a revisão e a inclusão de novos itens neste instrumento (PEDI-CAT ASD). Estes itens foram traduzidos para o português brasileiro, mas não passaram pelo processo de entrevista cognitiva, técnica utilizada para avaliar instrumentos de medida e verificar possíveis problemas de compreensão que podem comprometer as respostas e a qualidade das informações que os instrumentos fornecem (MANCINI et al, 2016; BUERS et al, 2014; COLLINS, 2003). O atual estudo tem como objetivo verificar a compreensão da tradução para o português brasileiro dos itens dos domínios Social/ Cognitivo e Responsabilidade do PEDI-CAT ASD pelo público que utilizará este instrumento.

## METODOLOGIA

Doze participantes responderam à entrevista cognitiva, que foi elaborada utilizando a técnica “probes” com perguntas direcionadas para cada item do PEDI-CAT ASD objetivando compreender como o respondente chegou à resposta selecionada e como ele interpretou determinadas palavras ou expressões contidas nos itens (BEATTY; WILLIS, 2007). A análise foi realizada em três etapas, sendo a primeira etapa uma triagem para verificar os itens que possuíam os problemas, a segunda etapa uma revisão da triagem e a terceira etapa uma classificação dos itens com problemas no Sistema de Avaliação de Questões (QAS-99) (WILLIS; LESSLERT, 1999). As definições de cada classificação se encontram na Tabela 2.

Tabela 1. Categorias do Sistema de avaliação de Questões de Willis (QAS-99)

QAS-99	Definição	Subcategorias	Definição
Clareza	Problema com o significado da pergunta.	Palavras	A questão é longa, desajeitada, não gramatical ou contém sintaxe complicada.

		Termos Técnicos	Termos técnicos são indefinidos, imprecisos ou complexos.
		Vago	A questão possui várias maneiras de interpretá-la.
		Falta de Referência Temporal	Referências temporais não estão especificadas ou possuem conflito.
Conhecimento	Problema em saber ou ter dificuldade em lembrar a informação.	Conhecimento	É improvável que o respondente saiba a resposta.
		Atitude	A atitude perguntada pode não existir.
		Recordação	Falha em recordar.
		Computação	Problema de cálculo.
Suposições	Problema com suposições ou falta de lógica.	Suposições Inapropriadas	Suposições inapropriadas são feitas sobre o respondente.
		Assumir Comportamentos Constantes	A questão assume um comportamento que pode variar como algo constante.
		Múltiplas Perguntas	A pergunta possui múltiplas perguntas em um item.

Fonte: Traduzido de Willis (1999).

## RESULTADOS

Em relação aos respondentes, a idade média foi de 36 anos (DP=11,59), a maioria era do sexo feminino (75%), com ensino superior completo (42%), eram mães (25%) ou terapeutas

ocupacionais (25%) da criança, e pertenciam ao nível B2 da classificação socioeconômica (33%). Em relação às crianças que foram utilizadas como referência para responder à entrevista, a idade média foi de sete anos (DP=3,81), a maioria delas era do sexo masculino (93%) e foi diagnosticada, em média, aos quatro anos. A especialidade médica que a maioria das crianças frequenta é a de neurologia (83%) e em relação aos profissionais de reabilitação, a maioria das crianças frequenta a Terapia Ocupacional (75%).

Foram identificados problemas de compreensão em nove dos 28 itens analisados, sendo eles classificados nas categorias de “Clareza”, “Conhecimento” e “Suposições” do Sistema QAS-99. Os itens que foram classificados apenas na categoria “Clareza” foram o R061, *“Monitora os pertences pessoais ao longo do dia”*; o R065, *“Mantém a segurança de sua casa”*; o SC020, *“Interage brevemente com um colega durante uma brincadeira”*; o SC054, *“Lida com situações estimulantes sem perder o controle (por exemplo, em shoppings centers ou em uma festa de 1-2 horas)”* e o SC082, *“Respeita o espaço pessoal dos outros durante as interações”*. Os itens categorizados em “Clareza” e “Suposições” foram o R028, *“Prioriza e coordena várias metas simultaneamente (por exemplo, consegue boas notas escolares mesmo realizando atividades extracurriculares)”*; o R063, *“Acompanha e completa as lições de casa”*; o R064, *“Reconhece e responde adequadamente se outros tentam trapaceá-lo(a)”* E o único item que foi categorizado em “Conhecimento” foi o R060, *“Fica perto de pais ou outro cuidador quando não tem permissão para sair sozinho”*.

Os nove itens com problemas na tradução foram classificados nas categorias de “Clareza”, “Suposições” e “Conhecimento”. Na categoria de “Clareza”, encontrou-se problemas nas subcategorias ‘Vago’, ‘Palavras’, ‘Falta de Referência Temporal’ e ‘Termos Técnicos’. Em “Suposições”, a única subcategoria classificada foi a de “Múltiplas Perguntas” e na categoria “Conhecimento”, a subcategoria classificada foi a de mesmo nome ‘Conhecimento’. A categoria “Clareza” apareceu em sete dos nove itens, sendo a subcategoria mais frequente a de “Vago”. A categoria “Suposições” apareceu duas vezes e “Conhecimento”, uma vez.

## DISCUSSÃO

Dos nove itens problemáticos, foram sugeridas mudanças para quatro deles. As dificuldades encontradas nos outros cinco itens foram dissipadas com a utilização das

descrições adicionais fornecidas pelo instrumento, opção de “Inclui” ou “Dica”. Para o item R028 foi sugerida a alteração para “Classifica por ordem de importância (prioriza) e realiza várias metas ao mesmo tempo (por exemplo, consegue boas notas escolares mesmo realizando atividades extracurriculares)”. Para o item R063 sugeriu-se duas alterações: uma no enunciado do item “Sabe quais as tarefas escolares precisam ser realizadas em casa e as completa” e outra na descrição complementar do item “Inclui: “Levar para casa os materiais necessários; Entregar os trabalhos escolares nas datas previstas; Conseguir avanços em trabalhos que envolvem várias etapas de execução; Se a criança não tiver lição de casa, este item também se aplica em levar para casa os bilhetes de autorização e os avisos da escola, e fornecer esses materiais para os pais/ cuidadores”., Já para o item R064 as mudanças sugeridas foram: “Entende quando outros tentam trapaceá-lo e responde apropriadamente” e “Inclui: Dizer 'não' ou 'pare' em situações injustas ou desagradáveis (por exemplo, em situações de bullying, em provocações, ou em situações que o desafiem a falar ou fazer coisas socialmente inapropriadas ou perigosas). Pode ser em resposta a colegas ou adultos”. No domínio Social/Cognitivo, sugere-se alteração na tradução do item SC020 para “Interage com um colega durante uma brincadeira durante curto período de tempo”.

## **CONCLUSÃO**

A entrevista cognitiva provou ser eficiente, provendo informações importantes para verificar a compreensão dos itens do PEDI-CAT ASD avaliados neste estudo. Alguns itens necessitam de revisão da tradução para que se tornem mais compreensivos. É importante que os aplicadores considerem as descrições adicionais fornecidas pelo instrumento no momento de sua aplicação, especialmente para o domínio de Responsabilidade.

## **REFERÊNCIAS**

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. Critério de classificação econômica Brasil. Brasil, 2019.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEATTY, Paul C.; WILLIS, Gordon B. Research synthesis: The practice of cognitive interviewing. *Public opinion quarterly*, v. 71, n. 2, p. 287-311, 2007.

BUERS, C. et al. The value of cognitive interviewing for optimizing a patient experience survey. *International Journal of Social Research Methodology*, v. 17, n. 4, p. 325-340, 2014.

COLLINS, D. Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of life research*, v. 12, n. 3, p. 229-238, 2003.

COSTER, W. J. et al. Evaluating the appropriateness of a new computer-administered measure of adaptive function for children and youth with autism spectrum disorders. *Autism*, v. 20, n. 1, p. 14-25, January, 2016.

KRAMER, J. M. et al. A new approach to the measurement of adaptive behavior: development of the PEDI-CAT for children and youth with autism spectrum disorders. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, v. 32, n. 1, p. 34-47, February, 2012

MANCINI, M. C. et al. Avaliação do Desenvolvimento Infantil: Uso de Testes Padronizados. In: MIRANDA J. V.; BRASIL R. M.; AMARAL J. *Transtornos do Desenvolvimento Infantil: em uma Abordagem Multidisciplinar*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2017.

MANCINI, M. C. et al. New version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-CAT): translation, cultural adaptation to Brazil and analyses of psychometric properties. *Brazilian journal of physical therapy*, 2016.

WILLIS, Gordon B.; LESSLER, Judith T. *Question appraisal system QAS-99*. National Cancer Institute, 1999.

**Avaliação da rotina, estresse e qualidade de vida dos cadetes do 4º ano do curso de material bélico de 2016 da academia militar das agulhas negras e pontos de implicações para a prática do profissional da terapia ocupacional**

*Érica Veronica de Vasconcelos Lyra*

*Marina Emanuelle da Silva Santos*

*KarolinyTeixeira Santos*

*Cristiano Teixeira Santos*

*Marcella Vasconcelos Vieira*

No Brasil, são poucos os estudos que objetivam avaliar níveis de estresse em estudantes de nível superior, sendo ainda mais escassas as produções científicas referentes às particularidades exigidas para adaptação à vida acadêmica militar. O trabalho se propõe a rotina de cadetes do 4º ano da turma de Material Bélico da Academia Militar das Agulhas Negras (ano 2016) e pontos de entaves que podem ser campo de atuação do profissional da Terapia Ocupacional. Foram aplicados dois questionários, destinados à coleta de dados referente à rotina e qualidade de vida. Os resultados apresentados, por essa verificação, foram à presença de fatores potencialmente estressores na rotina desses cadetes, sendo o sono e a elevada jornada diária de atividades os que mais se destacaram nesse cenário. Portanto, terapeutas ocupacionais, mediante análise dessas informações, podem lançar mãos de estratégias de *coping* e implementar medidas de prevenção contra danos à saúde mental e física desses cadetes decorrentes desses elementos estressores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia Ocupacional, Qualidade de Vida, Saúde mental.

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, são poucos os estudos que objetivam avaliar níveis de estresse em estudantes de nível superior, sendo ainda mais escassas as produções científicas referentes às particularidades exigidas para adaptação à vida acadêmica militar (MARTINS, TREVISANI e AMORIM, 2005). Destaca-se que, principalmente no Brasil, a produção científica sobre as particularidades exigidas para adaptação à vida acadêmica militar ainda é bastante limitada. O escopo da pesquisa consistirá na identificação dos fatores da rotina possivelmente envolvidos

no desencadeamento do estresse no cadete da AMAN e pontos de implicações para a prática do profissional da Terapia Ocupacional a partir do contexto vivido na instituição militar. O estudo abrangerá os Cadetes integrantes do 4º ano do Curso de Material Bélico da AMAN do ano de 2016.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de campo quantitativo e exploratório. No decorrer da pesquisa, realizamos os seguintes procedimentos: descrição das características da população à que foi submetida aos questionários da pesquisa. Depois, demos início à coleta dos dados com a aplicação de um questionário padronizado e validado. Em seguida, foi feita a tabulação dos dados obtidos, o tratamento estatístico e a análise comparativa. Por fim, as informações foram problematizadas com a hipótese proposta, para a refutação ou corroboração da mesma. O estudo contou com a participação de todos os cadetes do Curso de Material Bélico do 4º ano (em 2016) da AMAN-Academia Militar das Agulhas Negras, fazendo um total de 32 Cadetes que aceitaram participar voluntariamente desta pesquisa. Os dados foram coletados nas próprias dependências da instituição na cidade do Rio de Janeiro e em horário previamente agendado. Para obtenção dos dados concernentes à investigação da Qualidade de Vida, foi utilizada a WHOQOL- Bref.

## **RESULTADOS**

Na obtenção dos dados socioeconômicos, observamos que 100% da população dos Cadetes em estudo possuem entre 20 a 30 anos. Caracterizando uma população jovem, marcada pela transição da fase juvenil à fase adulta. Observa-se que a caracterização sócia econômica dessa população é de indivíduos integralmente jovens e solteiros, majoritariamente de cor branca e predominantemente da região sudeste do Brasil, divididos, religiosamente, entre católicos e protestantes, na sua maioria, e de condições econômicas razoavelmente boas. Concernente a rotina dos cadetes, conseguimos constatar as seguintes informações:

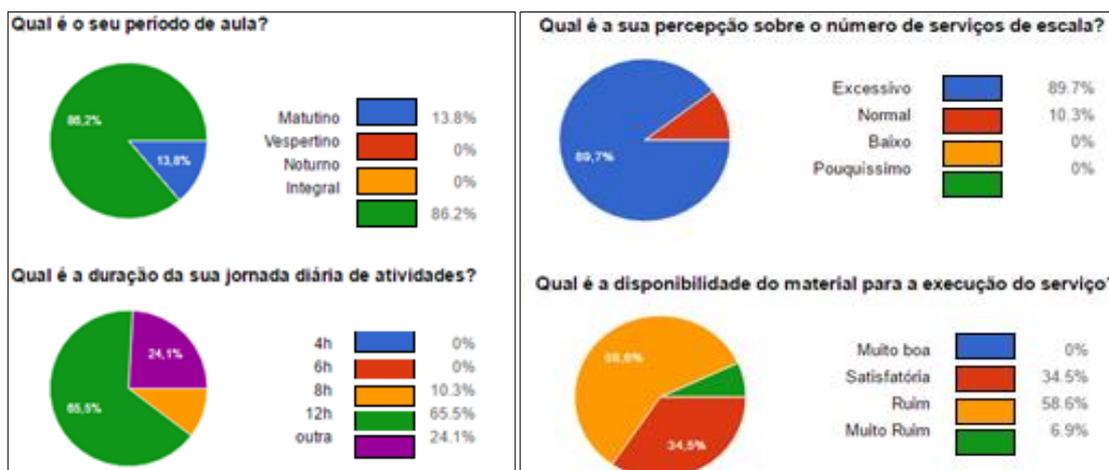


Gráfico 01 – Carga horária de atividades dos cadetes.

Gráfico 02 – Percepção sobre a quantidade de escalas e recursos.

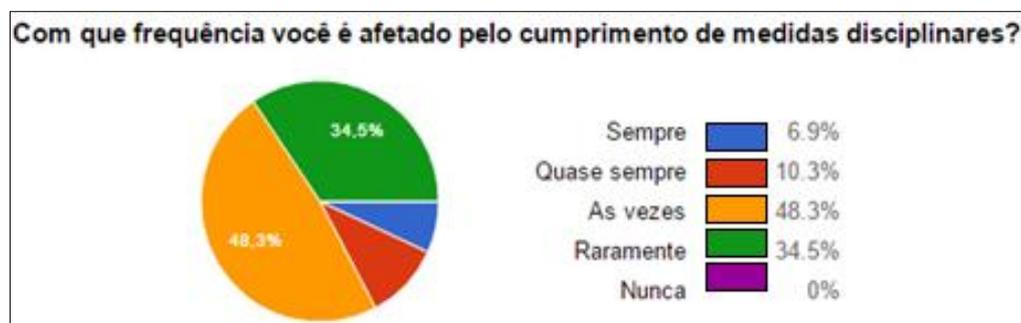


Gráfico 03: Frequência de medidas disciplinares.

Os dados da qualidade de vida dos cadetes seguem descritos abaixo na tabela 01:

ITEM	PERGUNTA	M	DP	CV
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,06	0,87	0,28
2	Quão satisfeito você está com a sua saúde?	3,54	1,08	0,30
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,00	0,92	0,31
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	2,17	0,86	0,39
5	O quanto você aproveita a vida?	2,91	0,96	0,33
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	3,77	1,10	0,29

7	O quanto você consegue se concentrar?	3,09	0,79	0,26
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,09	0,90	0,29
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	2,54	0,99	0,39
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,00	0,76	0,25
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,83	1,09	0,28
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,46	0,86	0,35
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,14	0,81	0,26
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	2,51	0,78	0,31
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	3,71	0,99	0,27
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	2,40	0,85	0,35
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	2,66	0,91	0,34
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	2,94	0,87	0,29
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,46	0,92	0,27
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,40	1,04	0,31
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	3,51	1,13	0,32
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3,51	0,89	0,25
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	3,23	1,10	0,34
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,03	0,78	0,26

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	2,83	0,90	0,32
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,34	1,22	0,37
<b>Legenda: M= Média      DP= Desvio Padrão      CV=Coefficiente de Variação</b>				

**Tabela 01- Resultados do WHOQOL**

De acordo com os resultados acima, no domínio físico podemos observar que os itens 4 e 16 apresentam valores de média sensivelmente inferiores aos demais itens. Enquanto, que o item 15 do mesmo domínio apresenta uma sensível superioridade em relação à média e inferioridade com relação ao coeficiente de variância.

## DISCUSSÃO

Lipp (2003) afirma que no âmbito psicológico e emocional do ser humano, o estresse excessivo produz cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional. Para o autor supracitado a libido fica reduzida, os problemas de ordem física se fazem presentes e a qualidade de vida sofre um dano bastante pronunciado. Loures et al (2002) também trazem que o estresse pode provocar alterações fisiológicas, como doenças cardiovasculares e desequilíbrio na atuação do sistema nervoso.

Tal como foi abordado anteriormente, os cadetes apresentam déficits em várias áreas, sendo a intervenção da Terapia Ocupacional direcionada à promoção de saúde e potencial funcional. Esta intervenção engloba o tratamento de fatores físicos, mentais e emocionais, identificação dos fatores de stress e competências de *coping* igualmente destacados por Bhatia et al (2013). Inicialmente, busca-se a (ré)estruturação de uma rotina saudável e na qualidade de vida dos clientes, através da aquisição de novos padrões de desempenho, novos papéis ocupacionais e desenvolvimento de novos hábitos (RICOU e TEIXEIRA, 2008).

Nesta proposta, o núcleo central é a relação triádica, representada por quem recebe a assistência, o terapeuta ocupacional e a atividade, que se caracteriza por possibilitar e manter uma dinâmica particular de funcionamento, na qual movimentos de ação e reação são determinantes da dinâmica relacional entre os três termos que a constituem (BENETTON e MARCOLINO, 2013). Dentro das estratégias utilizadas no combate ao *estresse* podemos

introduzir o conceito de *coping*. Segundo Ramos e Carvalho (2007) *coping* é entendido como “forma de lidar” ou mecanismos utilizados habitualmente pelos indivíduos para lidar com eventos estressores. De acordo com Alves (1995 apud RAMOS; CARVALHO 2007), as estratégias de *coping*, podem se realizar de três modos: 1) Pela eliminação ou modificação das situações que criam os problemas; 2) Pelo controle perceptivo do significado da experiência ou das suas consequências; 3) Pela manutenção, dentro de limites razoáveis, das consequências emocionais dos problemas.

## CONCLUSÕES

Investigar gatilhos desencadeadores de problemas na qualidade de vida de cadetes do exército brasileiro sob a ótica da Terapia Ocupacional fornecem subsídios que visam aperfeiçoar o processo de inserção na carreira militar e colaborar com o bem estar biopsicossocial dos indivíduos, uma vez que o serviço militar em nosso país é obrigatório para os homens, nos termos do artigo 143 da Constituição Federal de 1988. Vale salientar que a ocorrência de um processo de adaptação saudável à vida militar constitui-se como um elemento fundamental do papel social das forças armadas

## REFERÊNCIAS

- BHATIA, M.; GARNAWAT, D.; KAUR, J. Rehabilitation for Substance Abuse Disorders. *Delhi Psychiatry Journal*. Vol. 16, N. 2, 2013, pp. 400.
- BENETTON J, MARCOLINO T. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Activities in the Dynamic Occupational Therapy Method. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCarol*. Vol. 21, N. 3, 2013, pp. 645-652.
- LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. O modelo quadrifásico do stress. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**, São Paulo: Casa do psicólogo, v. 4, 2003.

LOURES, Débora Lopes et al. Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, n. 5, p. 525-530, 2002.

MARTINS, Paulo Cesar Porto; TREVISANI, Marianne Fernandes; AMORIM, Cloves. Alunos de Psicologia e estresse. **In V EDUCERE e III Congresso Nacional da Área de Educação da PUC-PR**. Curitiba, Anais do Congresso (CD, p. 307 – 317), 2005.

RAMOS, S. I. V.; CARVALHO, A. J. R. Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. **Revista Interações**, 2007.

RICOU, M; TEIXEIRA, C. Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação do Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes. *Revista Toxicodependências*. Vol. 14, N. 2, 2008, pp. 25-35.

SOMMERFELD. Inventário Avaliativo de Vida, aplicação aos pais. USA, 2004.

## **Intervenção terapêutica ocupacional nos cuidados paliativos de paciente com HIV e neurotoxoplasmose**

*Érica Veronica de Vasconcelos Lyra*

*Marina Emanuelle da Silva*

*Catharina Machado Portela*

*Brígida Pelinca de Andrade Oliveira*

*Marcella Vieira*

*KarolinyTeixeira Santos*

O Vírus da Imunodeficiência Humana, torna o sistema imunológico vulnerável à diversas doenças, dentre as quais está a Neurotoxoplasmose, que é uma das mais significativas infecções oportunistas. O presente estudo relata a experiência da intervenção terapêutica ocupacional na organização da rotina, atividades socializantes e treino de atividades de vida diária, em um paciente com Vírus da Imunodeficiência Humana e sequelas de Toxoplasmose não especificada. Relato de experiência da intervenção prestada a um paciente com o Vírus da Imunodeficiência Humana e Toxoplasmose não especificada, que ocorreu entre abril e julho de 2018. A assistência foi realizada por uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta ocupacional residente e pela estagiária de Terapia Ocupacional de um Centro Especializado em Reabilitação IV, em um Hospital de alta complexidade. O programa de atividades ocorreu semanalmente, com duração de trinta minutos cada atendimento. O paciente foi submetido à avaliação e reavaliação através da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional e também da Medida de Independência Funcional. Em ambos os instrumentos foram identificados ganhos significativos no desempenho ocupacional do paciente e maior independência nas suas atividades de vida diária, após as intervenções. É possível afirmar que a abordagem centrada no cliente, no contexto da reabilitação física, além de trazer ganhos significativos para a manutenção da independência funcional dos pacientes nesse contexto, é também um grande contributo para a formação profissional dos discentes de Terapia Ocupacional. Além da importância, neste caso, de princípios dos Cuidados Paliativos, que contribuíram para o sucesso da intervenção.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Toxoplasmose cerebral, Terapia Ocupacional, Cuidados Paliativos.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), apesar de ter sido descoberta em 1981 e dos avanços da ciência para a sua compreensão e mecanismos, é ainda hoje considerada um problema de saúde pública no mundo, pois apesar das inovações tecnológicas e farmacêuticas, não há ainda terapia curativa conhecida e/ou medicamento disponibilizado para a população, em larga escala, que seja capaz de eliminar completamente do corpo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este último é responsável por tornar o sistema imunológico vulnerável a diversas doenças, dentre as quais está a Neurotoxoplasmose, que é considerada uma das mais significativas infecções oportunistas, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, levando a sequelas neurológicas graves, que comumente prejudicam a funcionalidade dos indivíduos acometidos (SANTOS et. al., 2016; OLIVEIRA et. al., 2016).

A Neurotoxoplasmose ou Toxoplasmose cerebral nos pacientes imunocompetentes ocorre quando os níveis de Linfócitos TCD4 estão abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> e atinge cerca de 70% dos indivíduos HIV positivos. Tais pacientes podem apresentar encefalites, meningoencefalite, ou frequentemente lesões tumorais com efeito de massa. Além de, mioclonias, tremores, convulsões, hemiparesia, ataxia e ainda fraqueza muscular, anormalidades complexas do controle motor, do equilíbrio, do tônus postural e alterações sensoriais, que de modo geral, afetam a funcionalidade dos indivíduos acometidos e interfere na qualidade de vida dos mesmos (MARCHIOTTI et. al., 2017; OLIVEIRA et. al., 2016).

Os Cuidados Paliativos (CP) são oferecidos, normalmente por uma equipe multidisciplinar, aos pacientes diagnosticados com doenças fora de possibilidades terapêuticas curativas, que ameacem a continuidade da vida e a SIDA/AIDS se encaixa nesse perfil. Alguns dos princípios dos CP são: possibilitar ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o dia de sua morte; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis (MATSUMOTO, 2012).

O presente estudo relata a experiência da intervenção terapêutica ocupacional, na organização da rotina, atividades socializantes e treino de atividades de vida diária, em um

paciente diagnosticado com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida e Toxoplasmose não especificada.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo caracteriza-se como um relato de experiência, que ocorreu entre abril e julho de 2018. A assistência foi realizada por uma terapeuta ocupacional e uma estagiária de Terapia Ocupacional em um Centro Especializado em Reabilitação em um Hospital de alta complexidade. O programa de atividades ocorreu semanalmente, com duração de trinta minutos. Os registros eram elaborados após os encontros, no formato de diário de campo.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva, elaborado a partir de observações e registros dos atendimentos realizados com um paciente admitido no serviço acima citado. Os dados obtidos a partir dos registros dos atendimentos foram analisados considerando os referenciais teóricos pertinentes à Terapia Ocupacional, que fundamentam este estudo. Neste contexto, entende-se que o relato de experiência é uma ferramenta de pesquisa que busca demonstrar a atuação do terapeuta ocupacional nesse formato de intervenção.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Paciente do sexo masculino, 43 anos, solteiro, sem filhos, ator (atualmente afastado das atividades laborativas), diagnosticado com Vírus da Imunodeficiência Adquirida e consequente Toxoplasmose não especificada, apresentando sequelas nos dois hemisférios, tais como: reflexos abolidos ou hipoativos, déficit de força nos membros superiores e inferiores, hipertonia, espasticidade, distonia, clônus, fasciculações, espasmos e dor no membro superior esquerdo e ainda sintomas psicossomáticos como, distímia e alterações no sono. Além de dificuldades na deglutição e na voz.

Foi realizada avaliação e reavaliação, após as intervenções, pelos instrumentos: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM (tabela 1) (LAW, 2009) e a Medida de Independência Funcional – MIF (tabela 2). De acordo com as demandas trazidas pelo paciente e percebidas nas avaliações, foi traçado um plano de tratamento terapêutico ocupacional, onde foi trabalhado principalmente o banho e a alimentação, com análise das atividades, orientações, adaptações de tecnologia assistiva de baixo custo e treino das mesmas.

Durante as intervenções, foram percebidas demandas outras, tais como, o desajuste na rotina do paciente e comprometimento de áreas de ocupação, por exemplo, no lazer, participação social e descanso e sono. De modo que foram realizadas atividades como a organização da rotina junto com o paciente, com entrega de tabela mensal para rotina, com sugestões de atividades de lazer, horários das terapias e estabelecimento de horários para as refeições e sono. Também foi entregue uma tabela de horários das medicações e uma tabela de consumo diário de água, para auxílio da autonomia do paciente nestas atividades.

No último atendimento deste ciclo, foi realizada uma atividade socializante, planejada junto ao paciente e sua cuidadora, onde foram trabalhadas as habilidades de interação social e treino de alimentação com o uso de tecnologia assistiva de baixo custo. A atividade foi proposta para potencializar a autopercepção do paciente acerca dos ganhos na sua independência e autonomia. Neste dia a atividade foi realizada por uma equipe multidisciplinar e contamos com a presença de uma fonoaudióloga, devido à dificuldade na deglutição, além da presença da cuidadora.

Tabela 1 - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM:

Atividade	Importância	Desempenho		Satisfação	
		Aval. Inicial	Reav.	Aval. Inicial	Reav.
Banho	10	7	9	4	8
Alimentação	8	5	7	1	5
Vestir/Despir	7	6	8	6	7
Caminhar dentro e fora do domicílio	7	6	8	1	4
Higiene Pessoal	6	6	7	6	8
<b>Total</b>	-	30	<b>39</b>	18	<b>32</b>

Na COPM (tabela 1) foram elencados pelo próprio paciente como atividades de vida diária de maior importância no momento: o banho, a alimentação e o vestir/despir, além de mobilidade dentro e fora do domicílio e higiene pessoal. A todas essas atividades o paciente atribuiu um grau de importância significativo, mas em contrapartida pontuou como baixo o seu

desempenho em todas elas e demonstrou grande insatisfação com isso. Após as intervenções, o paciente obteve ganhos em todas as atividades elencadas.

Tabela 2- Medida de Independência Funcional – MIF:

Tipo da MIF	Avaliação	Reavaliação
MIF Motora	46	<b>71</b>
MIF Cognitiva	26	<b>30</b>
Total	72	<b>101</b>

Na MIF (tabela 2), o paciente obteve pontuações mais baixas no banho, vestir a parte inferior do corpo, locomoção (escadas), mobilidade (transferências) e higiene pessoal, mas após as intervenções realizadas, exceto o vestir a parte inferior do corpo, as demais atividades obtiveram melhores pontuações na reavaliação.

Vale salientar que o paciente em questão, no momento da elaboração desse relato, além do acompanhamento terapêutico ocupacional, em virtude do seu grande número de demandas necessita de intervenção multiprofissional e, portanto, simultaneamente dispõe também de acompanhamento fisioterapêutico, tanto motor quanto respiratório, fonoaudiológico e psicológico. Além de ser acompanhado por médico neurologista e infectologista, de modo que, atribuímos a todos os profissionais envolvidos uma parcela dos ganhos.

## CONCLUSÕES

Todas as intervenções foram elaboradas junto ao paciente, respeitando a sua vontade e as demandas trazidas pelo mesmo. O principal objetivo de toda equipe sempre foi a qualidade de vida, manutenção da autonomia e independência dele em suas atividades de vida diária, além de prevenção de agravos à sua funcionalidade.

Portanto, é possível afirmar que vivenciar na prática a abordagem centrada no cliente, no contexto da reabilitação, é uma importante aliada na manutenção da independência funcional dos pacientes, sendo uma grande contribuição para a formação profissional da discente. A importância e influência de princípios dos Cuidados Paliativos, que moldaram as intervenções, sempre na busca da qualidade de vida do paciente assistido, que mesmo que não possa ser

curado, deve ser cuidado em toda sua totalidade, para que viva dignamente até o dia de sua morte.

## **REFERÊNCIAS**

LAW, Mary et al. Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM). **Belo Horizonte: Editora UFMG**, 2009.

MARCHIOTTI, Matheus Cordeiro et al. Reativação de Neurotoxoplasmose com TCD4 elevado. **Revista Uningá Review**, v. 29, n. 3, 2018.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23-24, 2012.

OLIVEIRA, L. S. et al. Hidroterapia no equilíbrio dinâmico e nas atividades de vida diária de pacientes com Neurotoxoplasmose associada à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 1, 2016.

SANTOS, T. S. et al. Perfil Epidemiológico dos Co-Infetados pela Neurotoxoplasmose em Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 3, p. 242-257, 2017.

## **Implantação do projeto de extensão “brinquedoteca hospitalar: uma ‘injeção’ de saúde através do brincar”**

*Érica Veronica de Vasconcelos Lyra*

*Naara Raquel de Souza Gomes*

*Marina Queiroz Ferreira da Silva*

*Marina Emanuelle da Silva Santos*

*Karoliny Teixeira Santos*

*Marcella Vasconcelos Vieira*

A hospitalização pode ser recorrente durante a infância, sendo um evento estressante que pode gerar traumas para a criança, ocasionando uma quebra na rotina, repercutindo de forma negativa no desenvolvimento infantil. Sendo assim, o terapeuta ocupacional, que compõem a equipe multiprofissional, pode corroborar com uma melhor estadia da criança no âmbito hospitalar, nesta perspectiva este trabalho se propõe a relatar a implantação do projeto de extensão do setor de Terapia Ocupacional voltado para a enfermaria pediátrica de um hospital da região metropolitana do Recife. O estudo descreve as ações e vivências que decorrem da implantação do projeto de extensão Brinquedoteca hospitalar: uma ‘injeção’ de saúde através do brincar, na enfermaria pediátrica de um hospital geral em Pernambuco. As vivências foram obtidas durante o estágio supervisionado em Terapia ocupacional, do curso de Terapia ocupacional, da Universidade Federal de Pernambuco durante o período de março de 2019 a julho de 2019. Foram realizados dezesseis encontros, onde trabalhou-se a redecoreação da brinquedoteca, a cartilha de estimulação precoce, a contação de histórias, a construção de brinquedos, assim como a contextualização temporal em datas comemorativas, visando humanizar o ambiente hospitalar. Também foi realizado uma vez por mês, uma sessão de cinema, permitindo a socialização do aprendizado em um espaço que possibilita a experiência da coletividade. O processo de internação pode gerar uma quebra na rotina da criança e do cuidador, no entanto esse processo sendo mediado pelo terapeuta ocupacional, pode repercutir positivamente na participação social e redução do estresse.

**PALAVRAS CHAVE:** Terapia Ocupacional, Criança Hospitalizada, Hospitalização.

## INTRODUÇÃO

A hospitalização ocorrerá por um período prolongado em cinco a dez por cento das crianças durante o desenvolvimento infantil (VITORINO; LINHARES; MINARDI, 2005). A hospitalização pode ser um acontecimento estressante, gerando traumas para a criança, pela quebra da rotina, costumes, assim como do seu meio social (SANTOS, 2016). Durante o processo de hospitalização a criança vivencia inúmeros momentos estressores como a separação, a dor em decorrência de processos invasivos, desconforto físico como reflexo das manipulações, repercutindo na saúde psicológica, afetiva e emocional (VASQUES; BOUSSO; MENDES-CASTILLO, 2011).

Para reduzir ou neutralizar o impacto adverso da hospitalização, são utilizadas atividades construtivas à criança, entre elas o uso da ludicidade adequadas para o enfrentamento da hospitalização, atuando como um agente potencializador na adaptação da criança (BERSCH, 2005), proporcionando um ambiente que ofereça conforto, segurança e bem-estar de modo a reduzir os danos da dinâmica hospitalar e auxiliá-la a passar por este momento complexo (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012).

As ações no ambiente hospitalar devem ser voltadas para o cuidado do paciente, assim como do seu acompanhante (OLIVEIRA, 2015) e entre esses profissionais temos o terapeuta ocupacional (COELHO, 2007), que corrobora com o processo de humanização do ambiente hospitalar.

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência do processo de implantação do projeto de extensão “Brinquedoteca hospitalar: uma ‘injeção’ de saúde através do brincar”, do setor de Terapia Ocupacional, numa enfermaria pediátrica de um hospital geral do Recife.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado em um hospital geral, de Jaboatão dos Guararapes, que descreve a realização de 16 encontros na enfermaria pediátrica, resultado de um projeto de extensão com parceria do Curso de Terapia Ocupacional/ UFPE, intitulado: “Brinquedoteca hospitalar: uma ‘injeção’ de saúde através do brincar”, no período de março à

julho de 2019, semanalmente, com atividades voltadas para o público infantil e seus cuidadores, visando o brincar livre, assim como a redução do ócio hospitalar.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O projeto atendeu as crianças e por entendermos que a hospitalização pode interferir nas relações familiares (SANTOS, 2016), incluímos os cuidadores. Participavam duas terapeutas ocupacionais, uma estagiária do curso de Terapia Ocupacional, uma assistente social e uma psicóloga. As intervenções aconteciam na brinquedoteca do hospital.

O ambiente hospitalar é desconhecido para o mundo infantil, com ausência de brinquedos, desenhos, afastamento dos amigos e familiares e o convívio com pessoas desconhecidas, situações dolorosas e hábitos distintos dos rotineiros, que podem afetar o desenvolvimento infantil (GOMES et al., 2013; LAPA; SOUZA, 2011). Uma das atividades do projeto de extensão visando a humanização do ambiente foi a redecoração da brinquedoteca, onde as paredes foram decoradas com desenhos e os brinquedos, jogos, livros disponíveis às crianças, estimulando de forma natural as mesmas (GOMES et al., 2013).

Dentre as ações realizadas pontuamos a confecção de uma cartilha ilustrada de estimulação precoce dos 0 aos 12 meses, após a avaliação do desenvolvimento infantil, como forma de auxílio e incentivo para os cuidadores. A estimulação precoce é compreendida como ações que objetivam ofertar os estímulos necessários para o desenvolvimento de habilidades de forma sadia (NUNES; CHAHINI, 2017).

O projeto também contou com a realização contação de histórias, que estimula a imaginação e o raciocínio, auxiliando na compreensão de situações difíceis e resolução de problemas (TORRES; TETTAMANZY, 2008). A Terapia Ocupacional está fundamentada na compreensão de que as ocupações ou atividades podem influir no bem-estar (AOTA, 2014), assim o estímulo do brincar é visto como um espaço que auxilia o desenvolvimento infantil e o local onde pode ser trabalhado o momento vivido pela criança hospitalizada (OLIVEIRA; SANTOS, 2008).

Nessa perspectiva, desenvolvemos a criação de brinquedos (chocalhos, garrafas sensoriais, móveis, cobrinhas com tampas de garrafa pet), com materiais recicláveis, que pudessem ser higienizados, sendo utilizados pelos cuidadores para o estímulo do brincar livre.

Comemoramos datas como: dias das mães (pinturas, cartazes, distribuição de cartões), Páscoa (jogos como o acerte o coelho, boliche, confecção de orelhas de coelho, com participação dos Doutores da Felicidade), São João (pescaria, jogo das argolas, presença dos Doutores da felicidade fazendo uma quadrilha junina, provador com roupas de matuto), atividades que visassem contextualizar a data, visto que em decorrência do período de hospitalização há uma quebra da rotina (OLIVEIRA, 2015).

O projeto idealizado pela equipe multiprofissional do hospital, que propunha a realização do Cine Cinema uma vez no mês, no auditório do hospital, foi incluído pelo projeto de extensão sendo mediado pela terapeuta ocupacional e psicóloga. As sessões contavam com a apresentação de curta-metragens, cujo tema fazia menção a uma data comemorativa do mês vigente. As crianças e cuidadores recebiam pipoca ao entrar no auditório e ao fim da apresentação, havia uma discussão sobre o tema abordado, sendo conduzido pela psicóloga. O cinema configura-se como um espaço que possibilita a experiência da coletividade (MIGLIORIN, 2007) e no âmbito hospitalar este recurso permite a socialização do aprendizado, não havendo distinções entre adoecidos ou saudáveis, profissionais ou usuários do serviço, adultos ou crianças (OMELCZUK; FRESQUET; SANTI, 2015).

Alguns pais, mostravam-se relutantes a participar das atividades com medo da criança machucar-se, no entanto quando um pai se dispunha a ir com o seu filho para a brinquedoteca, outros pais ousavam fazer o mesmo e após a realização das atividades as crianças pareciam mais felizes, menos estressadas. Os cuidadores interagem uns com os outros cuidadores e com seus filhos, realizando as trocas de vivências de forma espontânea. Resultados similares a literatura, que refere um aumento da felicidade nas crianças, redução do estresse, melhor compreensão e respostas ao tratamento recebido, assim como a redução do medo no ambiente (GIARDIN et al., 2010).

## CONCLUSÃO

Percebemos que o processo de hospitalização pode ser danoso e estressante para as crianças, assim como para os seus cuidados, levando-os a uma quebra na rotina e a experimentação do desconhecido. Sendo assim, a partir das vivências adquiridas no projeto de extensão, percebemos que sob o olhar da Terapia Ocupacional, as crianças podem ser envolvidas quem atividades que corroborem com o seu desenvolvimento físico, reduzam o ócio hospital e aumentem a participação social destes indivíduos, estimulando-os quanto ao brincar e a expressão do seu senso criativo.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION et al. Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. 3rd ed. *The American Journal Occupational Therapy*, v. 68, p. 1-49, March/April 2014.

ANGELI, A. A. C.; LUVIZARO, N. A.; GALHEIGO, S. M. O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a arte da cuidar em terapia ocupacional no hospital. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 261-272, 2012.

BERSCH, A. A. S. **O brincar como fator potencializador da saúde ambiental no microsistema pediatria: uma análise bioecológica**. 2005. Dissertação de Mestrado.

COELHO, Z. A. C.; REZENDE, M. B. Atraso no desenvolvimento. In: *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2007.

GIARDIN, A. R. S. B. et al. A importância da atuação da terapia ocupacional com a população infantil hospitalizada: a visão de profissionais da área da saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 17, n. 1, 2010.

GOMES, C. G. et al. Percepções da família acerca das dificuldades de adaptação da criança à hospitalização: subsídios para a enfermagem. **Cogitareenferm**, v. 18, n. 4, p. 767-774, 2013.

LAPA, D. F.; SOUZA, T. V. A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. **RevEscEnfermUSP**, v. 45, n. 4, p. 811-7, 2011.

MIGLIORIN, C. Cinema e escola, sob o risco da democracia. **Revista Contemporânea de educação**, v. 5, n. 9, p. 107-113, 2011.

NUNES, Ana Silvia Duarte; CHAHINI, Thelma Helena Costa. Percepções de profissionais da educação infantil em relação à estimulação precoce em crianças com deficiência e de risco ambiental. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, p. 83-102, 2017.

OLIVEIRA, A. C. S. S.; CAVALCANTE, M. C. V. Intervenção da terapia ocupacional junto à criança hospitalizada: uma revisão de literatura/Occupational Therapy intervention with the hospitalized child: a literature review. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, C. S. de et al. Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. **Revsocbrasenfermped**, v. 15, n. 1, p. 21-30, 2015.

OLIVEIRA, R. R.; SANTOS, O. I. C. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 230-236, 2008.

OMELCZUK, F.; FRESQUET, A.; SANTI, A. M. Educação, cinema e infância: um olhar sobre práticas de cinema em hospital universitário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 387-394, 2015.

SANTOS, P. M. et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, 2016.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Safety and protection for hospitalized children: literature review. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 410-416, 2009.

TORRES, Shirlei Milene; TETTAMANZY, Ana Lúcia Liberato. Contação de histórias: resgate da memória e estímulo à imaginação. **Nau literária. Porto Alegre, RS. Vol. 4, n. 1 (jan./jun. 2008), p. 1-8**, 2008.

VASQUES, R. C. Y.; BOUSSO, R. S.; MENDES-CASTILLO, A. M. C. The experience of suffering: stories told by hospitalized children. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 122-129, 2011.

VITORINO, S. C.; LINHARES, M. B. M.; MINARDI, M. R. F. L. Interações entre crianças hospitalizadas e uma psicóloga, durante atendimento psicopedagógico em enfermaria de pediatria. **EstudPsicol**, v. 10, n. 2, p. 267-77, 2005.

## **Perfil Sociodemográfico e Funcional de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista**

*Larissa Emanuela Soares*

*Maira Amaral*

O Transtorno do Espectro Autista, é uma desordem que afeta o comportamento, as habilidades sociais, de comunicação e também, as habilidades motoras, sensoriais e cognitivas. Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo, descrever o perfil de funcionalidade de crianças e jovens com TEA e identificar suas principais limitações, relacionando-as com as questões socioeconômicas e com o nível de severidade dos sintomas. Proporcionando assim uma compreensão mais completa do impacto dessa condição de saúde na funcionalidade desses indivíduos, considerando atividades cotidianas e a participação social.

**PALAVRAS – CHAVES:** Terapia Ocupacional, Transtorno do Espectro Autista, Atividades Cotidianas, Perfil de Saúde, Perfil de Impacto da Doença.

### **INTRODUÇÃO**

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma desordem no desenvolvimento neurológico que provoca alterações comportamentais e afeta as habilidades sociais e de comunicação, limitando o desempenho do indivíduo em atividades diárias. Geralmente, é diagnosticado na infância e as limitações se estendem por toda a vida (ONZI; GOMES, 2015). Entre 1997 e 2008, a prevalência do TEA aumentou quatro vezes (KRAMER, LILJENQUIST e COSTER, 2012). Dados internacionais atuais apontam que essa prevalência é de 1 em cada 59 crianças nascidas vivas (RUGGIERI; GÓMEZ, 2018). No Brasil, os dados ainda são escassos. Estima-se que a incidência dessa condição gira em torno de 0,3% em crianças em idade escolar, não considerando crianças mais novas nem adolescentes, jovens e adultos (TOSCANO et al, 2018).

O TEA caracteriza-se por padrões de comportamentos, interesses e/ou atividades restritivos e repetitivos, sendo mais comum em meninos. Dessa forma, os principais impactos

referentes ao TEA estão presentes na interação social, no comportamento e na comunicação (BRASIL, 2014). Alguns estudos apontam, também, impactos dessa condição em outras habilidades, tais como as habilidades motoras, sensoriais e cognitivas. Os comportamentos motores podem estar alterados e apresentar movimentação estereotipada, como, por exemplo, bater palmas, se balançar continuamente e andar em círculos. Pode ocorrer sensibilidade exagerada a sons e fixação exagerada a algumas cores, evidenciando problemas no processamento sensorial e, também, alterações na linguagem e em seus processos principais de codificação (ADAMSON; et al, 2001; BRASIL, 2014; GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

As habilidades de comunicação, comportamentais, motoras, sensoriais e cognitivas são aspectos importantes para que os indivíduos consigam realizar atividades cotidianas importantes, tais como as atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Coster e colaboradores (2011) referem que as crianças com TEA podem apresentar dificuldades no desempenho das atividades diárias necessárias para a auto suficiência pessoal e social em uma variedade de situações da vida, incluindo autocuidado, mobilidade comunitária, manutenção do lar, estabelecimento e manutenção de relacionamentos e comunicação das necessidades e sentimentos. Desse modo, com tais habilidades alteradas, esses indivíduos podem apresentar limitações na execução de suas atividades e restrição à sua participação social, causando prejuízos, portanto, na sua funcionalidade e independência.

Observa-se, portanto, que a execução de atividades cotidianas e a participação social também se apresentam como importantes desfechos que podem estar impactados com a presença de TEA. Porém, há uma limitação de uma compreensão mais completa do impacto dessa condição de saúde na funcionalidade desses indivíduos, pois os estudos considerando atividades cotidianas e a participação social são raros. Diante disso, o objetivo deste estudo é descrever o perfil de funcionalidade de crianças e jovens com TEA e identificar suas principais limitações, relacionando-as com as questões socioeconômicas e com o nível de severidade dos sintomas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, exploratório, do tipo transversal e delineamento quantitativo de análise. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), CAEE: 12107319.0.0000.5154. Todos

os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados apresentados são resultados parciais do estudo, que ainda está em andamento.

Participaram desse estudo 11 pais ou responsáveis de crianças e adolescentes, de 2 a 18 anos de idade, que apresentam diagnóstico médico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: (1) questionário para coleta de dados clínicos e sociodemográficos; (2) questionário do critério Brasil da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisas (ABEP), usado para classificar o nível socioeconômico das famílias; (3) a Escala de Avaliação de Autismo Infantil (*Childhood Autism Rating Scale – CARS*), que tem como objetivo identificar indivíduos com TEA e classificá-los com grau leve, moderado ou grave e (4) o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory – PEDI*), um instrumento de avaliação da funcionalidade de crianças com qualquer condição de saúde.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Foram calculadas medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis contínuas e medidas de frequência (percentual) para as variáveis categóricas. As análises foram realizadas no software *Statistical Package for Social Science®* (SPSS) versão 2.0.

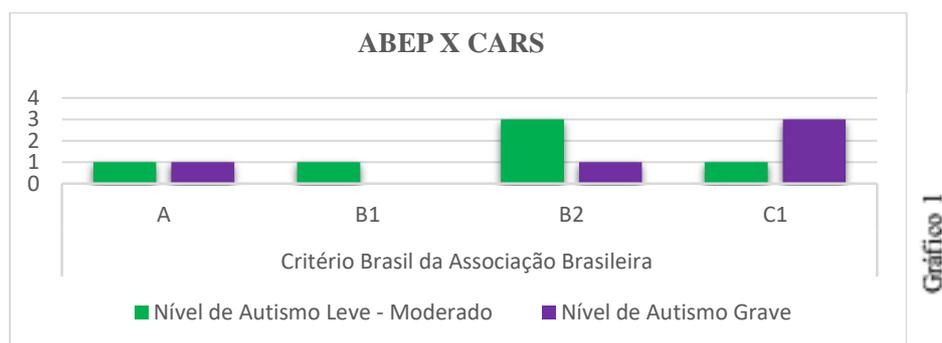
## RESULTADOS

A seguir, na tabela 1, temos as características deste estudo. Há uma primazia de indivíduos do sexo masculino, sendo 6,5 a média de idades das crianças (DP=4,3). Apresenta-se as mães como maioria responsável, sendo a profissão doméstica de maior destaque, 36,4%. Quanto aos níveis socioeconômicos, B2 e C1 predominaram, cada um com 36,4 %. E, por fim, o nível de autismo leve – moderado, se destacou com, 54,5%.

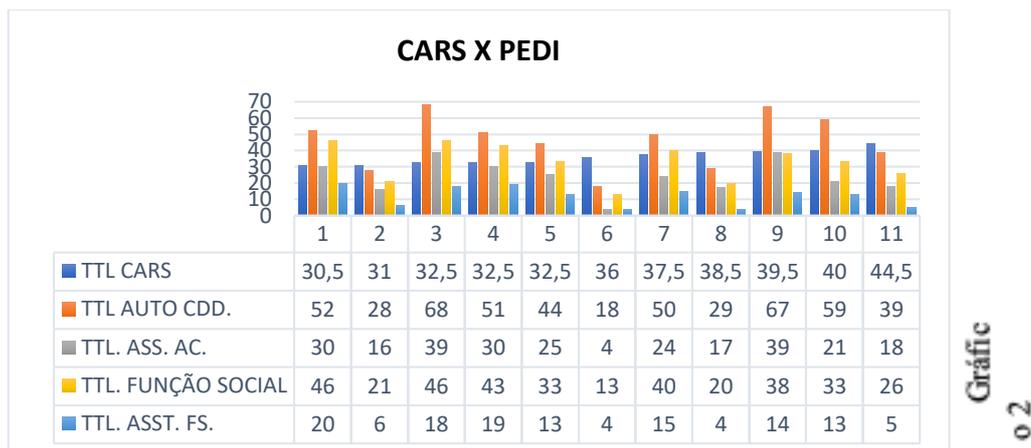
<b>Dados</b>		<b>N=11</b>	<b>% =100</b>
<b>Idade (anos)</b>		6,5*	4,3**
<b>Sexo</b>	Feminino	2	81,8 %
	Masculino	9	18,2 %
	Avó	1	9,1%

<b>Parentesco do Responsável</b>	Mãe	8	72,7 %
	Pai	2	18,2 %
<b>Níveis socioeconômicos</b>	A	2	18,2 %
	B1	1	9,1 %
	B2	4	36,4 %
	C1	4	36,4 %
<b>Nível de Autismo</b>	Leve - Moderado	6	54,5 %
	Grave	5	45,5 %
<b>Tabela 1: *Média; **Desvio padrão; N: número total de participantes</b>			

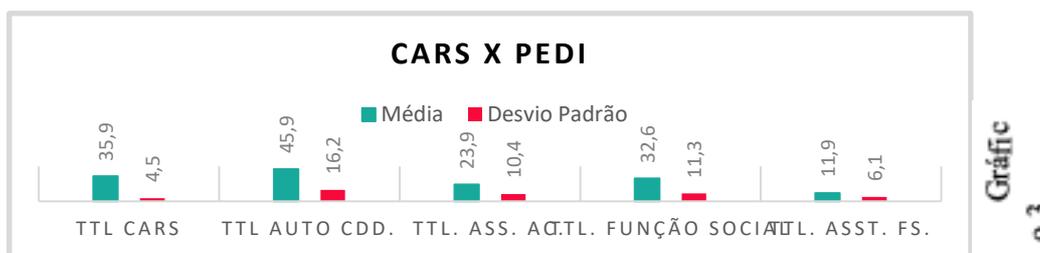
Este estudo, correlacionou a classificação socioeconômica da família com o nível de autismo da criança, gráfico 1. Sendo o nível grave, mais presente nas classes B2 e C1 e, o leve – moderado, na classe B2.



Ainda dentre as correlações, apresenta-se o CARS e o PEDI, gráfico 2, onde, quanto maior o nível de auto cuidado (máximo: 73) e função social (máximo: 65), quanto também nas assistências do cuidador, auto cuidado (máximo: 40) e função social (máximo: 25), mais funcional e independente é o indivíduo. Considerando o grau de autismo: 30 – 36, leve – moderado e, 36 – 60, grave. Tendo no gráfico 3, a média e desvio padrão das áreas correlacionadas, sendo, a média do total CARS: 35,9.



TTL CARS: *Total Escala de Classificação de Autismo*; TTL AUTO CDD.: *Total Auto Cuidado*; TTL ASS. AC.: *Total Assistência do Cuidador em Auto Cuidado*; TTL FUNÇÃO SOCIAL: *Total Função Social*; TTL ASST. FS.: *Total Assistência do Cuidador em Função Social*.



## DISCUSSÃO

Neste estudo, apresentou-se o sexo masculino como maioria, indo de encontro a Bosa, (2000 apud Rutter, 1985 e Wing, 1891), que elenca esse, como predominante entre os indivíduos que apresentam o TEA. Eles ressaltam também que o grau em meninas é mais severo. Essa última presente neste estudo, sendo 9 e 11 os únicos do sexo feminino, na tabela 2, tendo como severidade grave.

O Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - 5 (DSM – 5), (2014), caracteriza o autismo pela presença de déficit na comunicação e interação social, sendo este tópico de menor média e desvio padrão, no total da função social bem como na assistência da função social. Ressaltando assim, o que Coster e colaboradores (2011) diz sobre a dificuldade destes nas relações sociais.

No gráfico 1, as pessoas com severidade grave estão mais presente nas famílias de economias mais baixas, B2 e C1. Ressaltando as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), (BRASIL 2014), a qual diz que o desenvolvimento da família e também do indivíduo com TEA, depende de uma série de fatores, dentre eles, os serviços de saúde e dos recursos econômicos. Desse modo, famílias que tem um nível socioeconômico mais elevado, tem condições financeiras de proporcionar atendimentos de saúde mais especializados para as crianças, culminando em um melhor desenvolvimento.

## CONCLUSÃO

Os resultados apontam que a habilidade social é a mais prejudicada no indivíduo com TEA. Desse modo, com tais habilidades alteradas, esses indivíduos podem apresentar limitações na execução de suas atividades e restrição à sua participação social.

Mostra também, que a economia da família interfere no desenvolvimento do indivíduo além de que, embora tenha menor incidências em meninas, elas tem uma severidade maior em relação ao sexo masculino.

## REFERÊNCIAS

- ADAMSON, D., et al. Autism and joint attention: Young children's responses to maternal bids. **Applied Developmental Psychology**, Amsterdam, v. 22, n. 4, p. 439-453, julho-agosto 2001.
- BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 167-177, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **JORNAL DE PEDIATRIA** - vol. 80, nº2(supl), 2004.
- KRAMER, J. M.; ET AL. **A new approach to the measurement of adaptive behavior: Development of the PEDI-CAT for children and youth with autism spectrum disorders.** *Phys Occup Ther Pediatr.* 2012 Feb; 32(1): 34–47. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272487/>.

**Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

ONZI, F. Z; GOMES, R. F. **Transtorno Do Espectro Autista: A Importância Do Diagnóstico E Reabilitação**. Disponível Em: < Caderno Pedagógico, Lajeado, V. 12, N. 3, P. 188-199, 2015. Issn 1983-0882>.

RUGGIERI, V; GÓMEZ, J. L. C. Envejecimiento En Personas Con Trastorno Del Espectro Autista. **Medicina** (Buenos Aires) 2018; Vol. 78 (Supl. II): 69-74.

TOSCANO V.A.; ET AL. Growth and weight status of brazilian children with autism spectrum disorders: a mixed longitudinal study. **JORNAL DE PEDIATRIA**, 2018. ISSN 0021-7557.

## **Qualidade de vida familiar de crianças e adolescentes com deficiências de um centro especializado em reabilitação**

*Tainá Alves Rocha da Cruz*

*Ana Célia Nunes*

*Patrícia Carla de Souza Della Barba*

*Emilly Carla Lima da Silva*

*Flávia Calheiros da Silva*

*Emanuele Mariano de Souza Santos*

Qualidade de vida familiar diz respeito à satisfação frente às condições de vida individual e coletiva da família. Logo, discutir a qualidade de vida familiar permite conhecer como se dá a qualidade de vida familiar de crianças e adolescentes com deficiência. Trata-se de recorte de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um Centro Especializado em Reabilitação de outubro de 2018 a janeiro de 2019. Participaram 20 famílias de crianças e adolescentes com deficiências, com idades entre 0 e 17 anos, 11 meses e 29 dias. Utilizou-se parte do Questionário de Avaliação das Necessidades da Família. Para análise descritiva dos dados foi utilizado o software estatístico SPSS® versão 21. Quanto à caracterização dos familiares 90% eram mães biológicas, 95% cuidador principal, 70% não conta com ajuda de outras pessoas. Observou-se que das 20 famílias participantes 4 apresentaram escore entre 53-80 pontos, classificando-se assim com qualidade de vida média, e 16 famílias alcançaram o total da escala entre 81-125 pontos, sendo classificadas com alta qualidade de vida. O estudo possibilitou conhecer acerca da qualidade de vida das famílias com crianças e adolescentes com deficiência, assim como identificou os aspectos com menor e melhor satisfação frente à qualidade de vida familiar. A pesquisa identificou a satisfação da família em atividades familiares, indicando uma ótima qualidade de vida das famílias, todavia, faz-se importante uma análise mais minuciosa para aprimorar as informações já alcançadas.

Palavras-chaves: Família, Qualidade de vida, Deficiência, Criança, Adolescente.

## **INTRODUÇÃO**

Qualidade de vida familiar tornou-se uma área de considerável interesse internacional com o avanço das práticas centradas na família (HU et al., 2011). Para Zuna et al. (2010, p. 262) qualidade de vida familiar diz respeito a “uma percepção dinâmica de bem-estar da família, coletivamente e subjetivamente definidos e informados por seus membros, com interação entre os níveis de necessidades individual e familiar”.

O estudo da qualidade de vida familiar permite avaliar a percepção e a interação da família como um todo (HU et al., 2011 apud GRILO; MAJOR, 2015), possibilitando um diagnóstico de satisfação da família com a condição em que a vive.

Para Moreira Pinto, Macedo e Dias (2013), existe uma escassez notória de estudos acerca da qualidade de vida, especificamente entre crianças e jovens com deficiência e suas famílias; os autores salientam ainda a importância de estudos nessa área, expandindo e fragmentando os estudos acerca da qualidade de vida em grupos.

De igual forma, na região nordeste brasileira pouco se sabe sobre a qualidade de vida familiar de crianças e adolescentes com deficiência. Nesse sentido, este estudo objetiva conhecer como se dá a qualidade de vida das famílias de crianças e adolescentes com deficiência de um Centro Especializado em Reabilitação do nordeste.

## **METODOLOGIA**

Trata-se do recorte de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa<sup>1</sup>, realizado com 20 famílias de crianças/adolescentes, que passaram por avaliação no Centro Especializado em Reabilitação III vinculado a uma universidade pública estadual de uma capital do nordeste entre os meses de outubro de 2018 a janeiro de 2019.

Foram elegíveis para participar do estudo famílias (pais, mães, irmãos ou cuidadores familiares principais) de crianças e adolescentes com deficiências de qualquer natureza, com idades entre 0 e 17 anos, 11 meses e 29 dias. Famílias com filhos com idade superior a 17 anos, 11 meses e 29 dias foram inelegíveis para o estudo, bem como famílias com sem diagnóstico de deficiência.

As famílias foram convidadas a participar da pesquisa no intervalo dos atendimentos da criança/adolescente. Os que aceitaram participar da pesquisa responderam os questionários em

forma de entrevista, com duração média de 40 minutos, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi utilizado a Escala de Qualidade de Vida Familiar - QdVF Brasil, versão brasileira da escala *Beach Center Family Quality of Life*, adaptada transculturalmente por Bitencourt, Gràcia e Beltran (2015). A escala possui 25 questões agrupadas, que avaliam a satisfação familiar nos últimos 12 meses em uma série de atividades familiares com opções de respostas que podem ser classificadas em uma escala tipo likert de 5 pontos onde 1 = Muito insatisfeito e 5 = Muito satisfeito.

Também foi utilizado no estudo o Questionário de Identificação da Família – QIF, elaborado pelas autoras do projeto do centro coordenador do estudo da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com objetivo de obter informações socioeconômicas e demográficas das famílias.

Os dados foram organizados em planilha no Microsoft Excel 2013 e analisados descritivamente através do pacote de software estatístico SPSS® versão 21. Os resultados sobre a qualidade de vida familiar foram expressos em média, desvio padrão, máximo e mínimo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE nº 87705818.8.1001.5011.

## **RESULTADOS**

Quanto às informações gerais sobre o respondente da pesquisa, sua família e a deficiência da criança ou adolescente, 90% eram mães biológicas, das quais 95% eram os cuidadores principais da criança ou adolescentes, com média de idade de 37 anos ( $\pm 9,3$  DP) e 70% não conta com ajuda de outras pessoas. Quanto ao rendimento familiar 75% dos respondentes informaram receber até 1 salário mínimo<sup>1</sup>.

Houve maior participação de famílias com filhos com deficiência física (45%), seguido de famílias com filhos com deficiência intelectual (40%).

Em relação à qualidade da vida familiar, dentre as 20 famílias participantes nenhuma destas correspondeu com escore entre 25-32 pontos (que determina baixa qualidade de vida familiar). Por outro lado, 04 destas famílias apresentaram escore entre 53-80 pontos, classificando-se assim com qualidade de vida familiar média. Para mais, as 16 família restantes

alcançaram no total da escala entre 81-125 pontos, sendo classificadas com alta qualidade de vida, assim como pode ser observado na tabela 1.

**Tabela 1:** Parâmetro da classificação da Qualidade de vida familiar de crianças/adolescentes com necessidades especiais (N=20)

Legenda: QdVF= Qualidade de vida familiar

<b>Participantes</b>	<b>Escore total de cada participante</b>	<b>Classificação da QdVF de cada participante</b>
<b>1</b>	88	Alta
<b>2</b>	116	Alta
<b>3</b>	73	Média
<b>4</b>	86	Alta
<b>5</b>	110	Alta
<b>6</b>	83	Alta
<b>7</b>	79	Média
<b>8</b>	93	Alta
<b>9</b>	85	Alta
<b>10</b>	65	Média
<b>11</b>	81	Alta
<b>12</b>	95	Alta
<b>13</b>	106	Alta
<b>14</b>	86	Alta
<b>15</b>	87	Alta
<b>16</b>	81	Alta
<b>17</b>	89	Alta
<b>18</b>	107	Alta
<b>19</b>	72	Média

<b>20</b>	104	Alta
<b>Média</b>	89	

A tabela 2 contém informações a respeito da pontuação de cada item da escala de qualidade de vida familiar. Dentre os 25 itens avaliados as questões com os melhores itens apontados com melhor satisfação foram os itens 14; 17 e 25. Por outro lado, as com menores satisfação foram os itens 6; 16 e 20.

Fonte: Do autor

**Tabela 1:** Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo da escala de Qualidade de vida familiar de crianças/ adolescentes com deficiência (N=20)

Legenda: QV= Qualidade de vida

<b>Itens (QV)</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
QV4	3	1,19	1	5
QV10	3	1,05	1	5
QV1	4	0,89	2	5
QV2	4	0,92	1	5
QV7	4	0,93	2	5
QV5	3	1,17	1	5
QV8	4	0,91	2	5
QV14	4	0,69	2	5
QV17	4	0,72	2	5
QV3	3	0,94	2	5
QV21	3	1,19	1	5
QV9	4	1,1	1	5
QV11	4	1,05	2	5

QV12	4	0,92	2	5
QV18	4	0,97	2	5
QV6	3	1,37	1	5
QV13	3	0,99	2	5
QV15	3	1,32	1	5
QV16	3	1,33	1	5
QV20	3	1,43	1	5
QV19	4	0,91	2	5
QV22	3	1,19	1	5
QV23	3	1,09	2	5
QV24	4	1,23	1	5
QV25	4	0,51	4	5
Total	3,53	1,02	1,61	5

## DISCUSSÃO

Verificou-se através dos dados que a média geral dos participantes categorizou os mesmos na classificação de ótima qualidade de vida, representando satisfação frente às atividades familiares.

Diante dessa circunstância, ressalta-se o esforço do cuidador principal, que em 70% dos casos não tem ajuda de outras pessoas nas atividades familiares, mas tem buscado estratégias para uma satisfação individual e coletiva de seus membros, o que vem a contribuir na satisfação frente à qualidade de vida familiar.

Dentre os 25 itens avaliados as questões apontadas com melhor satisfação referiam-se aos itens 14- os adultos da família ensinarem seus filhos a tomarem boas decisões ( $\pm 0,69$  DP), item 17- os adultos da família conhecerem outras pessoas que fazem parte da vida de seus filhos ( $\pm 0,72$  DP), e o item 25- a família ter um bom relacionamento com os prestadores de serviços que trabalham e prestam apoio a criança ou adolescente com necessidades especiais ( $\pm 0,51$  DP)

Por outro lado, os itens com o menor índice de satisfação dizem respeito ao bem-estar material da família, logo, destaca-se que o rendimento familiar de 75% dos participantes se enquadrava em até 1 salário mínimo, fator que se correlaciona com este dado. Assim sendo, as famílias apresentaram menores satisfação nos itens 6- os membros da família terem transporte para onde precisam ( $\pm 1,33$  DP), item 16- a família ter como lidar com as suas despesas ( $\pm 1,33$  DP), e o item 20- a família conseguir assistência dentária quando necessita ( $\pm 1,43$  DP), conforme a tabela 2.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa buscou conhecer a qualidade de vida familiar de crianças e adolescentes com deficiência, logo, foi possível verificar uma ótima satisfação das famílias em suas atividades familiares. Todavia faz-se importante uma análise mais minuciosa através do uso completo do instrumento da Avaliação das Necessidades da Família para aprimorar as informações já alcançadas, investigar quais as necessidades da família, identificando possíveis apoios para aperfeiçoamento da qualidade de vida familiar, assim como para identificar qual a relação entre as necessidades da família e a qualidade de vida familiar.

## REFERÊNCIAS

- BITENCOURT, D.; GRÁCIA, M.; BELTRAN, F. **Family quality of life: Content validity of a tool for families of adults with intellectual disabilities in Brazil**. En International Conference on Research in Educational and Science. Antalya: ICRES. 2015. p. 170-178.
- GRILO, I.; MAJOR, S. Qualidade de vida familiar, satisfação com a vida e apoio social percebido na deficiência visual. **Temas psicologia**, v.23, n.2, 2015.
- HU, X.; SUMMERS, J.A.; TURNBULL, A., et al. The quantitative measurement of family quality of life: a review of available instruments. **Journal of Intellectual Disability Research**, v.55, n.12, p.1098-1114. 2011.
- PINTO, I. M. M.; MACEDO, C.; DIAS, P. C. Qualidade de vida de famílias com necessidades especiais. **Revista ibero-americana de educação**, n.63, p.181-198, 2013.

ZUNA, N. I.; SUMMERS, J. A.; TURNBULL, A. P.; HU, X.; XU, S. Theorizing About Family Quality of Life. In: KOBER, R. (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disability. **From Theory to Practice***, p. 241-278, 2010.

## Uso de dispositivos de tecnologia assistiva para o banho de pessoas com doenças reumatológicas

*Karolyne Monteiro Borba*

*Stella Maízia Urbano dos Santos*

*Sandra Yoshie Uruga Morimoto*

*Giselle Schmidt Alves Díaz Merino*

*Daniela Salgado Amaral*

*Danielle Carneiro de Menezes Sanguinetti*

As doenças reumatológicas apresentam caráter crônico e progressivo, com sintomas que prejudicam o sistema musculoesquelético e causam prejuízos funcionais dos indivíduos. Dessa forma, o terapeuta ocupacional, através da prescrição de recursos de Tecnologia Assistiva (TA) pode reestabelecer o desempenho ocupacional desta clientela. Descrever a influência de dispositivos de TA para o banho de pessoas com doenças reumatológicas. Estudo descritivo, com 12 pacientes com doenças reumatológicas, entre outubro/2018 a janeiro/2019, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. A intervenção consistiu nas etapas: triagem dos pacientes; avaliação pelo *Health Assessment Questionnaire* (HAQ); prescrição e concessão dos dispositivos de TA; e reavaliação. Foi usado o teste de *Wilcoxon*, com  $P < 0,05$ . Foram prescritos e concedidos 24 dispositivos de TA para o banho. Após o uso durante 30 dias, houve melhora significativa na pontuação do HAQ ( $P = 0,02$ ). Destaca-se que é fundamental o atendimento às particularidades do sujeito, o desenvolvimento de produtos agradáveis e adequados para a diminuição da taxa de rejeição e abandono de uso dos mesmos e a relevância das orientações, enfatizando a contribuição do uso desses dispositivos para a funcionalidade de cada indivíduo no seu cotidiano. O uso de dispositivos de TA favoreceu o desempenho da atividade do banho das pessoas com doenças reumatológicas. Assim, ressalta-se as potencialidades do terapeuta ocupacional junto a este público no que diz respeito ao processo de desenvolvimento e adequação de dispositivos de Tecnologia Assistiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Equipamentos de Autoajuda, Banho, Doenças Reumáticas, Terapia Ocupacional.

## **INTRODUÇÃO**

As doenças reumatológicas são caracterizadas por um grupo de doenças que podem apresentar caráter crônico e progressivo que atingem principalmente as articulações. São comuns sintomas como rigidez articular, dor e déficit de força muscular o que tende a causar limitações nas atividades cotidianas (CARVALHO et al, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças reumatológicas mais comuns são artrite reumatoide, osteoartrite, fibromialgia, osteoporose, gota, tendinites e bursites, febre reumática, além de outras patologias associadas ao comprometimento da coluna vertebral. Dessa forma, é possível que qualquer pessoa independente da faixa etária ou sexo seja acometida por alguma das mesmas (BRASIL, 2013).

Tendo em vista as limitações no cotidiano e o caráter crônico das doenças reumatológicas, é preciso criar estratégias que reduzam os impactos sobre a qualidade de vida dos indivíduos. Dessa forma, a Terapia Ocupacional tem como objetivo promover e/ ou restabelecer o desempenho funcional nas ocupações que abarcam o cotidiano dos sujeitos (NOORDHOEK et al, 2009).

A tecnologia assistiva (TA) é considerada essencial para inclusão social e reabilitação, estimulando a autonomia e independência, além de promover a funcionalidade de pessoas com mobilidade reduzida, incapacidades ou deficiências. Está relacionada às mudanças na tarefa, na forma de realização ou nos ambientes, buscando a potencialização da funcionalidade do sujeito (PAULA, 2017).

Segundo a Resolução 458 (2015) do COFFITO, estão entre as competências do Terapeuta Ocupacional a seleção, indicação, treino e acompanhamento do uso de TA que deverá auxiliar no desempenho ocupacional e favorecer o engajamento nas Atividades de Vida Diária (AVD).

De acordo com a AOTA (2015), as AVD são definidas por atividades voltadas para o cuidado pessoal do indivíduo e dentre elas está o banho, que contempla as etapas de: ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo; pegar e os utilizar objetos; realizar transferências para posições de banho; e, manter-se na posição. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever

a influência de dispositivos de Tecnologia Assistiva para o banho de pessoas com doenças reumatológicas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, relacionado à pesquisa “Atenção à saúde de pessoas com doenças reumatológicas: desenvolvimento de produtos assistivos e formação de recursos humanos em tecnologia assistiva”, aprovado pelo edital Chamada Pública Facepe 10/2017 Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – PERNAMBUCO CNPq/MS/SES/FACEP, e aprovada pelo comitê de ética em pesquisas com seres humanos (CAAE 71269417.0.0000.5208).

A coleta de dados foi realizada no período de 10 de outubro de 2018 a 14 de janeiro de 2019, com 12 pacientes cadastrados no ambulatório de Reumatologia de um Hospital público de Pernambuco. Foram aplicados: Questionários Sociodemográfico e Clínico, Ficha de Prescrição de Tecnologias Assistivas e *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). Como procedimentos, inicialmente os indivíduos foram triados no ambulatório de Reumatologia, e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram realizadas as avaliações. Em seguida, foram realizadas as prescrições e concessões dos dispositivos de TA. Após 30 dias, os participantes foram reavaliados com o HAQ.

Como medida de desfecho foram utilizadas 5 questões do HAQ relacionadas com o banho: “Lavar sua cabeça e cabelos”; “Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho”; “Tomar um banho de chuveiro”; “Abrir e fechar torneiras”; “Higiene pessoal”. Considerando como respostas: “Sem dificuldade”; “Com alguma dificuldade”; “Com muita dificuldade”; “Incapaz de fazer”. Foi usado o teste não paramétrico de *Wilcoxon*, que se destina a comparar dados na situação de antes e depois, no *software BioEstat 5.0*. O nível de significância estatística foi estabelecido em  $<0,05$ .

## **RESULTADOS**

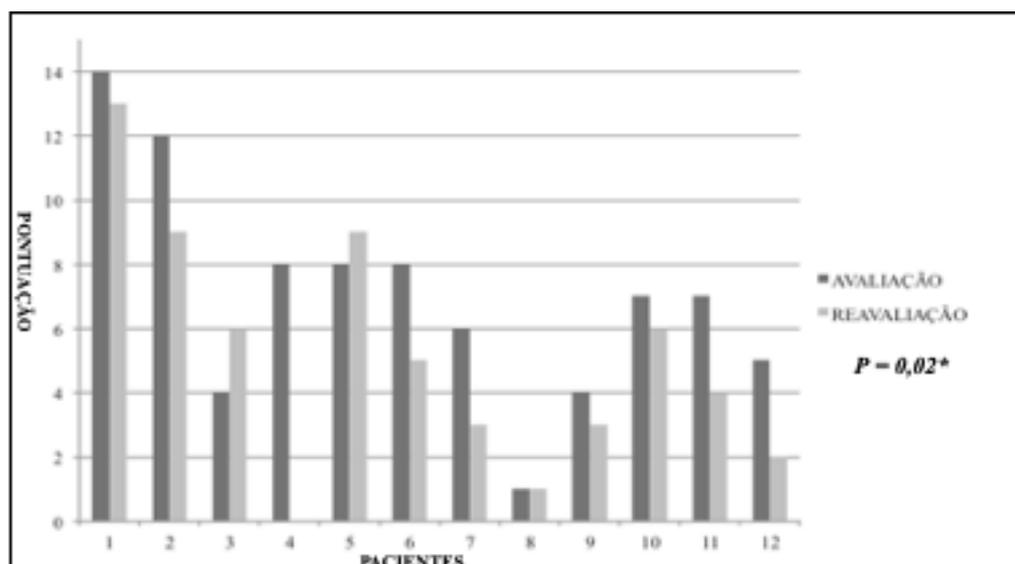
Foram prescritos, confeccionados e concedidos 24 dispositivos de TA para o banho. Sendo eles: 10 Escovas com cabo alongado (Figura 1); 4 esponjas adaptadas (Figura 2); 9 antiderrapante para torneiras (Figura 3) e 1 antiderrapante para cadeira plástica (Figura 3).



A

figura 4 apresenta as pontuações do HAQ dos 12 pacientes e se destaca o resultado estatístico. Verifica-se que após o uso do dispositivo de TA para o banho, durante 30 dias, houve diminuição na pontuação de 9 pacientes, 1 manteve e apenas 2 aumentam.

Figura 4: Avaliação e reavaliação com HAQ.



## DISCUSSÃO

A pontuação obtida através da avaliação inicial do HAQ revelou que 66,6% dos pacientes apresentam perda de funcionalidade nas etapas relacionadas ao banho em níveis moderado e grave (com muita dificuldade ou incapaz de fazer). Tal característica pode estar relacionada ao que Costa et al (2015) apontam em seu estudo, destacando que com o tempo as

doenças progressivas costumam limitar as habilidades funcionais, o que destaca, também, a necessidade de adaptar e reajustar os dispositivos de TA. Sendo assim, o terapeuta ocupacional utiliza a TA para estimular a funcionalidade e diminuir a interferência da deficiência no desempenho de atividades de forma independente (PELOSI, 2005).

O desenvolvimento de produtos de Tecnologia Assistiva abrange especificidades, especialmente devido à grande coleta de dados, particularidades do usuário com deficiência, associação com ambiente de projeto que integra profissionais de diversas áreas de conhecimento (PICHLER et al, 2017).

Nota-se que as interações que trazem efeitos positivos no usuário reverberam em várias dimensões, desde o conforto no uso até o desempenho alcançado na realização das atividades almeçadas. Destaca-se, portanto, a importância de desenvolver produtos de TA mais agradáveis e adequados para o usuário, o que pode diminuir as taxas de rejeição e abandono de tais dispositivos (PICHLER et al, 2017). Destacam-se como fatores de abandono a inadequação, insatisfação e dificuldade de uso, que podem estar relacionados, por exemplo, ao peso elevado do dispositivo, ao desconforto ou à dor (COSTA et al, 2015).

Para minimizar tais fatores, faz-se relevante a orientação do terapeuta ocupacional. Cavalcanti e Galvão (2007) apontam que este profissional é capaz de fazer a análise da relação entre o uso da TA e as dificuldades ocasionadas pela doença considerando os contextos sociais e culturais em que o sujeito está inserido, destacando suas potencialidades, minimizando incapacidades e evitando sentimento de frustração, visando maior independência e autonomia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por conseguinte, a maioria dos indivíduos com doenças reumatológicas analisados no estudo apresentavam dificuldade de moderada a grave na realização de etapas da AVD banho, o que foi minimizado com o uso de dispositivos de Tecnologia Assistiva que favoreceu a funcionalidade e a independência dos sujeitos.

Destacam-se as potencialidades de atuação da terapia ocupacional junto a esse público utilizando-se dos dispositivos como estratégia para intervenção. Ressalta-se, ainda, a importância de tal profissional no desenvolvimento, prescrição, orientação quanto ao uso e adequação dos dispositivos de Tecnologia Assistiva.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL (AOTA). Occupational Therapy Practice - Framework: Domain & Process. 2nd. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.62, n.6, p.625-683, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças Reumatológicas. 2013. CARVALHO, M.A.P.; LANNA, C. C. D.; BERTOLO, M. B.; FERREIRA, G. A. **Reumatologia Diagnóstico e Tratamento**. 4. ed. São Paulo: Editora Gen, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO) - Resolução nº 458, de 20 de novembro de 2015 – Dispõe sobre o uso da tecnologia assistiva pelo terapeuta ocupacional e dá outras providências. [citado 20 nov. 2015]

COSTA, C.R.; FERREIRA, F.M.R.M.; BORTOLUS, M.V.; CARVALHO, M.G.R. Dispositivos de tecnologia assistiva: fatores relacionados ao abandono. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 23, n. 3, p. 611-624, 2015

NOORDHOEK, J.; SILVA, M. C. de O.; TORQUETTI, A.; CISNEROS, L. de L. Relato de experiência da atuação da terapia ocupacional em grupo de indivíduos reumáticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 13-19, jan./abr. 2009.

PAULA, P. M. S. **Terapia ocupacional e tecnologia assistiva: funcionalidade para pessoas com artrite reumatoide**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2017.

PELOSI, M.B. O papel do terapeuta ocupacional na tecnologia assistiva. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 13, n.1. 2005.

PICHLER, R. F.; MERINO, E. A. D.; MERINO, G. S. A. D.; Projeto de Tecnologias Assistivas com abordagem centrada no usuário: diagramas da interação produto-usuário-contexto. **Revista Educação Gráfica**. v. 21, n. 3, p. 192-212, 2017.

## **Satisfação com o uso de dispositivos de tecnologia assistiva por pessoas com doenças reumatológicas**

*Karolyne Monteiro Borba*

*Bruna Antunes Souto Favero Borba*

*Amanda Rodrigues de Paula*

*Juliana Ferreira Mendonça*

*Ana Karina Pessoa da Silva Cabral*

*Danielle Carneiro de Menezes Sanguinetti*

As doenças reumatológicas causam alterações funcionais no sistema musculoesquelético, que interferem nas atividades cotidianas. Dessa forma, o terapeuta ocupacional prescreve dispositivos de Tecnologia Assistiva em vista da funcionalidade e proteção articular dos pacientes. Descrever o nível de satisfação com o uso de dispositivos de assistência confeccionados/adaptados e comercializados para o cotidiano de pessoas com doenças reumatológicas. Estudo descrito com pacientes com doenças reumatológicas. Foram concedidos e avaliados os dispositivos de assistência confeccionados/adaptados e comercializados. Foram analisados os dados sociodemográficos e clínicos, demandas de prescrição, inserção de uso na rotina e nível de satisfação com os produtos. Maioria do sexo feminino, com deformidades nas mãos e faixa etária variada. Vários recursos foram dispensados, de forma individualizada, tendo sido os dispositivos comercializados preferidos em detrimento dos confeccionados/adaptados. No que concerne a satisfação, a facilidade de uso e eficácia foram mais apontadas nos recursos comercializados e a eficácia e segurança nos confeccionados. Os dispositivos assistivos comercializados apresentam estética atraente, com grande variedade e acessibilidade em preço e local para compra. Entretanto, muitas vezes necessitam de adaptações para atender as demandas dos pacientes. Assim, o terapeuta ocupacional é capaz de analisar e orientar quanto a diversos contextos nas atividades com o uso de recursos, visando aprimorar a funcionalidade do indivíduo e maximizar a independência no desempenho das atividades. Houve preferência no uso de dispositivos comercializados, mas se enfatiza a satisfação do uso dos dispositivos nos dois tipos de produtos concedidos, os confeccionados/adaptados e os comercializados.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional, Equipamentos de Autoajuda, Osteoartrite, Artrite Reumatoide, Atividades Cotidianas.

## INTRODUÇÃO

As doenças reumatológicas são definidas como aquelas que causam desordens auto imunológicas e no tecido conjuntivo, acometendo as articulações, as estruturas periarticulares, ósseas e também musculares. São, em geral, caracterizadas como alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causas não traumáticas, que geram desgaste, degeneração, inflamação e/ou perturbações metabólicas (CARVALHO et al., 2014).

A Osteoartrite e Artrite Reumatoide fazem parte deste arsenal e apresentam-se com alta incidência e alto potencial incapacitante (CARVALHO et al., 2014; TURKIEWICZ, 2014). A primeira afeta principalmente a cartilagem articular associada à perda do tecido cartilaginoso, podendo lesar uma ou mais articulações, causando dor, rigidez, deformidade e perda da mobilidade (REZENDE; CAMPOS; PAIOLO, 2013). A segunda é compromete a membrana sinovial das articulações periféricas e danos progressivos no sistema musculoesquelético, e geralmente está associada a dores articulares, deformidades e destruição óssea e cartilaginosa (MOTA et al., 2011; NAGAYOSHI et al., 2018).

O terapeuta ocupacional é um profissional capacitado para atender as necessidades das pessoas com doenças reumatológicas, e tem como objetivo favorecer a execução das atividades do cotidiano desses indivíduos. Utiliza-se de estratégias de intervenção, como a prescrição, confecção e o treino do uso de dispositivos de assistência, com o propósito de melhorar a funcionalidade e promover a proteção articular (ALMEIDA et al., 2015). Os dispositivos de assistência são recursos da Tecnologia Assistiva (TA) que proporcionam funcionalidade, autonomia e independência ao permitir um melhor desempenho nas atividades do cotidiano dos indivíduos (PAULA, 2017; SANTOS et al, 2018).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é descrever a satisfação com o uso de dispositivos de assistência confeccionados/adaptados e comercializados para o cotidiano de pessoas com doenças reumatológicas.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com pacientes do projeto de pesquisa “Atenção à saúde de pessoas com doenças reumatológicas: desenvolvimento de produtos assistivos e formação de recursos humanos em tecnologia assistiva”, aprovado pelo edital Chamada Pública Facepe 10/2017 Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – PERNAMBUCO CNPq/MS/SES/FACEP.

O protocolo ocorreu em etapas: (1) identificação e caracterização das demandas individuais e avaliação do desempenho nas atividades cotidianas; (2) seleção e prescrição dos dispositivos de TA; (3) entrega dos dispositivos de TA confeccionados/adaptados e/ou comercializados (registrados numa ficha de prescrição individual), considerando-se as atividades de maior prejuízo; (4) aplicação da Avaliação da Satisfação do Usuário com a Tecnologia Assistiva de Quebec (B-QUEST) 30 dias após a entrega dos dispositivos.

O B-QUEST possui oito itens relacionados ao uso da TA (dimensões, peso, ajustes, segurança, durabilidade, facilidade de uso, conforto e eficácia) e cada item tem sua pontuação numa escala de 5 pontos (1 - insatisfeito, 2 - pouco satisfeito, 3 - mais ou menos satisfeito, 4 - bastante satisfeito e 5 - totalmente satisfeito).

A coleta ocorreu entre outubro de 2018 a 14 de janeiro de 2019. A aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa consta no CAAE: 40212614700005208. Os voluntários autorizaram sua participação no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS**

Com relação a amostra da pesquisa, obteve-se um total de 12 pacientes, com a faixa etária entre 33 e 79 anos, sendo 11 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Dentre esses, 5 com diagnóstico de Artrite Reumatoide, 1 com Artrite Reumatoide Juvenil, 5 com Osteoartrite e 1 com diagnóstico de Osteoartrite especificamente Rizartrrose. Desses, 8 apresentavam deformidades nas mãos. Mais da metade dos pacientes avaliados queixaram-se de fadiga, rigidez, dor e desconforto nos membros superiores.

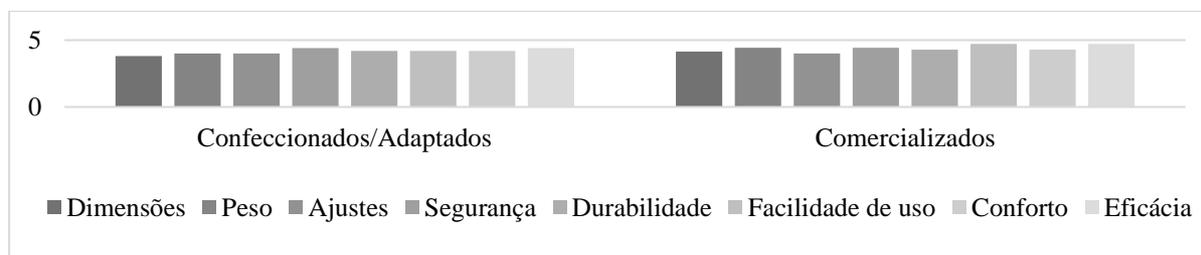
Os dispositivos de Tecnologia Assistiva confeccionados/adaptados e comercializados, indicados aos pacientes estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Dispositivos de Tecnologia Assistiva.

Confeccionados/Adaptados	Comercializados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação para vassoura/ rodo;</li> <li>• Adaptação para escova de banho;</li> <li>• Adaptação para tesoura;</li> <li>• Adaptação para pente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abridor de potes/garrafas;</li> <li>• Engrossador para caneta;</li> <li>• Antiderrapante para registro de torneira;</li> <li>• Esponja de pratos com cabo;</li> <li>• Alças para copo.</li> </ul>

Após o recebimento dos dispositivos de Tecnologia Assistiva, os pacientes usaram os dispositivos em suas rotinas durante 30 dias e, em seguida, responderam sobre o nível de satisfação com o uso dos recursos. A partir do B-QUEST, obteve-se que 52% dos pacientes ficaram mais satisfeitos com os recursos comercializados e 48% com os confeccionados e/ou adaptado. Com relação aos itens indicados com maior satisfação pelos pacientes, encontrou-se a facilidade de uso e eficácia para os produtos comercializados e a eficácia e segurança para os produtos confeccionados/adaptados (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Pontuações nos itens de satisfação no uso dos dispositivos.



## DISCUSSÃO

Diante do que foi analisado, pôde-se verificar que houve uma pequena diferença no nível de satisfação entre os dispositivos comercializados e confeccionados/adaptados, sendo observado uma discreta preferência nos produtos disponíveis comercialmente. Assim como no estudo de Santos *et al* (2018), notou-se que esse tipo de produto apresenta uma estética atraente, tem grande variedade e acessibilidade no preço e no local para compra. Os dispositivos comercializados usados nesta pesquisa foram adquiridos em lojas físicas prontos para uso. Já

os dispositivos categorizados como adaptados foram adquiridos em mercados, mas tiveram necessidades de ajustes para atender as demandas dos pacientes.

Os dispositivos de Tecnologia Assistiva têm o objetivo de proteger as articulações e conservar energia, sendo considerados pontos cruciais para prevenir deformidades, dor e fadiga ao desempenhar as atividades cotidianas. Devem seguir um design centrado no usuário, pois se referem a dispositivos específicos, para um usuário específico, que pode ser realizado em uma tarefa específica, dentro de um contexto específico (PAULA, 2017; MAIA, 2011). Como retratado durante o estudo, os pacientes com doenças reumatológicas, se beneficiam desses recursos, uma vez que os mesmos reduzem os impactos funcionais causados pela doença.

O terapeuta ocupacional se faz presente nesse caso para analisar e orientar quanto ao uso desses recursos durante a realização das atividades diárias. Como aponta Hohmann e Cassapian (2011), o terapeuta ocupacional utiliza a Tecnologia Assistiva a fim de aprimorar a funcionalidade do indivíduo e maximizar a independência no desempenho das atividades. Utiliza-se soluções alternativas como as adaptações de baixo custo, para atender as demandas e assim beneficiando os pacientes assistidos. Neste estudo, a escova de banho, a tesoura e o pente, foram produtos disponíveis no comércio, mas que houve necessidade de alongar o cabo, ajustar a auto abertura e facilitar a preensão, respectivamente, assim facilitando o uso dos mesmos.

## **CONCLUSÃO**

A partir deste estudo foi possível analisar e identificar a preferência quanto ao uso de dispositivos comercializados e confeccionados/adaptados, notando uma discreta predominância ao usar os produtos já disponíveis no mercado. Pôde-se também constatar os itens de maior relevância para o uso contínuo dos dispositivos de Tecnologia Assistiva, sendo eles a eficácia, a facilidade de uso e a segurança. Entretanto, enfatiza-se a satisfação relativa ao uso de dispositivos assistivos referida pelos indivíduos com doenças reumatológicas nos dois tipos de produtos dispensados.

## **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, P. H. T. Q. et al. Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber? *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.55, n 3, p. 272–280, 2015.

CARVALHO, M. A. P. et al. *Reumatologia Diagnóstico e Tratamento*. 4. ed. São Paulo: Editora Gen, 2014.

HOHMANN, P.; CASSAPIAN, M. R. Adaptações de baixo custo: Uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacional brasileiros. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.22, n.1, p. 10-18, 2011.

MAIA, F. N. *A contribuição da Metodologia de Projeto em Design no processo de desenvolvimento de recursos de Tecnologia Assistiva*. 2011. Dissertação (Mestrado em Design) – Programa de Pós-graduação em Design, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MOTA, L. M. H. da. et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v.51, n.3, 2011.

NAGAYOSHI, B. A. et al. Artrite reumatoide: perfil de pacientes e sobrecarga de cuidadores. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 45-54, 2018.

PAULA, P. M. S. *Terapia Ocupacional e Tecnologia Assistiva: Funcionalidade para pessoas com Artrite Reumatoide*. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação mestrado em enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto.

REZENDE, M. U.; CAMPOS, G. C.; PAIOLO, A. F. Conceitos atuais em osteoartrite. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 120-122, 2013.

SANTOS, P. S. et al. Uso de dispositivos de assistência por indivíduo com Osteoartrite de mãos. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 145-152, 2018.

TURKIEWICZ, A. et al. Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032. *Osteoarthritis Cartilage*, v. 22, n. 11, p. 1826-1832, 2014.

## **“O que é saúde mental?” As percepções de crianças em idade escolar a partir de uma pesquisa participativa envolvendo métodos criativos**

*Bruna Melo Martins*

*Paula Maria Cervelino*

*Maria Fernanda Barboza Cid*

A política nacional de saúde mental estabelece que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma, não sendo possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva. Haja vista a necessidade de mais pesquisas que se proponham a desenvolver, de maneira participativa, discussões, reflexões e ações que se aproximem, de fato, das realidades da vivência do sofrimento psíquico na infância, o presente estudo pretendeu explorar o conceito de saúde mental com crianças de 9 a 11 anos pertencentes a uma instituição de contra-turno escolar, a partir da valorização de suas vozes e protagonismo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, participativa e exploratória, na qual o tema “O que é saúde mental?” foi abordado por 25 crianças de 9 a 11 anos, a partir das seguintes atividades: brincar e elaborar um jornal sobre saúde mental e gravá-lo em vídeo e elaborar desenhos ilustrativos sobre o que consideram uma “boa” saúde mental e uma saúde mental ruim. Os dados foram analisados em conjunto com as crianças e posteriormente categorizados. O brincar, os esportes e os estudos foram claramente correlacionados ao favorecimento e promoção da saúde mental na infância, assim como a violência, em suas diversas possibilidades de expressão associa-se ao conceito do que lhes é prejudicial. O estudo contribui com elementos que podem subsidiar ações e políticas que de fato escutem e respondam às demandas e potencialidades do público infantil.

Palavras-chave: saúde mental infantil, contexto escolar, pesquisa participativa, métodos criativos.

### **INTRODUÇÃO**

O Ministério da Saúde (2005) afirma que, para se promover um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas e alcançar o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança,

do adolescente e da família. Estabelece, ainda, que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma, não sendo possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva (BRASIL, 2005, 2014).

De acordo com documento publicado pela Organização Panamericana de Saúde (1998), a promoção da saúde na escola forma parte de uma visão mais integral de ser humano que considera as pessoas e, em especial, as crianças e os adolescentes dentro de seu entorno familiar, comunitário e social.

Considerando a criança enquanto parte da equipe escolar, na medida em que é estudante e alvo das ações, aponta-se que ainda mais rara é a participação delas próprias neste diálogo. Neste sentido, movimentos sociais e acadêmicos têm reivindicado que as pesquisas possam comprometer-se com o desenvolvimento de métodos de construção de conhecimento mais justos e democráticos, envolvendo, no caso especialmente de pesquisas em contextos escolares, a participação, também, dos estudantes (PARRILLA et al, 2016).

Outro estudo, desenvolvido por Parrilla e colaboradores (2012) com 166 alunos de três centros educacionais inclusivos objetivou identificar, a partir de diferentes técnicas narrativas e visuais, as perspectivas das próprias crianças sobre a diversidade. O trabalho concluiu que, quando a informação a ser analisada é gerada dentro de um quadro de reflexão em grupo (grupos de discussão e grupos focais, bem como em sessões conjuntas, como fotografia colaborativa), as contribuições dos alunos se concentram em situações reais, atreladas ao dia a dia de suas escolas.

De acordo com as autoras, essas contribuições devem ser examinadas com grande cautela devido à importância e legitimidade, já que foram desenvolvidas em espaços de consulta criados especificamente para a participação destes alunos e que nos ajudam a pensar de forma diferente sobre as questões estudadas (PARRILLA et al, 2012).

Em suma, falamos sobre conhecer uma realidade e agir sobre ela para produzir uma mudança que melhore as condições de partida. Trata-se de uma consciência crítica de uma determinada população sobre uma realidade concreta, com o objetivo final de tornar-se consciente coletivamente e agir para produzir variações significativas (DOVAL et al, 2013).

Haja vista a necessidade de mais pesquisas que se proponham a desenvolver, de maneira participativa, discussões, reflexões e ações que se aproximem, de fato, das realidades da vivência do sofrimento psíquico na infância, o presente estudo pretendeu explorar o conceito

de saúde mental com crianças de 9 a 11 anos a partir da valorização de suas vozes e protagonismo.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, participativo e exploratório.

Optou-se pela investigação participativa, que prevê que os participantes não apenas colaborem informando sobre temáticas específicas, mas, em grande medida, se apropriem da pesquisa e a conduzam do início ao final, a partir de um processo dialético, no qual há diálogos de múltiplas vozes (PARRILLA; SIERRA, 2015).

Parrilla e Sierra (2015) sintetizam que a investigação participativa constitui-se como uma pesquisa que se desenvolve “com” os participantes, “pelos” participantes e “para” os participantes, porém, em todo caso, não é uma investigação “sobre” os mesmos.

A pesquisa desenvolveu-se em uma instituição de contra-turno escolar caracterizada pela oferta de atividades culturais, esportivas, lúdicas, recreativas e formativas, junto a uma sala de 30 alunos com idade entre 9 e 11 anos.

Inicialmente, as pesquisadoras passaram por uma fase de ambientação, visando favorecer o processo de vinculação e a apropriação da rotina das crianças.

Em um segundo momento, o tema da saúde mental fora inserido como o assunto a ser discutido nos encontros, realizados com periodicidade semanal e duração aproximada de 1h30.

Durante dois destes encontros, a proposta foi de que os participantes elaborassem um jornal infantil abordando qual a compreensão que possuem sobre saúde mental. No primeiro encontro, com o objetivo de disparar a atividade, foram exibidos três vídeos escolhidos pelas pesquisadoras, nos quais crianças protagonizavam cenas de noticiários, de forma lúdica; posteriormente, discutiu-se sobre os tipos de jornais existentes (noticiários, entrevistas, jornais impressos) e, em seguida, as crianças dividiram-se em três grupos para que decidissem como organizariam e desenvolveriam a atividade. No segundo encontro, por sua vez, os grupos gravaram os jornais elaborados, já que todos optaram pelo formato em vídeo.

Nos dois encontros subsequentes, os vídeos confeccionados foram exibidos para toda a turma e, posteriormente, em função das temáticas que emergiram da atividade, solicitou-se que cada criança desenhasse o que acreditava ser uma “boa saúde mental” e o que acreditava ser uma

“saúde mental ruim”. Após estes, reservou-se, ainda, mais um encontro para que cada um pudesse descrever, de maneira individual a uma das pesquisadoras, o que havia retratado em seus desenhos.

A análise dos dados ocorreu de maneira conjunta com as crianças, que puderam falar sobre a temática do estudo e relacioná-la com cada atividade realizada, durante o processo de criação e após ele. Tais discursos foram registrados em áudio e em papel pelas pesquisadoras e, posteriormente categorizados a partir do método da análise temática de conteúdo.

## **RESULTADOS**

Os resultados produzidos a partir das atividades realizadas permitiram a identificação de quatro temáticas relacionadas à compreensão das crianças sobre saúde mental. Dois grupos associaram saúde mental com práticas esportivas, brincar e escola, sendo que apareceram, em ambos os vídeos correspondentes, as seguintes categorias: 1. Esportes/ brincar; 2. Desafios e exercícios para a mente/ estudos/ livros/ aprendizagem. O outro grupo relacionou a temática com uso abusivo de substâncias e violência, tendo surgido as categorias: 1. Vícios e consumo de álcool/ cigarros/ drogas; 2. Discriminação e bullying.

Já na atividade dos desenhos, da qual participaram 21 crianças, a “boa saúde mental” foi retratada e descrita em 9 deles como parte da categoria esportes/ brincar e em 7 como parte da categoria de desafios e exercícios para a mente/ estudos/ livros/ aprendizagem. A “saúde mental ruim” foi associada em 12 dos desenhos à categoria violência e bullying – sendo que duas crianças mencionaram em suas descrições o atentado à Escola Estadual Raul Brasil, ocorrido em Suzano-SP, no dia anterior à atividade de elaboração dos desenhos e em outros 6 à categoria tempo demais no celular, também fazendo associação aos conteúdos de violência de jogos online.

## **DISCUSSÃO**

Um dos principais objetivos das pesquisas participativas é eliminar os filtros conceituais e práticos aplicados tanto literal como metafóricamente pelos pesquisadores e, assim, acessar suas opiniões mais autênticas (Mannay, 2017). Porém, de acordo com Luttrell e Chalfen (2010), os meios participativos, por si, muitas vezes não conseguem resolver o objetivo de “dar voz”, particularmente quando os participantes são crianças. Desta maneira, os métodos criativos de produção de dados se apresentam-se como uma solução possível e a arte pode ser um elemento

que consegue superar os limites da linguagem, abrindo a experiência e transformando o que é familiar em algo diferente.

De acordo com Belin, 2005; Mizen, 2005; Pink, 2004 e Rose, 2010 *apud* Mannay (2017), é amplamente reconhecido que imagens visuais têm o potencial de evocar uma compreensão empática das maneiras que outras pessoas experimentam seus mundos.

Desta maneira, o presente estudo convida-nos e possibilita acessar, ainda que ocupando a posição de adultos, à compreensão que as crianças investigadas possuem sobre saúde mental, bem como de suas diferentes faces – associadas, de maneira bastante simples, a conceitos como bom e ruim – a partir de suas próprias expressões criativas.

O brincar, os esportes e os estudos são claramente correlacionados ao favorecimento e promoção da saúde mental na infância, assim como a violência, em suas diversas possibilidades de prática (bullying, discriminação, brigas, morte e até os próprios jogos eletrônicos), associa-se ao conceito do que lhes é prejudicial.

De acordo com Fontes e colaboradores (2010), o brincar é uma atividade inerente ao comportamento infantil e essencial ao bem-estar da criança, pois colabora efetivamente para o seu desenvolvimento físico/motor, emocional, mental e social, além de ajudá-la a lidar com a experiência e dominar a realidade. Pode ser considerada como fonte de adaptação, e instrumento de formação, manutenção e recuperação da saúde

Corroborando com os demais resultados, Matsukura, Fernandes e Cid (2014), apontam que a convivência com a violência, no cotidiano familiar e/ou social, parece ser uma variável que quando presente em um contexto de risco focalizado torna o desenvolvimento socioemocional das crianças ainda mais vulnerável.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir deste estudo foi possível observar que as crianças relacionam saúde mental com atividades lúdicas e prazerosas, presentes em seu cotidiano, assim como com situações de violência. Além disso, a adoção de métodos criativos pareceu potente, na medida em que possibilitou espaços de maior participação e envolvimento, mediando a produção de conhecimento compartilhada com as crianças e que forneceu elementos que podem ser levados

em consideração em processos de intervenção e também em políticas públicas direcionadas a esta população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. : il.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos\\_politica\\_saude\\_mental\\_infanto\\_juvenil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_politica_saude_mental_infanto_juvenil.pdf)>. Acesso em 30 de julho de 2017.

DOVAL, M. I.; MARTINEZ-FIGUEIRA, E.; RAPOSO, M. La voz de sus ojos: la participación de los escolares mediante Fotovoz. **Revista de Investigación en Educación**, nº 11 (3), 2013, pp. 150-171.

FONTES, CMB, MONDINI, CCSD, MORAES, MCAF, BACHEGA, MI, MAXIMINO, NP. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Rev Bras Educ Espec**. 2010;16(1):95-106

LUTTRELL, W; CHALFEN, R. **Lifting up voices of participatory visual research**, Visual Studies,25:3, 197-200. 2010

MANNAY, D. *Métodos visuales, narrativos y creativos en investigación cualitativa*. Madrid: Narcea, 2017.

MATSUKURA, T.S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Saúde mental infantil em contextos de desvantagem socioeconômica: fatores de risco e proteção. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 251-262, 2014

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Escolas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las geraciones futuras**. Washington, Eua, 1998. [Comunicación para la salud n° 13].

PARRILLA, A.; MARTÍNEZ-FIGUEIRA, M.<sup>a</sup> E.; ZABALZA-CERDEIRIÑA, M. A. Diálogos infantiles en torno a la diversidad y la mejora escolar. **Revista de Educación**, Madrid, 2012.

PARRILLA, A.; RAPOSO-RIVAS, M.; MARTINEZ-FIGUEIRA, M. Procesos de movilización y comunicación del conocimiento en la investigación participativa. **Opción**, Maracaibo, v. 12, n. 32, p.2066-2087. 2016.

PARRILLA, Á.; SIERRA, S. Construyendo una investigación inclusiva en torno a las distintas transiciones educativas. **Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado**, Zagagoza, v. 18, n. 1, p.161-175, 7 jan. 2015.

## **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**

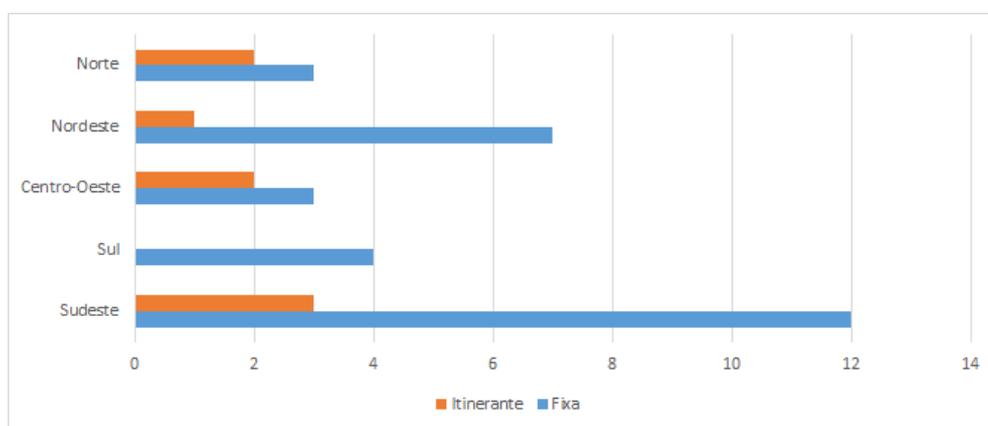
Atualmente o Brasil conta com 37 Oficinas Ortopédicas distribuídas regionalmente, desse total, aproximadamente 78% são da modalidade Fixa e aproximadamente 22% é Itinerante. A administração sem fins lucrativos totaliza 73% dos serviços, enquanto 27% são de administração pública. A gestão municipal totaliza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

Categoria do serviço	f	fr-%
<b>Categoria do serviço</b>		
Fixa	29	78,4
Itinerante	8	21,6
<b>Esfra administrativa</b>		
Administração pública direta	10	27
Entidade sem fins lucrativos	27	73
<b>Tipo de gestão dos serviços</b>		
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%) UFs estão amparadas por ao menos uma Oficina, em um território composto por vinte sete UFs. Explicitando a ausência do dispositivo nas UFs 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 hemicorpo 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 hemicorpo 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 desordens neuromotoras, 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.

## **Desenvolvimento de um protótipo para ortostatismo em pré escolares com síndrome congênita do vírus zika via tecnologia social**

*Thamires Gonçalves Pinto*

*Gabrielle Magalhães da Silva*

*Thalyne de Sá da Silva*

*Amanda Santos Barros*

*Caciana da Rocha Pinho*

Sabe-se que a postura ortostática é fundamental para o desenvolvimento motor da criança e que a mesma se encontra prejudicado no público diagnosticado com Síndrome Congênita do vírus Zika, predominantemente qualificado no nível V da *Gross Motor Function Classification System*. Atualmente, dentre os dispositivos assistivos adquiridos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, não se encontram os estabilizadores verticais apesar da grande demanda. Com isto o objetivo do estudo consiste na construção de um protótipo baseado na lógica da Tecnologia Social. A metodologia escolhida foi o *Processo de Desenvolvimento de Produtos*, que abrange diversas macrofases e subfases, onde neste estudo é salientada a macrofase do Desenvolvimento. Ademais, para fins estéticos para o público infantil, foi aproveitado o uso da ludicidade. A ausência de uma equipe multiprofissional, ferramentas adequadas e a elaboração de encaixes para as partes removíveis do protótipo, foram algumas limitações e dificuldades sucedidas ao decorrer da confecção. Faz necessário a continuidade com ênfase na macrofase de Pós Desenvolvimento, em virtude de não terem sido realizados os testes com a utilização efetiva das crianças.

**PALAVRAS-CHAVE:** Equipamentos de auto ajuda, Tecnologia Culturalmente Apropriada, Zika vírus, Postura; Estudo de Prova de Conceito.

### **INTRODUÇÃO**

Após a epidemia do vírus Zika entre 2015 e 2016, foram notificados expressivos casos de nascidos microcefálicos que em seu desenvolvimento apresentaram outras comorbidades

associadas, como Paralisia Cerebral, Hidrocefalia e Alterações Visuais, fazendo com que esse conjunto de características fundamente o diagnóstico de Síndrome Congênita do vírus Zika. Atualmente estes pré escolares estão sendo classificados majoritariamente em nível V da *Gross Motor Function Classification System* (MELO *et al.*, 2019).

O ganho e aprimoramento ortostático é fundamental para o desenvolvimento motor e se apresenta prejudicado neste grupo populacional, por conseguinte de suas condições de saúde apresentadas. Com isso nota-se a demanda de aquisição de um estabilizador vertical que possui a função de auxiliar no controle postural para propiciação e manutenção da postura ortostática do indivíduo.

Atualmente o direcionamento referente a aquisição de recursos assistivos através do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro contempla somente a mobilidade através da disponibilização de cadeiras de rodas, não considerando a importância do uso de um dispositivo que permita a postura de pé, mesmo que haja intensa demanda por parte do público alvo. Com isto faz-se saber que não há qualquer política pública que subsidie a concessão de estabilizadores verticais. Esta ausência justifica a criação de protótipos que possam dar continuidade ao desenvolvimento de novos produtos, sendo este o principal objetivo deste estudo. Para tal, a equipe lança mão do conceito de Tecnologia Social pensando no desenvolvimento de um protótipo da equipe em conjunto a comunidade.

## **METODOLOGIA**

O modelo escolhido que fundamenta esta execução foi a metodologia Processo de Desenvolvimento de um Produto proposto por Rozenfeld *et al.* (2006) gerando então a divisão por três macrofases: Pré Desenvolvimento, Desenvolvimento e Pós Desenvolvimento. As atividades típicas deste modelo seguem a sequência de ações: projetar, construir, testar e otimizar, sendo que este estudo fora encerrado na etapa de construção, durante a macrofase de Desenvolvimento. A metodologia comporta subfases, entretanto neste haverá ênfase na macrofase do Desenvolvimento e suas subfases de Projeto Informacional, Projeto Conceitual e Projeto Detalhado, visto que estas formam os aspectos centrais deste estudo. Esse período se deu entre março a junho de 2019, em uma equipe de quatro discentes e uma docente orientadora.

## RESULTADOS

Ao decorrer do Pré-Projeto a equipe aferiu dados que indicassem as demandas do público alvo e comparou estes achados com os produtos pré-existentes no mercado. Após análise mercadológica de quais recursos estão disponíveis atualmente para compra no Rio de Janeiro, fora constatado a ausência de dispositivo terapêutico plenamente efetivo às demandas deste público. O material designado para confeccionar estruturalmente o protótipo foi o papelão, em sua forma ondulada e em tubos. Compondo o seu processo de escolha considerou-se os aspectos levantados por Franco, Sales e Mohallem (2014), de baixo custo para a realização, relacionado a sua capacidade de contenção, design ecológico, potencial de resistência mecânica e facilidade construtiva.

Em fase de Projeto Informacional foram elencados os requisitos que formam o escopo do produto, os quais devem ser alcançados para o cumprimento correto de sua funcionalidade, sendo estes: oferecer inclinação do corpo inteiro incluindo os pés, que devem estar em pronação em 75° para verticalização, além de ser utilizado em conjunto a uma órtese suropodálica. Os membros inferiores devem estar posicionados com 40° de abdução e em rotação externa, que será executado por um abductor de quadril que irá compor o produto. Ademais os joelhos e o quadril serão estabilizados com vetor de força em sentido oposto para favorecer a extensão dos mesmos, além do quadril e do tronco contar com uma estabilização lateral e uma mesa para descarga de peso dos membros superiores. A postura pronada onde a incidência da força gravitacional age sobre o indivíduo em plano dorsal e os pontos biomecânicos chave são utilizados, se apresenta benéfica como demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 1: Benefícios do estabilizador vertical em posição pronada.

Alongamento da musculatura extensora	Tronco
	Quadril
	Membros Inferiores
Prevenção	Encurtamento
	Hipotrofia muscular

	Contraturas advindas de luxação ou subluxação de quadril
Outras contribuições	Otimização do tônus
	Formação das articulações de membros inferiores
	Distribuição da descarga de peso sobre os membros inferiores

Referente a estética, em fase de Projeto Conceitual, optou-se pela ludicidade e pela temática de jogos e brinquedos baseado no desejo de tornar o produto não somente funcional, mas esteticamente agradável a criança e seus cuidadores.

No Projeto Detalhado a equipe definiu como tecnologia de processos de fabricação a confecção manual, para tal foi considerado a falta de uma oficina adequada com as ferramentas necessárias para a execução desse tipo de trabalho. O resultado obtido foi de um protótipo personalizado, que posteriormente seguirá para fase de testes. As imagens abaixo ilustram o protótipo no término da montagem, estas em sentido pósterio-anterior (Imagem 1) e em vista lateral (Imagem 2).



(Imagem 1)



(Imagem 2)

Pensando o desmonte do produto, a foto abaixo (Imagem 3) possibilita a visualização de partes removíveis para que os cuidadores possam ter maior facilidade ao guardarem.



(Imagem 3)

## DISCUSSÃO

Os estabilizadores laterais revestidos por EVA estão posicionados paralelamente de forma simétrica, mas torna-se indispensável salientar que seu posicionamento incidirá sob pontos biomecânicos chave e dependerá da estrutura da coluna vertebral do paciente, pensando as devidas correções necessárias em cada caso. As tiras de neoprene têm por função estabilizar tronco, em altura de tórax, e quadril. Os joelhos forrados também em EVA possuem leves concavidades para o encaixe anatômico da patela e tiras para manutenção da posição estendida e maior conforto. O conhecimento teórico-prático de Biomecânica se fez essencial em todo o processo de planejamento e montagem.

Ao decorrer do desenvolvimento surgem dificuldades relacionadas aos aspectos básicos da estrutura, centradas principalmente com relação aos encaixes, tornando-se então o maior ponto de atenção no que tange a estrutura e um ponto de discordância à afirmação de facilidade construtiva feita por Franco, Sales e Mohallem (2014). Além disto, outra barreira foi de produzir um recurso de forma que venha a ocupar menos espaço possível respeitando os limites de base de apoio e incidência do centro de gravidade.

Inerente a macrofase de Desenvolvimento, a elaboração deste estudo foi estabelecido como meio de divulgação do produto em meio acadêmico, em consonância, objetiva-se angariar visibilidade a questão. As atividades de Pós Desenvolvimento não foram executadas, tornando fundamental a realização de um próximo estudo que mostre a continuidade do processo.

As limitações do estudo se deram principalmente referentes a ausência de uma equipe multiprofissional, a não utilização de amostras diretas advindas de pesquisas envolvendo seres

humanos e a não disponibilidade de uma oficina que ofertasse os recursos e ferramentas adequadas para a confecção do protótipo, como citado em parte do Projeto Detalhado.

A ausência de políticas públicas de saúde que aparem a concessão deste tipo de produto faz com que a população que o necessita permaneça desassistida gerando dependência das produções independentes que não conseguem comportar um quantitativo tão expressivo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual estudo se encerra com o objetivo de dar continuidade às etapas do processo de desenvolvimento iniciando então sua fase de testes. Estima-se que após a conclusão do protótipo a equipe venha realizar uma oficina para construção do dispositivo personalizado junto aos cuidadores dos pacientes, que receberão ao final, o produto pronto para ser utilizado de modo domiciliar, com as devidas orientações de uso que serão realizadas previamente e da importância do equipamento no processo de ganho de função, para garantir o melhor aproveitamento do produto. É esperado que este estudo possa fomentar novos processos de desenvolvimento de produtos que atendam as demandas específicas apresentadas por esse novo público.

## REFERÊNCIAS

FRANCO, A. G. *Estudo do papelão ondulado de parede dupla, como material alternativo de mobiliário com design ecológico*. Dissertação (Mestrado em Design). Universidade do Estado de Minas Gerais. 2015. Disponível em <<http://anapaulanasta.com/wp-content/uploads/2016/06/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Annibal-Franco.pdf>> Acesso em: 26 de junho de 2019.

ROZENFELD, H. et al. *Gestão de Desenvolvimento de Produtos: uma referência para a melhoria do processo*. 1 ed, São Paulo: Saraiva, 2006.

MELO, A. et al. Motor function in children with congenital Zika syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Campina Grande. 2019. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dmcn.14227>>. Acesso em: 26 de junho de 2019.

## **Relato de experiência: a adequação postural em cadeira de rodas no estágio em tecnologia assistiva**

*Rebeca Barros da Silva Cunha*

*Caciana da Rocha Pinho*

Este trabalho visa descrever o processo de trabalho de adequação postural em cadeiras de rodas manuais realizado no estágio em Tecnologia Assistiva sob a ótica da experiência de um(a) estagiário(a) da graduação de Terapia Ocupacional e caracterizar com aspectos da literatura sobre a temática. Metodologia: Trata-se da descrição do processo de adequação postural em cadeira de rodas realizado no estágio e a correlação com o que aborda a literatura. Resultados e Discussão: O processo de adequação postural em cadeiras de rodas inicia-se com a prescrição, continua após o usuário adquirir o produto e no acompanhamento, considerando sempre as demandas do usuário e do cuidador, pois estas guiam a prática clínica. Considerações Finais: Percebe-se a importância do processo de adequação postural conforme o que a literatura recomenda para guiar as ações, a consideração das demandas dos cuidadores/usuários neste processo e o acompanhamento do uso do dispositivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia Ocupacional, Equipamentos de Autoajuda, Avaliação de Processos.

### **INTRODUÇÃO**

Este estudo tem como objetivo descrever o processo de adequação postural em cadeiras de rodas no estágio em Tecnologia Assistiva sob a ótica da experiência de um(a) estagiário(a) da graduação de Terapia Ocupacional, caracterizando com aspectos disponíveis na literatura sobre a temática.

Os dispositivos para adequação da postura sentada são equipamentos de autoajuda que fazem parte da categoria de dispositivos que podem ser considerados Tecnologia Assistiva (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007). “Os recursos de TA são todos e quaisquer itens,

equipamentos ou parte deles, produtos ou sistemas fabricados em série, ou sob medida, utilizadas para aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais das PcD” (CGEE, 2012, p. 174).

A adequação postural visa o conforto, distribuição de pontos de pressão, proporcionar estabilidade e postura do corpo por meio de adaptações para cadeira de rodas/sistema de sentar e o uso de posicionadores e contentores, favorecendo assim o suporte e posicionamento de tronco, cabeça e membros (CGEE, 2012).

Dado o exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever o processo de trabalho de adequação postural em cadeiras de rodas manuais realizado no estágio em Tecnologia Assistiva e correlacionar com aspectos abordados pela literatura.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de um(a) estagiário(a) que finalizou um percurso de prática de 108 horas no período de fevereiro a junho de 2019, em um estágio supervisionado. Para tal, é descrito o processo de adequação postural em cadeira de rodas realizado no estágio em Tecnologia Assistiva embasado com aspectos da literatura sobre a temática. Para maior delimitação da temática, o foco será em cadeira de rodas manuais e o modelo de avaliação utilizado neste estágio, que é baseado no modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), não será abordado de forma detalhada, sendo abordado em outro estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A adequação postural, de acordo com o relatório final: Mapeamento de Competências em Tecnologia Assistiva, realizado pelo Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, pode ser definida como o uso de adaptações, posicionadores e contentores visando proporcionar o conforto, distribuição de pressão, estabilidade e postura adequada do corpo (CGEE, 2012). O processo de adequação postural em cadeiras de rodas, nesse estágio, inicia-se com a avaliação direcionada para a prescrição do dispositivo. Após esta etapa, a cadeira é adquirida pelo usuário (seja por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), por outros dispositivos de saúde que fazem

a concessão, por financiamento próprio ou por intermédio de associações) e o mesmo retorna ao estágio para continuar o processo de adequação. Feito isso, o acompanhamento é realizado visando atender as necessidades do usuário/cuidador, identificando o surgimento de novas demandas.

Para a realização da prescrição, o primeiro passo analisado está relacionado à mobilidade. Sob este aspecto é identificadas as especificações técnicas necessárias para a base móvel, como o peso do chassi, a posição da roda traseira em relação ao centro de massa da cadeira, a necessidade de *tilt* fixo e regulagem do ângulo caster dianteiro, necessidade de cambagem, e de *tilt* multiposicional. Em seguida, os aspectos relacionados à função e estrutura do corpo são avaliados, tais como a antropometria e a postura em si, com base na CIF, que aborda os componentes de função e estrutura do corpo dentro de um modelo de avaliação biopsicossocial proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (CASTANEDA, 2018). Neste momento é essencialmente identificado o ângulo do sentar do cliente. Por fim, chega-se a um resultado de um produto ideal, com todas as necessidades em consonância aos aspectos relacionados à atividade e participação, junto com as demandas ambientais e pessoais.

O próximo passo está relacionado à adequação do produto às necessidades do cliente. O primeiro ajuste necessário para a adequação é a regulagem da base da cadeira de rodas, onde deve-se intervir no centro de gravidade, *tilt* fixo (ângulo do assento em relação a horizontal) e caster dianteiro. Em seguida são ajustados os componentes e acessórios da cadeira: a inclinação do encosto, o apoio dos braços e pés, altura do apoio de cabeça, altura e comprimento das modulações de encosto e assento, regulagens dos cintos e altura e pressão dos estabilizadores quadril e torácicos. Esse último deve ser posicionado de forma oblíqua, sendo importante para o alinhamento postural, funcionando como um ponto de força e outro de contra-força (HOLMES, 2003). O ângulo de inclinação do assento (*tilt* fixo) e o ângulo entre encosto e assento (inclinação do encosto) devem ser aferidos e/ou regulados garantindo um sentar ideal com base na ergonomia e nas necessidades posturais específicas do usuário. Albuquerque e Souza e colaboradores (2018) ratificam sobre esses acessórios que proporcionam a estabilidade e o conforto do usuário.

É importante ressaltar sobre considerar as demandas do cuidador durante a adequação postural. Como exemplo, o recomendado para a faixa de inclinação entre encosto/assento é, de acordo com análises ergonômicas, entre 105° à 110° (GRANDJEAN, 1998). Dependendo das medidas antropométricas do usuário e do ângulo identificado como ideal, a cadeira pode ficar mais alta (ângulo do encosto mais fechado) ou mais comprida (ângulo do encosto mais aberto)

dificultando a entrada da cadeira inteira em um automóvel — o que seria ideal para uma família de pais cuidadores já idosos, por exemplo, que possui um carro adaptado com rampa. Dessa forma, é preciso conciliar a demanda do usuário (ângulo de inclinação determinado a partir da necessidade postural e da percepção/exploração visual) com a demanda do cuidador (entrar com a cadeira inteira no carro). A partir das diversas demandas, necessita-se discutir as diferentes possibilidades com o usuário e seu cuidador para que, em conjunto, se chegue à solução mais fidedigna, entendendo que o ângulo do sentar do usuário é inegociável.

Dado o exposto, pode-se perceber que, ainda que a literatura aborde sobre o ideal em relação a questões posturais na intervenção em adequação postural, os resultados positivos relacionados à usabilidade somente serão alcançados, quando a intervenção for orientada pelas demandas do usuário/cuidador. Ademais, pode-se perceber no período desta prática, que em muitos momentos não é possível conciliar praticidade de transporte e precisão de postura, fazendo-se necessário que o cliente decida priorizar entre posicionamento ideal e praticidade de manuseio e transporte. Nota-se em muitas situações uma necessidade de prescrição de dois modelos de cadeira de rodas, uma que seria para mobilidade/transporte e outra para adequação postural, entretanto, esta não costuma ser, ainda, uma realidade. As cadeiras de adequação postural normalmente são pesadas, sendo em “X” ou monobloco e possuem muitos acessórios que precisam ser desmontados para compactação em veículos. As cadeiras de transporte, com foco na mobilidade, por sua vez, não possuem os módulos necessários para realizar a adequação postural, além disso, estes modelos não são fabricados para adolescentes e adultos.

Outro ponto importante a ser destacado são as impossibilidades de ajuste de cadeiras que foram adquiridas sem prescrição e chegam ao estágio para um auxílio, além daquelas que foram prescritas e foram concedidas pelo SUS, porém sem seguir a prescrição na íntegra. Nestes casos, adaptações são feitas para proporcionar uma maior adequação postural ao usuário ainda que as modificações sejam restritas. Por exemplo, uma cadeira sem regulagem de *tilt* fixo necessita de assento com cunha elevada que proporciona inclinação para trás e evita que as nádegas não escorreguem para frente (GRANDJEAN, 1998). Isto pode ser adaptado com inserção de espuma para realizar esse desnível, proporcionando assim um sentar mais próximo do ideal.

Albuquerque e Souza e colaboradores (2018) apontam sobre a importância de se rever o processo de concessão de cadeira de rodas e o acompanhamento do usuário visto a insatisfação de pais/responsáveis de itens em cadeira de rodas e seus acessórios. A partir da observação de insatisfação e também da percepção de desconforto mediante o uso da cadeira

pelos usuários, os autores sugerem estudos de investigação sobre a possibilidade de abandono do equipamento. Isso demonstra a importância de uma prescrição que faça a avaliação do usuário e que considere suas demandas, assim como também as de seu cuidador.

Dado o exposto, pode-se concluir que, nesse estágio, para as prescrições que se iniciam a partir da avaliação, há a possibilidade de realizar a montagem de sistemas de assento, dada a existência de uma variedade de produtos no mercado. Para os usuários que já chegam com a cadeira, há a possibilidade de realizar adaptações de forma individual (CGEE, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que é importante que o processo de adequação postural siga o recomendado pela literatura para guiar as ações na prática clínica. Além disso, é imprescindível que esse processo leve em consideração as demandas dos cuidadores/usuários, pois são os mesmos que guiarão o atendimento. Uma correta prescrição também é fundamental para que não se necessite realizar adaptações que poderiam ser facilmente solucionadas com uma prescrição mais precisa. O acompanhamento também é de suma importância visto que as demandas podem vir a surgir com o uso do produto ou se modificarem conforme as necessidades da díade usuário-cuidador.

Pode-se afirmar que o olhar do terapeuta ocupacional proporciona a visão acerca da importância de se considerar a demanda centrada no cliente no processo de adequação postural. Esse profissional tem a formação necessária que permite a visão crítica do processo englobando avaliação, prescrição, adequação, adaptação e acompanhamento. Cabe aos profissionais se apropriarem da literatura para embasar seu conhecimento e sua prática clínica e se apropriarem dessa área que possui tamanha importância na Tecnologia Assistiva.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE E SOUZA, A.; BORGES, E. C.; MAGALHÃES, B.; KOSOSKI, E.; ARAMAKI, A. L.; SILVA E SILVA, S. Percepção dos responsáveis de crianças e adolescentes sobre prescrição da cadeira de rodas e satisfação com o equipamento. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 1, p. 27-33, 20 set. 2018.

CASTANEDA, L. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – way to Health Promotion. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 20, n. 2, p. 229-233, 2018.

CAVALCANTI, A., GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional – Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.

CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. **Relatório final**: mapeamento de competências em Tecnologia Assistiva. Brasília: CGEE, 2012.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. Bookman, 1998.

HOLMES, K. J. et al. Management of scoliosis with special seating for the non-ambulant spastic cerebral palsy population—a biomechanical study. **Clinical biomechanics**, v. 18, p. 480-487, 2003.

## **O sofrimento psíquico em adolescentes em situação de vulnerabilidade social**

*Mayelle Tayana Marinho*

*Viviane Mayra Araújo Pessoa de Albuquerque Guedes*

*Marcela Paula Conceição da Andrade Oliveira*

*Daniela Tavares Gontijo*

*Marina Araújo Rosas*

*Keise Bastos Gomes da Nóbrega*

A adolescência é uma fase de transformação, muitas dessas acabam repercutindo em sofrimento de ordem de saúde mental. Dessa forma esse estudo tem o objetivo de identificar a presença de sofrimento psíquico em adolescentes em situação de vulnerabilidade social e fatores de risco. Caracteriza-se como um estudo de corte transversal, descritivo, de caráter quantitativo dos dados. Participaram do estudo, 23 adolescentes de ambos os sexos com idades de 10 e 15 anos. Para coleta dos dados utilizou-se um questionário sociodemográfico e o Questionário de Capacidades e Dificuldades. Como resultados foi possível verificar que 47,82% dos adolescentes apresentaram indicativos de sofrimento psíquico, sendo a hiperatividade com maior pontuação e o maior acometimento no sexo masculino. Os resultados também indicaram que esses problemas estão interferindo de forma negativa na vida cotidiana e escolar. Com isso se conclui que viver em situação de vulnerabilidade social pode gerar efeitos psicológicos extremamente negativos, se não identificados precocemente, poderão dificultar o desenvolvimento. Indica-se a necessidade de políticas públicas que considerem essa realidade e implementem ações de prevenção e promoção da saúde mental para esses adolescentes.

**Palavras-Chaves:** Adolescente, Saúde Mental, Vulnerabilidade Social.

## **INTRODUÇÃO**

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar do ser humano, compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento, grandes descobertas e instabilidade emocional, período no qual é formada a personalidade (BRASIL, 2013; BRASIL, 2007; FONSECA et al., 2013). O adolescente em vulnerabilidade social está mais propenso a situações de risco e fragilidade, seja por fatores biológicos, epidemiológicos, sociais e/ou culturais, que podem propiciar a ocorrência de problemas de saúde mental (HAACK et al., 2012; ASSIS, 2009).

Os problemas de saúde mental na adolescência são comuns e podem se manifestar por diversas dificuldades, tais como as comportamentais, emocionais, sociais e de rendimento escolar, prejudicando o desenvolvimento e o aproveitamento dos recursos potenciais. A maioria dos adolescentes em sofrimento psíquico não recebe tratamento adequado, o que pode favorecer a ocorrência de eventos graves na vida adulta (DRUMMOND; GONTIJO; RADICCHI; 2014).

Dessa forma, observa-se a necessidade de estratégias preventivas, que incluam o processo de identificação das situações de risco para sofrimento psíquico. A identificação de sofrimento psíquico em grupos vulneráveis traz a possibilidade do desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir e minimizar os fatores de risco e seus efeitos nocivos para a saúde mental dos adolescentes (DRUMMOND; GONTIJO; RADICCHI; 2014). Diante disso, o presente estudo tem como objetivo identificar a presença de sofrimento psíquico em adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, de caráter quantitativo. O estudo foi realizado com adolescentes de 10 a 19 anos, de ambos os sexos, residentes de comunidades com indicadores de vulnerabilidade, sendo esses participantes de um projeto de extensão de uma Universidade pública de Pernambuco. A coleta de dados ocorreu em abril a junho de 2016. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-por). As informações referentes ao instrumento padronizado, o SDQ, foram tratadas em planilha de cálculo de cada escala e analisadas descritivamente. Os procedimentos éticos seguiram a Resolução nº466/12 do CNS.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 23 adolescentes, com idades entre 10 e 15 anos. A maioria frequentando o ensino fundamental. Desses, 83% vivem em estrutura familiar não nuclear, sendo 5 moradores de instituição de apoio. Observa-se que 47,82% dos adolescentes apresentaram escore total do instrumento pontuado como anormal, o que indicaria possibilidades de problemas de saúde mental. Desses, 52,18% apresentaram escore anormal na sub-escala relacionada à hiperatividade, enquanto que 78,26% obtiveram escore normal em relação ao comportamento pró-social.

Comparando-se os gêneros, nota-se que os meninos apresentaram maiores pontuações como anormal que as meninas. Eles obtiveram maior pontuação relacionada a escala de hiperatividade, de conduta, e de relacionamento com colegas, respectivamente. Enquanto que as meninas observamos maiores médias nas escalas de hiperatividade e emocional. Na escala pró-social ambos sexo se saíram bem. De maneira geral, com relação à escala de sintomas emocionais foi observado que as questões com maior frequência das quais os adolescentes pontuaram como verdadeiras foram 43,48% tenho muitas preocupações e 69,57% ficar nervoso quando enfrento novas situações.

Na análise das frequências relacionadas aos itens de problema de conduta verificou-se que 39,13% dos adolescentes ficam muito bravos e costumam perder a paciência, e este mesmo percentual de adolescentes, referiu que geralmente são acusados de mentir ou trapacear, sendo que 8,7% referiram que pegam coisas que não são suas.

Na escala de hiperatividade identificou-se 43,48% se consideram inquietos/hiperativos e 56,52% dizem estar constantemente inquietos ou agitados. Na dimensão da escala de problemas de relacionamento com colegas, 82,61% referem ter um ou mais bons amigos, 47,83% são queridos por outros jovens. Por outro lado, 34,78% se dizem ser perseguidos ou atormentados por outros jovens. Para itens do comportamento pró-social 73,91% disseram que são gentis com crianças, 69,57% mostram-se prestativos se alguém parece magoado e 60,87% que tentam ser legais com outras pessoas. Por fim, 86,96% reconheceu as dificuldades que variam de pequenas, definidas e graves. Em relação a interferencia de dificuldades no dia a dia, observa-se que no aprendizado escolar e no relacionamento com os amigos foram apontados por eles como sendo as áreas com maior impacto.

## DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos mostram que os adolescentes possuíam fatores de risco para o sofrimento psíquico, sendo eles: famílias numerosas, não nucleares, morar em instituição de apoio, atraso escolar, entre outros (AKAHOSI; CID; MATSUKURA, 2012; ASSIS et al, 2009; DRUMMOND; GONTIJO; RADICCHI, 2014). Viver em situação de vulnerabilidade social relacionada a condições sociais e econômicas desfavoráveis, ter pais com baixa escolaridade, desemprego, situação de abandono e/ou o afastamento do vínculo familiar e famílias monoparentais ou constituídas pela presença de padrasto/madrasta ou com a presença de outras pessoas, são fatores que podem induzir ou aumentar a probabilidade do aparecimento de problemas relacionados à saúde mental (MONTEIRO, 2011; DRUMMOND; GONTIJO; RADICCHI, 2014).

Outro aspecto revelado é a baixa escolaridade dos adolescentes, altos índices de reprovação escolar e adolescentes sem frequentar a escola. Esses achados corroboram com outros estudos, que apontam que crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e problemas sócio emocionais, apresentam maiores riscos para desenvolver dificuldades acadêmicas seguindo para o abandono escolar (CID; MATSUKURA, 2015).

As frequências obtidas segundo o SDQ revelam que um quantitativo significativo de adolescentes foram considerados como clínico na pontuação total, apresentando indicativo para problemas de saúde mental, sendo mais frequentes os problemas de hiperatividade, seguidos por sintomas emocionais e de conduta, e problemas de relacionamento com colegas respectivamente. A vida em ambientes mais desfavorecidos é uma condição que parece estar fortemente relacionada a problemas de saúde mental (MONTEIRO, 2002; AKAHOSI; CID; MATSUKURA, 2012; DRUMMOND; GONTIJO; RADICCHI, 2014).

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, identificado como o mais prevalente neste estudo, trata-se de um problema crônico e intenso, que na maioria dos casos, persiste além da infância (ALTINO et al., 2014). Apontado como maior frequência em serviços de saúde mental, deve ser visto e tratado não apenas como um fator de risco individual, mas também social. Quanto ao sexo o estudo revelou que os meninos apresentam maior prevalência ao transtorno de hiperatividade do que as meninas, seguido por problemas de conduta e de relacionamento. Na literatura se sugere que transtornos mentais são mais comuns em meninos

e que tem maior chance de ocorrerem no período próximo e durante a adolescência (PINHEIRO, 2010).

Episódios de conflitos com colegas também foram identificados neste estudo. A hipótese a despeito do mesmo pode estar relacionada à estruturação familiar, pois viver em um ambiente desarmônico e pais separados é considerado fator de risco para problemas de saúde mental e para comportamento antissocial e relacionamento conflituoso (BONAFÉ; MARZOL; YUNES, 2012).

Os dados revelam efeitos negativos dos fatores estressantes na vida do adolescente em vulnerabilidade social e a necessidade de medidas preventivas, que possam atuar na promoção da saúde mental, evitando efeitos adversos futuros, como evasão escolar, problemas comportamentais e emocionais, entre outros. As dificuldades apresentadas estão interferindo na vida cotidiana e na escola, revelando a necessidade de intervenções para a promoção da saúde mental e prevenção de agravos futuros. Nesse contexto a família e o suporte social são espaços de apoio importantes na rede de cuidados, funcionando como fator de proteção.

## **CONCLUSÃO**

Dessa forma, faz necessário compreender e admitir que estes adolescentes estão em múltiplos risco psicossocial e que o sofrimento psíquico está presente, constituindo-se numa problemática de relevância para a saúde pública, que se desconsiderada, diminui para esses jovens as chances de desenvolvimento e de enfrentamento do problema. Dessa maneira, consideramos que é preciso proteger e fortalecer um desenvolvimento frequentemente ameaçado, dar condições para o enfrentamento mais justo nas questões que se colocam no dia a dia de cada um. Surge a necessidade de atenção a uma problemática que se soma a outras e que compõem essa complexa realidade.

Com isso sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas utilizando outras estratégias metodológica e com maior número de participantes, a fim de que o estudo tenha mais confiabilidade e fidedignidade. Possibilitando assim, reflexão acerca dos aspectos envolvidos no contexto da vulnerabilidade social, bem como o impacto para a saúde mental dos adolescentes que convivem com essa realidade e alavancar ações e políticas específicas de atenção e intervenções mais eficazes junto a esses adolescentes.

## REFERÊNCIAS

AKAHOSI, D. S.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, S. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto família. **Rev. Ter. Ocup. Univ**, São Paulo, 23(2), 122-129, maio/ago, 2012.

ALTINO, B. et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: Prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, 53-62, maio-agosto, 2014.

BONAFÉ; MARZOL; YUNES, M. A. M. As Perspectivas de Crianças e Adolescentes em Situação de Acolhimento Sobre os Cuidadores Protetores. **PSICO**, Porto Alegre, 43(3), 317-324, jul/set, 2012.

BRASIL. Saúde, um direito do adolescente / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 60(1), 2007. P.21;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 86.

CID, M. F.; MATSUKURA, C. I. A. Relações entre a saúde mental de estudantes do ensino fundamental e as práticas e estilos parentais. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 39(4), 504-513, maio/ago, 2015.

DRUMMOND L. D. C.; GONTIJO, C. D.; RADICCHI, L. A. Fatores sociais associados a transtornos mentais com situações de risco na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira Epidemiologia**, 15(3), 560-572, 2014.

FONSECA, F.; SENA, K.; SANTOS, R.L.; DIAS, O.; COSTA, D.M. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas. **Revista Paul Pediatría**. 2013; 31(2): 258-264.

HAACK, K. R. et al. Resiliência em adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social. **Rev. Interstucional de Psicologia**, 5(2), 270-281, jul-dez, 2012.

MONTEIRO, D. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas. 17(2), 29-40, jul – dez, 2002.

PINHEIRO, S. C. A. S. Crianças com transtorno de déficit de atenção / Hiperatividade (TDAH). 2010. p. 24-31. Dissertação de graduação de psicologia. Universidade do Estado da Bahia. 2010.

## **Desempenho funcional de pacientes com esclerose lateral amiotrófica acompanhados em um centro especializado de reabilitação**

*Crystian Moraes Silva Gomes*

*Aline Caus Zuqui*

*Kellen Valladão Schiavo*

*Jonaina Fiorim Pereira de Oliveira*

Este estudo teve como objetivo mensurar a funcionalidade de pacientes diagnosticados com Esclerose Lateral Amiotrófica em acompanhamento em um Centro Especializado de Reabilitação. Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo quantitativo, com delineamento transversal. Os procedimentos da pesquisa consistiram na administração de um Questionário sobre Informações Demográficas e da Escala de Avaliação Funcional da Esclerose Lateral Amiotrófica (ALSFRS-R/BR). Participaram do estudo 8 pacientes de classes sociais variadas, com média de idade de 64 anos. A avaliação demonstrou que o grupo de participantes obteve desempenho médio de 26,1 pontos na ALSFRS-R/BR, possuindo maior comprometimento funcional nos itens relacionados às habilidades motoras. Apenas um paciente obteve independência funcional, e dois apresentaram pontuações graves que exigem discussões clínicas em torno da necessidade de suporte respiratório, alimentação suplementar e cuidados paliativos. O estudo sugere que a aplicação do instrumento resulta na obtenção de dados confiáveis sobre a funcionalidade dos pacientes, contribuindo no planejamento e orientação da conduta de reabilitação da equipe multidisciplinar no desenvolvimento de estratégias para proporcionar aos pacientes o máximo de autonomia possível.

**Palavras-chave:** Esclerose Lateral Amiotrófica, Funcionalidade, Reabilitação, ALSFRS-R/BR.

## **INTRODUÇÃO**

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença rara, neurodegenerativa que acomete tanto o neurônio motor superior quanto o inferior, caracterizada pela paralisia progressiva da musculatura voluntária. Nessa doença, não há comprometimento primário das funções sensitivas, vesico-esfincterianas e funções cognitivas. O declínio funcional se inicia nas extremidades, em especial nos membros superiores, progredindo posteriormente para membros inferiores, tronco, musculatura faríngea e respiratória. Todas as características supracitadas culminam na incapacidade do indivíduo para realizar suas atividades de vida diárias, assim como na disfagia e nas complicações respiratórias (JUNIOR, 2013; ALMEIDA; FALCÃO; CARVALHO, 2017).

Apesar da ELA ser uma doença de característica progressiva, deve-se preconizar a reabilitação e os cuidados paliativos para amenizar os sinais e sintomas e ampliar a qualidade de vida dos indivíduos. Os preditores de sucesso para o tratamento de qualquer patologia iniciam-se no processo de avaliação, no acompanhamento da ELA não poderia ser diferente, tendo em vista sua complexidade e necessidade de prevenção das incapacidades funcionais (LUCHESE; SILVEIRA, 2018).

Ao lidar com uma doença neurodegenerativa grave, devemos considerar sua constante evolução e suas particularidades. Sendo assim, o paciente com ELA está em avaliação permanente, para readaptação e readequação da conduta. Para uma mensuração fidedigna do quadro funcional devem-se utilizar instrumentos específicos, que irão quantificar clinicamente as alterações na funcionalidade e possíveis incapacidades, norteando o profissional em relação ao tratamento e as condutas mais adequadas para cada estágio da doença (GUEDES et al., 2010). Este trabalho tem como objetivo mensurar a capacidade funcional de pacientes com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, acompanhados em um Centro Especializado em Reabilitação.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo quantitativo, com delineamento transversal. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo através do parecer 3.395.238. Participaram da pesquisa pacientes com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, acompanhados em uma Unidade de Tratamento

Neurológico Adulto em um Centro Especializado em Reabilitação, localizado em Vila Velha - ES. Foi adotado como critério de inclusão: participantes de ambos os gêneros, diagnóstico de ELA, ausência de outras alterações neurológicas e/ou outras doenças sistêmicas associadas, idade igual ou superior a 18 anos, capacidade de comunicação verbal ou efetiva através de recursos de comunicação assistiva, ou por meio de acompanhantes que possam servir de intermediários para confirmar a aceitação de participação no estudo.

Os participantes foram avaliados através dos instrumentos: (I) *Questionário sobre Informações Demográficas*; O nível socioeconômico dos participantes foi avaliado por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil, proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015). A aplicação deste questionário teve por objetivo classificar as classes econômicas dos participantes, em um dos seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e D-E. (II) *Escala de Avaliação Funcional da Esclerose Lateral Amiotrófica (ALSFRS-R/BR)*; Instrumento específico para avaliação da funcionalidade em pacientes com ELA, que consiste em 12 itens com escore de zero a quatro em cada item e um escore total, variando de zero a 48, nos quais 48 pontos significam funcionalidade normal e zero grave incapacidade. Mudanças ao longo do tempo na pontuação da ALSFRS-R/BR refletem a progressão da doença e são capazes de prever o tempo de sobrevida dos indivíduos acometidos (CEDARBAUM; STAMBLER, 1997). O instrumento foi adaptado transculturalmente para realidade brasileira por Guedes et al. (2010), apresentando boa fidedignidade e consistência interna, mensuradas através da correlação de Pearson e alfa de Cronbach ( $r = 0,975$  e  $\alpha = 0,934$ ), e forte evidencia de confiabilidade através dos índices de correlação intraclassa ( $ICC = 0,975$ ).

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa oito pacientes diagnosticados com ELA, com média de idade de 64 anos, sendo seis do sexo feminino e dois do masculino. Em relação a escolaridade 50% possuem ensino superior, 25% o ensino médio completo e 25% o ensino fundamental incompleto. Sobre o estado civil, 62.5% são casados, 25% divorciados e 12.5% separados. A classe econômica dos participantes foi estimada através do Critério de Classificação Econômica Brasil, sendo 25% da classe B1, B2 e C1 respectivamente, e da classe A e C2 com 12.5% cada. Em média os participantes apresentaram a confirmação do diagnóstico há cerca de 29 meses,

encontrando-se em acompanhamento de reabilitação no serviço há aproximadamente 17 meses. As características do desempenho funcional dos participantes avaliados pela Escala de Avaliação Funcional da Esclerose Lateral Amiotrófica (ALSFRS-R/BR) estão disponibilizadas na tabela 1.

**Tabela 1.** Avaliação do desempenho funcional dos participantes.

Itens da ALSFRS-R/BR	Participantes								Desvio Padrão	Média
	1	2	3	4	5	6	7	8		
Fala	1	0	4	2	4	4	3	2	1.5	2.5
Salivação	4	4	4	3	3	4	4	2	0.7	3.5
Deglutição	3	3	3	3	4	3	3	2	0.5	3.0
Escrita	1	0	0	0	3	1	3	1	1.2	1.1
Cortando alimentos e manuseando utensílios	1	0	0	0	3	0	3	1	1.3	1.0
Vestuário e Higiene	2	0	1	0	3	3	3	1	1.3	1.6
Transferências	2	0	3	0	3	2	3	0	1.4	1.6
Andar	2	0	3	0	2	2	3	0	1.3	1.5
Subir escadas	0	0	2	0	1	0	3	0	1.1	0.7
Dispnéia	2	4	3	2	2	3	4	4	0.9	3.0
Ortopnéia	3	4	0	2	4	4	4	4	0.7	3.5
Insuficiência respiratória	2	4	2	3	4	4	4	4	0.9	3.3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>8.5</b>	<b>26.1</b>

## DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a média de idade dos pacientes diagnosticados com ELA foi de 64 anos, corroborando com Almeida, Falcão e Carvalho (2017) que relatam o início dos sintomas geralmente entre 55 e 65 anos, sendo a média igual a 64 anos. Adicionalmente, Júnior (2013) evidenciou que a incidência da ELA aumenta após os 40 anos, alcançando um pico entre 60 e 75 anos. Em relação a variável sexo, nossos dados apresentaram contraposição à literatura internacional, sendo a amostra constituída majoritariamente por participantes do sexo feminino. Pode-se justificar o fato pelo reflexo da raridade da doença e pelo número amostral reduzido (LOGROSCINO et al., 2010; LIMA; NUCCI, 2011).

A ELA é uma doença de difícil diagnóstico, sendo o mesmo estabelecido através de avaliação clínica, exames complementares, incluindo eletroneuromiografia e muitas vezes, através da exclusão de outras doenças. Esse processo geralmente é prolongado, o que dificulta a celeridade da inserção dos pacientes em serviço de reabilitação especializado. Corroborando com as informações supracitadas, os achados do presente estudo demonstraram uma diferença de 12 meses entre o tempo de confirmação do diagnóstico e o início do acompanhamento de reabilitação.

O manejo do tratamento de pacientes com ELA é complexo, visto que esses indivíduos estão em constante avaliação para readequação da conduta terapêutica. Por isso, uma avaliação criteriosa através de instrumentos específicos é importante para mensurar o nível de independência funcional dos pacientes e registrar a progressão da doença. Este estudo mensurou através da ALSFRS-R/BR que os participantes, que estão em acompanhamento de reabilitação, apresentaram importante comprometimento funcional (média 26,1). Apenas um participante (Participante 8), apresentou maior desempenho com total de 40 pontos. De forma geral, os itens que apresentaram maior comprometimento funcional foram respectivamente: subir escadas (média 0,7); cortando alimentos e manuseando utensílios (média 1,0); escrita (média 1,1); andar (média 1,5); vestuário e higiene (média 1,6) e transferências (média 1,6). A escolha desse instrumento vem ao encontro dos objetivos do acompanhamento de terapia ocupacional e fisioterapia que buscam proporcionar ao paciente com ELA o máximo de autonomia e da capacidade funcional possível, bem como sua inclusão e participação social. Os itens que apresentaram maior comprometimento funcional estão diretamente relacionados às habilidades motoras dos pacientes, sendo foco de intervenção das duas profissões para redução de incapacidades. Dois participantes apresentaram pontuações baixas, sendo eles o participante 4 (15 pontos) e participante 2 (19 pontos). Consideradas pontuações mais graves, isto é com menores pontuações na ALSFRS-R/BR, exigindo discussões clínicas em torno da necessidade

de suporte respiratório, alimentação suplementar e cuidados paliativos (CEDARBAUM; STAMBLER, 1997; KAUFMANN et al., 2005).

Os estudos de validação da ALSFRS-R/BR mostraram a capacidade de prognóstico confiável do instrumento, resultando em avaliações mais completas e consistentes, possibilitando a obtenção de dados confiáveis sobre as limitações diárias e a progressão da doença, contribuindo para maior eficiência do acompanhamento de reabilitação. A presente pesquisa foi desenvolvida por um grupo composto de Terapeutas Ocupacionais e Fisioterapeutas de uma Unidade de Tratamento Neurológico em um Centro Especializado de Reabilitação. Acreditamos que embora a ELA seja uma condição incurável, uma abordagem multidisciplinar pode melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida dos indivíduos acometidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da funcionalidade é um procedimento indispensável no acompanhamento de reabilitação de pessoas com ELA. A utilização da ALSFRS-R/BR e a interpretação de mudanças em suas pontuações podem ser utilizadas no ambiente clínico para fornecer informação prognóstica, entretanto é importante salientar que a doença também apresenta características heterogêneas, e que a pontuação total necessita de interpretação cuidadosa no contexto e do percurso da doença nos pacientes de forma individual. Mesmo em detrimento do número reduzido de participantes, espera-se que os conhecimentos advindos desse estudo possam contribuir para melhorar o atendimento a essas pessoas. Ressaltamos a necessidade de outros estudos com amostras maiores para analisar as possíveis correlações entre desempenho funcional, sobrevida e qualidade de vida em pacientes com ELA.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. S.; FALCÃO, I. V.; CARVALHO, T. L. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). **Cad. Bras. Ter. Ocup**, v. 25, n. 3, p. 585-593, 2017.

- CEDARBAUM, J.M; STAMBLER, N. Performance of the Amyotrophic lateral Sclerosis Functional Rating Scale (ALSFERS) in multicenter clinical trials. **Journal of the neurological Sciences**, Amsterdã, v.152, n.1, p. 1-9, 1997.
- GUEDES, K. et al. Cross-cultural adaptation and validation of als Functional Rating Scale-Revised in Portuguese language. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 44-47, 2010.
- JUNIOR, L. E. Abordagem Fisioterapêutica na Esclerose Lateral Amiotrófica: artigo de atualização. **Revista Neurociências**, p. 313-318, 2013.
- KAUFMANN, P. et al. The ALSFRS<sub>r</sub> predicts survival time in an ALS clinic population. **Neurology**, v. 64, n. 1, p. 38-43, 2005.
- LIMA, N. M. F. V.; NUCCI, A. Clinical attention and assistance profile of patients with amyotrophic lateral sclerosis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 2, p. 170-175, 2011.
- LOGROSCINO, G. et al. Incidence of amyotrophic lateral sclerosis in Europe. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 81, n. 4, p. 385-390, 2010.
- LUCHESE, K. F.; SILVEIRA, I. C. Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. In: **CoDAS**. 2018. p. e20170215-e20170215.

## **Construção de um plano de estratégias para o tratamento de habilidades sensório-motoras de crianças com autismo**

*Karoliny Teixeira Santos*

*Érica Veronica de Vasconcelos Lyra*

*Marcella Vasconcelos Vieira*

*Marina Emanuelle da Silva Santos*

*Mariana de Pontes Santiago*

O trabalho busca mostrar um plano de ações que visem o engajamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) leve em um programa de atividades motoras. Estudo de campo observacional, descritivo e exploratório, baseado em um relato de experiência e desenvolvido por uma terapeuta ocupacional. Foi apresentado a construção de um plano de manejo comportamental para condução do programa de atividades dirigido às crianças que contemplava: atividades em pequenos grupos; criação de circuitos motores previsíveis; antecipação; pistas visuais; presença de um facilitador adulto; uso de reforçadores e simplificação da tarefa. Abordagens de norteiam a prática de atividades motoras em crianças com TEA baseadas em estratégias comportamentais enfatizam as necessidades de cada criança, e utilizam-se do brincar como proposta terapêutica. A autonomia e independência da criança é um pilar importante dessa abordagem, por isso, que à medida que a criança vai conseguindo melhor performance nas habilidades, o apoio do facilitador diminui. A implementação de um guia de manejo comportamental na aplicação de atividades motoras em crianças com autismo proporciona sistematização nas estratégias de aprendizagem e pode ser um fator para o engajamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtorno do Espectro Autista, Habilidades motoras, Exercícios em circuitos.

## **INTRODUÇÃO**

O Transtorno do Espectro Autista- TEA é definido como um distúrbio do neurodesenvolvimento, que deve estar presente desde a infância, apresentando déficits nas dimensões sócio comunicativa e comportamental (APA, 2013). Os resultados de estudos experimentais (LLOYD et al, 2013; OZONOFF et al, 1995) observam problemas no desenvolvimento motor de crianças com TEA e, portanto, déficits motores não devem ser uma preocupação secundária no tratamento.

Tais acometimentos provocam restrições funcionais que demandam a implementação metodologias de ensino-aprendizagem direcionadas (WHYATT e CRAIG, 2013). Todavia, crianças com TEA são menos propensas a se engajar em atividades motoras em comparação às crianças neurotípicas (RIMMER e ROWLAND, 2008) e, com isso, os índices de obesidade são maiores (CURTIN et al, 2010). Logo, o incentivo às atividades motoras é útil na modificação do estilo de vida e aumento na capacidade funcional (SRINIVASAN et al, 2014). Em virtude disso, este documento apresenta plano de manejo comportamental que busca mostrar o engajamento de crianças com TEA leve em um programa de atividades motoras.

## **METODOLOGIA**

De acordo com os preceitos teóricos da aprendizagem neuromotora, buscou apresentar um programa de atividades que facilitem a aquisição de habilidades sensório-motoras e favoreçam o engajamento de crianças com TEA leve na participação de atividades com circuitos motores. A realização deste trabalho foi possível mediante a participação de uma terapeuta ocupacional em um projeto de pesquisa, que avaliava a aprendizagem motora de sete crianças com autismo (grau leve) na faixa etária entre 07 e 12 anos (todos do sexo masculino). A partir da observação da pesquisadora foi possível desenvolver um plano de práticas que otimizam o envolvimento das crianças no programa de atividades. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIVASF, sob o parecer N° CAAE: 80625017.4.0000.5196.

## **RESULTADOS**

Durante um período de doze sessões (com frequência semanal cada, entre setembro e novembro de 2018), foi possível elaborar um plano de manejo comportamental que visou favorecer o engajamento nas tarefas propostas e a aquisição de habilidades sensório-motoras. Esse plano segue descrito abaixo na tabela 01.

Tabela 01. Plano de manejo de comportamento na implementação de circuitos em crianças com TEA leve.		
Estratégias	Objetivos	Da intervenção
Atividades motoras em Grupo em uma quadra de esportes.	Estimular a participação social.	As atividades ocorreram em grupo de três crianças elegidas de acordo com afinidade delas observado no período pré-avaliação*. A criança iniciava a sessão, a á medida que a da frente encontrava-se na última estação motora e, assim sucessivamente até completarem as três tentativas.
Aviso prévio e tempo extra	Diminuir a ansiedade e estresse.	Um instrutor anteriormente demonstrava a criança todas as etapas a serem seguidas e suas respectivas repetições, sinalizando o momento de espera da vez do outro colega para garantir a previsibilidade, necessária a manejo do comportamento. Também, permitia que as crianças explorassem um pouco do espaço físico antes de iniciar as atividades motoras, dando um tempo a criança para que a informação fosse consolidada.
Presença de um facilitador	Suporte emocional.	O facilitador também acompanhava a criança nos circuitos, a fim de trabalhar, na medida do necessário, o manejo de algum comportamento observado.
Construção de Circuitos mais previsíveis.	Favorecer a previsibilidade.	Crianças com TEA tem maior dificuldade na transição de uma tarefa para outra, sobretudo se a transição é requerida no momento em que: (a) estão engajadas em uma atividade preferida ou (b) não tiverem oportunidade de concluir a tarefa atual (SEVIN et al, 2015). Cada atividade motora dispunha de um formato (aspecto da motricidade implicado) e de uma complexidade em que, a estação anterior, servia de base para a outra. Para isso, foi aplicado o princípio de repetição das partes (A – AB – ABC -

		BC), tendo como objetivo, reduzir a diferença nas características da atividade anterior para a seguinte.
Uso de reforçadores e Simplificação da tarefa.	Contribuir com o engajamento.	As áreas de interesse das crianças foram identificadas através do discurso das próprias crianças e dos pais e, após, três vezes repetidos os circuitos, as crianças recebiam reforçadores. Em alguns momentos (apenas durante as intervenções) foi necessário reduzir a dificuldade de algum aspecto da tarefa-alvo, aumentando o grau de dificuldade aos poucos, até que a habilidade em questão fosse realizada.
Duplicação dos circuitos.	Melhoria de performance.	Cada circuito foi aplicado por duas semanas seguintes, com vistas a familiarização dos aprendizes na situação de aprendizagem.
Pistas e dicas Visuais.	Melhoria de performance.	Em casos de falhas de funções executivas importantes, o facilitador realizava o circuito em conjunto, sempre em uma estação a frente da criança, a fim de servir de dica visual para a atividade subsequente.  A dica Verbal deveria ser sempre concisa, limitada, precisa/específica e repetida (o necessário);
<i>*Devido a questões sensoriais importantes algumas crianças realizaram em dupla.</i>		

A fim de contemplar as necessidades da faixa etária das crianças programa estabelece que cada circuito conste de quatro atividades (estações) e um desafio. Recomenda-se que o circuito seja aplicado duas vezes de modo consecutivo (uma sessão após outra), a fim de garantir maior consolidação da aprendizagem e as tarefas sigam o princípio repetição das partes (A, AB, ABC, BC). Um treinador devidamente habilitado deve transmitir as instruções de modo simples e claro, enquanto um outro instrutor facilita a prática para eventuais necessidades de direcionamento.

## DISCUSSÃO

A aplicação dos circuitos nas doze semanas atendeu aos quatro critérios estabelecidos por Winnick (2004). De acordo com o autor citado, em caso de diagnóstico de TEA leve, a criança pode se beneficiar com sua colocação em uma quadra de esportes, onde diversas estratégias podem fazer com que essa colocação seja proveitosa, a saber:

- 1) Ter um assistente treinado que acompanhe o aluno no ginásio;
- 2) Usar colegas-tutores ou implementar um “sistema de camaradagem”;
- 3) Estabelecer transições bem definidas e executadas entre uma atividade e outra;
- 4) Usar comandos e sugestões visuais para indicar as atividades do dia e o roteiro a seguir.

A fim de contemplar os critérios acima e embasando-se em aspectos trazidos pela Psicologia Comportamental no artigo de SEVIN et al (2015) foi possível construir o instrumento apresentado nos resultados desse trabalho na aplicação dos circuitos. A análise do Comportamento Aplicada é uma corrente da psicologia que mais se aplica a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), compreende-se como um tratamento baseado em evidências, que tem mostrado resultado positivo para trabalhar com estas crianças (AMA, 2019).

Essa proposta de aprendizagem é diretiva, no sentido em que se desenvolvem as potencialidades das crianças, direcionando estas potencialidades por etapas para que ela seja cumprida de forma adequada (SEVIN et al, 2015). Sendo também uma abordagem terapêutica e lúdica, pois se aproveita o espaço para a criança brincar e as referências delas para ensinar, tornando a terapia prazerosa. Santos (2015, p. 40) afirma que cada habilidade é ensinada de forma individual ou grupal, iniciada por uma indicação ou instrução, tendo o apoio quando necessário. O autor ainda destaca que o suporte deve ser retirado o quanto possível para que a criança não se torne dependente dele.

É importante salientar que, atividades motoras podem ser um desafio para indivíduos com TEA, mas a incorporação de componentes motivacionais e nas tarefas podem resultar em taxas de conclusão mais rápidas, diminuição do comportamento disruptivo e maior interesse, engajamento (ZHAO e CHEN, 2018). Além disso, os resultados do estudo de Najafabadi et al (2018) indicam que atividades motoras estruturadas (previsíveis), como circuitos motores, podem ser eficazes na promoção da aderência (NAJAFABADI et al, 2018).

## CONCLUSÕES

Ao longo das doze semanas de trabalho, pode-se observar uma melhora significativa no aspecto como as crianças exploraram o ambiente, o engajamento nas atividades e nos recursos utilizados. Também se constatou avanços em relação à aprendizagem das habilidades motoras, sendo o desafio de trabalhar em grupo transformado em reforçador positivo. As estratégias de antecipação reduziram níveis de ansiedade e contribuíram na organização dos participantes. Importante ressaltar a melhora no nível de resistência do participante e frustração com o uso circuitos previsíveis, reforçadores, simplificadores da tarefa, facilitando também a interação estabelecida entre as crianças e os facilitadores.

## REFERÊNCIAS

- AMA. Associação Mão Amiga: Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas. Tratamento. Disponível em: <<http://www.ama.org.br/site/tratamento.html>>. Acesso em: 14 jun. 2019.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-5. Associação Americana de Psiquiatria. DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 2013.
- CURTIN, C., ANDERSEN, S. E., MUST, A., & BANDINI, L. The prevalence of obesity in children with ASD: A secondary data analysis using nationally representative data from the National Survey of Children's Health. **BCM Pediatrics.**, 2010. doi.org/10.1186/1471-2431-10-11.
- LLOYD, M.; MACDONALD, M., LORD, C. Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders. **Autism**, Vol.17, Nº 2, pág 133-46, 2013.
- NAJAFABADI, M. G. et al. The effect of SPARK on social and motor skills of children with autism. **Pediatrics & Neonatology**, Vol. 59, Nº 5, pág 481-487,2018.
- OZONOFF, S. Executive functions in autism. In: Schopler E, Mesibov G, editors. **Learning and Cognition in Autism**. New York: Plenum Press. pág 199–219,1995.

RIMMER, J.A.; ROWLAND, J.L. Physical activity for youth with disabilities: A critical need in an underserved population. **Developmental Neurorehabilitation**. Vol. 11, N°02, pág. 141–148, 2008.

SEVIN, J.A.; RIESKE, R.D.; MATSON, J.L. A Review of Behavioral Strategies and Support Considerations for Assisting Persons with Difficulties Transitioning from Activity to Activity. **Rev J Autism Dev Disord**. Vol 2, 2015, pag. 329. DOI:10.1007/s40489-015-0056-

SRINIVASAN, S. et al. Comparing motor performance, praxis, coordination, and interpersonal synchrony between children with and without Autism Spectrum Disorder (ASD). **Res Dev Disabil**. Vol. 72, 2018, pág. 79–95. DOI:10.1016/j.ridd.2017.10.025

WINNICK, J. P. **Educação física e esportes adaptados**. 3. ed. Barueri: Manole, 2004./

WHYATT, C.; CRAIG, C. Sensory-motor problems in Autism. **Frontiers in integrative neuroscience**, Vol.7, N° 51, 2013. doi:10.3389/fnint.2013.00051

ZHAO, M; CHEN, S. The Effects of Structured Physical Activity Program on Social Interaction and Communication for Children with Autism. *BioMed Research International*, 2018. DOI: 1155/2018/1825046

## **Grupo de geração de renda e empreendedorismo como recurso terapêutico em CAPS ad: relato de experiência**

*Danielle Carneiro de Meneses Sanguinetti*

*Sílvia de Oliveira Luna*

*Cíntia Maria de Lima*

*Tayná Araújo de Arruda Lopes*

O uso abusivo de álcool e outras drogas afeta diversas áreas ocupacionais dos sujeitos. O trabalho é uma destas áreas e sofre grandes impactos pela dependência e/ou uso abusivo. Desta forma, faz-se necessário a promoção de atividades e vivências na área produtiva, de geração de renda e empreendedorismo e de reinserção social no trabalho, em ambientes de acompanhamento terapêutico. Relatar a experiência da implantação do projeto piloto do grupo terapêutico de Geração de Renda e Empreendedorismo em um CAPSad na cidade do Recife/PE. Relato de experiência, ocorrido num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) da região metropolitana do Recife. O procedimento iniciado em fevereiro de 2018 ocorreu por intervenção em grupo, realizado semanalmente com usuários em acompanhamento terapêutico no serviço. As ações foram realizadas através de dinâmicas de grupo, oficinas e rodas de conversa, direcionadas para cada temática a ser trabalhada de forma articulada e adaptada às necessidades e aos interesses dos participantes. A partir das experiências relatadas nos livros de atas de grupos, diário de campo de estágio, e observação e discussão dos facilitadores dessa atividade, pode-se observar que o Grupo Geração de Renda e Empreendedorismo configura-se como um espaço educativo e transformador, que favorece o crescimento e a aprendizagem dos sujeitos envolvidos no processo, causando impacto no contexto psicossocial e laborativo. A construção de ações de incentivo a busca da aprendizagem tem o potencial de fortalecer mudanças efetivas nos sujeitos que viabilizem a instrumentalização de ferramentas pessoais para enfrentar as situações de exclusão social, especialmente no contexto do trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental, Trabalho, Álcool e outras drogas, Terapia Ocupacional

## INTRODUÇÃO

O consumo de substância como álcool e outras drogas é um evento presente desde o início da história da civilização. Este consumo é associado à diversão, rituais de cunho religioso e eventos socioculturais (Guimarães, 2010; Gurgel, 2010).

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil e no mundo, mostram que o consumo de substâncias lícitas e ilícitas é um grave problema de saúde pública. Entende-se, no cenário brasileiro, por substâncias lícitas: bebidas alcoólicas; e tabaco. E como substâncias ilícitas: cocaína, crack; maconha; alucinógenos; ecstasy; solventes; entre outros (Guimarães, 2010; Gurgel, 2010).

Com o passar do tempo o modo de consumo foi modificando-se e atingindo um padrão epidêmico e problemático. Atualmente o consumo do álcool e outras drogas é um problema de saúde pública, não só no Brasil mas também no mundo. O consumo prejudicial pode resultar em alterações no comportamento, agravos físicos, lesões, contra si mesmo ou aos outros, além de prejuízos psicológicos e psicossociais (Santos, 2018).

Dentre os prejuízos causados pelo uso abusivo de substância, o trabalho é uma habilidade de ordem psicossocial que pode ser afetada. Aumento de faltas, inabilidade de atingir metas devido ao uso abusivo acarreta, muitas vezes, na perda do emprego. Alguns usuários conseguem manter o trabalho, porém a sua renda é destinada para o uso da droga. O trabalho tem um papel de centralidade na vida das pessoas e permite a sensação de pertencimento social, e proporciona a construção da identidade individual interferindo nas relações e integrações sociais (Lussi, 2012 ; Nimitz, 2016).

O terapeuta ocupacional, como parte integrante da equipe do CAPS AD (espaço que apoia usuários e seus familiares que estão na busca de tratamento para dependência química e dispõem de equipe multiprofissional), tem uma atuação que pode contemplar ações de geração de renda que instrumentalizem e direcionem o indivíduo ao retorno a atividade laboral (RIBEIRO, 2008). Diante disso, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência vivenciada a partir da implantação, e alguns de seus desdobramentos, do projeto piloto de um grupo de geração de renda e empreendedorismo em um CAPSad na cidade do Recife, como forma de proporcionar um espaço de educação e transformação, que favorece o crescimento e a aprendizagem impactando no contexto psicossocial e laborativo dos sujeitos.

## METODOLOGIA

Relato de experiência do projeto-piloto do grupo terapêutico de Geração de Renda e Empreendedorismo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas – CAPSad – na cidade do Recife/PE, desde a implantação em fevereiro de 2018, ainda em desenvolvimento. Foram utilizadas informações dos relatos de livro ata de grupo, do diário de campo de estágio, das discussões de supervisão e observações diretas das atividades. Espera-se que o relato de tal experiência possa contribuir para outros pesquisadores da temática, ampliando o efeito desta proposta terapêutica como fomento para outros estudos e vivências.

As atividades realizadas nesse grupo ocorrem uma vez por semana, com duração mínima de 60 minutos, totalizando 4 a 5 grupos mensais. As intervenções tiveram a participação de 10 (dez) usuários do serviço, em média, de ambos os sexos, além da Terapeuta Ocupacional e por um período de 4 meses, a estagiária de Terapia Ocupacional.

As ações foram planejadas e realizadas de acordo com a observação e a demanda dos usuários, ajustando-se assim às situações-problema apresentadas por eles, a partir de seus perfis sócio culturais, escolaridade e contextos reais de trabalho, caracterizando-se como flexíveis. Mediadas por dinâmicas, oficinas e rodas de conversa. As atividades são realizadas no auditório do CAPSad, em sua maioria, mas em alguns momentos o espaço do refeitório foi utilizado para proporcionar Oficinas de Culinária, para que o grupo pudesse vivenciar a experiência de produzir e simular desde a compra até a venda do produto, em cada etapa, além de na atividade seguinte, elaborar a planilha de fontes de recursos, investimentos, custo e elaboração do preço de venda do produto.

Outras dinâmicas foram elaboradas com a demanda pela temática de Projeto de Vida, com foco em Motivação e Planejamento de Metas.

Público alvo:

- Usuários do CAPSad vinculados ao tratamento, em situação de dependência financeira dos familiares e/ou de benefício social, que desejam e estejam em condições clínicas e emocionais para retorno ao mercado de trabalho;

- Usuários que já desenvolvem alguma atividade produtiva, formal ou informal, e que desejam mudança na área de trabalho ou também melhorar o planejamento financeiro;

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Grupo Geração de Renda e Empreendedorismo tem como objetivo geral, promover a vivência em ambientes e atividades na área produtiva e de reinserção social no trabalho, geração de renda e empreendedorismo para os usuários que estão em processo de tratamento.

Essa atividade iniciou em fevereiro de 2018 e conta com a participação de usuários, de ambos sexos, que estão em tratamento. A qual ocorre semanalmente com a Terapeuta Ocupacional mediadora do grupo, e através da proposta de dinâmicas, oficinas e rodas de conversa têm a oportunidade para compreender e debater temas de interesse do próprio grupo relacionados à geração de renda e empreendedorismo.

As ações realizadas caracterizam-se como um espaço dinâmico de aprendizagem, que permite a troca de conhecimentos, no qual os usuários têm a possibilidade de tirar dúvidas, falar sobre suas experiências e vivências com a geração de renda, desta forma não só passando o conhecimento como também possibilita a troca de experiências, valorização das fontes culturais e históricas dos indivíduos.

Nestas experiências constata-se a importância de proporcionar um espaço onde os usuários tenham contato com a área produtiva. A vivência de tal ambiente possibilita um despertar para a busca de conhecimento, capacitação, qualificação e até mesmo o retorno ao estudo formal em escolas da Rede Municipal de Ensino, na modalidade Educação de jovens e Adultos- EJA, ou mesmo em Escolas Profissionalizantes, também da Rede Municipal ou, em Lojas parceiras que oferecem cursos práticos de artesanato, culinária, etc ou também em instituições de fomento do empreendedorismo, como o SEBRAE, orientados e informados no grupo e no Mural de Oportunidades fixado no CAPSad, com o objetivo de sucesso profissional.

O planejamento e execução de tais atividades e adaptações tornaram-se possíveis devido a formação pessoal que a Terapeuta do grupo buscou em cursos, palestras, feiras, etc, junto a instituições externas, como SEBRAE por exemplo, parcerias em Lojas que oferecem cursos de artesanato, culinária, Agência do Empreendedor Municipal e do Governo do Estado, para

atender as demandas e perfis de usuários do serviço, sendo extremamente desafiante para diversidade de pessoas que buscam pelo tratamento, nos diversos níveis socioculturais, de escolaridade, e até mesmo de comprometimento cognitivo, psicológico, emocional e de vulnerabilidade sociofamiliar.

Estudos apontam que indivíduos que iniciaram alguma oficina direcionada para a geração de renda e empreendedorismo, ampliaram suas possibilidades de atividade com o passar do tempo. Voltar a fazer parte de atividades remuneradas viabiliza a reinserção social e melhora da qualidade de vida (Lussi, 2008).

## **CONCLUSÕES**

Nas ações desenvolvidas pelo grupo Geração de Renda e Empreendedorismo, pode-se concluir que o incentivo a busca da aprendizagem e as possibilidades de melhora de condição social através do trabalho, assim como o crescimento dos sujeitos envolvidos no processo, favorecem o alcance da autonomia, independência e senso de responsabilidade, potencializando as capacidades de enfrentamento das vulnerabilidades no processo de retorno ao trabalho, contribuindo para reinserção social.

Durante o processo do grupo foi observado que alguns participantes retornaram para a escola na modalidade Educação para Jovens e Adultos – EJA, outros iniciaram atividades laborais como autônomos, ainda que de maneira informal, outros buscaram cursos de capacitação profissionalizante em Empreendedorismo em órgãos como SEBRAE.

Desta maneira, é fundamental, proporcionar um ambiente favorável ao aprendizado, que aborde questões sobre a geração de renda, empreendedorismo, capacitação, trabalho formal e informal e favoreçam a preparação dos usuários de forma crítica para o projeto de vida e retorno as atividades laborais, favorecendo um espaço de transformação, impactando no contexto psicossocial e laborativo destes sujeitos.

## **REFERÊNCIAS**

Guimarães V V et al .Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Bras. epidemiol., São Paulo , v. 13, n. 2, p. 314-325, June 2010 .Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200013&lng=en&nrm=iso)>. Access on 06 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200013>.

Gurgel W B; Mochel A G; Carvalho Filha F S S. O ABUSO DO ÁLCOOL COMO PROBLEMA POLÍTICO: Análise das estratégias políticas de assistência ao consumidor abusivo de álcool no Brasil contemporâneo. Caderno de Pesquisa, São Luís, v. 17, n. 1, 2010

Lussi I A O; Morato G G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.037>>. Acesso em 5. dez. 2018.

Lussim I A; Matsukura T S; Halm M S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(2):185-192.

Nimtz Miriam Aparecida et al .Impactos legais e no trabalho na vida do dependente químico. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 12,n. 2,p. 68-74, jun. 2016 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762016000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 06 de 2018. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i2p65-74>.

Ribeiro M C; Machado A L. A Terapia Ocupacional e as novas formas. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v.19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008

Rodrigues M S et al. Características sobre o uso e abuso de drogas de adultos assistidos pelo CAPS AD. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SAÚDE MENTAL E DEPENDENCIA QUÍMICA, 4., 2017, Paraíba. Anais... Curitiba: EDITORA UFPB, 2017. p. 420.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 27. nov. 2018.

Santos J M et al .Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas?.Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 39, e20180078, 2018 .Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-)

14472018000100466&lng=en&nrm=iso>.access on 04 Dec. 2018.Epub Nov29,  
2018.<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180078>.

## **Avaliação da Percepção Visual de Tamanho e Força de Preensão Palmar de Pacientes com Esquizofrenia Internados em Hospital Psiquiátrico**

*Cecília Coimbra da Silva Raposo*

*Naianna Ribeiro Mocelin dos Santos*

*Maria Lúcia Bustamantes Simas*

*Aline Lacerda*

A Esquizofrenia (ESZ) consiste em um transtorno psiquiátrico grave, crônico e incapacitante, pois provoca impactos em várias dimensões da vida do sujeito. Ela se caracteriza por apresentar prejuízos cognitivos, sociais, comportamentais e da sensopercepção. O objetivo desse trabalho foi avaliar a percepção visual e cinestésica de sujeitos com ESZ. Para avaliar a percepção visual foi utilizado o teste de pareidolias composto por 10 estímulos (quadros do pintor Salvador Dalí). A avaliação da percepção cinestésica se deu através da força de preensão palmar (FP). Esta foi medida por um dinamômetro. A pesquisa iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa direcionado à Plataforma Brasil (CAAE: 71486017.0.0000.5208 e Parecer: 2.264.436). Participaram desse estudo 28 voluntários de ambos os sexos com idades entre 19 e 50 anos. Os participantes foram divididos em dois grupos: (i) GC composto de 14 participantes isentos de qualquer transtorno neuropsiquiátrico e (ii) GESZ com 14 voluntários diagnosticados com ESZ. Os dados coletados dos diferentes instrumentos foram agrupados em planilhas do Microsoft Office Excel para ambos os grupos (GC e GESZ) para efeito de comparação. As análises de estatística inferencial foram realizadas através do software Statistica. Os achados indicaram diferença significativa para a percepção visual de tamanho e força de preensão manual entre Grupos (GC e GESZ) o que indica que os processos perceptuais estão alterados para além da modalidade visual, já que a percepção cinestésica avaliada pela FP, também se mostrou alterada no GESZ.

Palavras Chaves: Esquizofrenia, Percepção Visual, Força de Preensão Palmar.

## **INTRODUÇÃO**

A Esquizofrenia (ESZ) consiste em um transtorno psiquiátrico grave, crônico e incapacitante, pois provoca impactos em várias dimensões da vida do sujeito. Ela se caracteriza de forma geral por apresentar prejuízos cognitivos, sociais, comportamentais e da sensopercepção (APA, 2014).

O presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção visual e cinestésica de sujeitos com ESZ. Para avaliar a percepção visual foi utilizado o teste de pareidolias composto por 10 estímulos (quadros do pintor Salvador Dalí). A avaliação da percepção cinestésica se deu através da força de preensão palmar (FP). Esta foi medida por um dinamômetro.

Hoje, o diagnóstico para a ESZ é essencialmente clínico, ou seja, a partir da observação dos sintomas demonstrados e pela história clínica do paciente.

Alguns estudos indicam que as alterações perceptuais nessa condição clínica antecedem os prejuízos cognitivos observados com a evolução do curso da doença. Partindo dessa hipótese, o presente trabalho buscou fortalecer novos marcadores que possam facilitar a detecção precoce e os agravos do transtorno (SIMAS, 1985; NOGUEIRA, 2003; NOGUEIRA, 2006; SIMAS et al., 2011).

Os déficits motores observados no quadro clínico da ESZ são mencionados desde as primeiras descrições da doença ainda com Bleuler e Kraepelin. À época, esses distúrbios eram percebidos nessa população a partir de dificuldades em realizar trabalhos manuais (NOWAK et al., 2006).

## **METODOLOGIA**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa direcionado à Plataforma Brasil (CAAE: 71486017.0.0000.5208 e Parecer: 2.264.436).

Participaram desse estudo 28 voluntários de ambos os sexos com idades entre 19 e 50 anos. Os participantes foram divididos em dois grupos: (i) GC composto de 14 participantes isentos de qualquer transtorno neuropsiquiátrico e (ii) GESZ com 14 voluntários diagnosticados com ESZ, de acordo com a CID-10, em regime de internação no Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), Recife-PE.

Os voluntários de todos os grupos apresentaram acuidade visual normal ou corrigida e consentiram sua participação na pesquisa mediante a assinatura do TCLE.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: (1) Entrevista semiestruturada para coletar informações sociodemográficas; (2) Teste de Pareidolias Dalí-Simas para avaliar a percepção de forma e tamanho na versão adaptada para Ipad, composto por 10 pinturas do artista Salvador-Dalí (dimensão 10 x 15 cm). A seleção das telas obedece a um critério de discrepância entre a resposta do GE e GC em pesquisas anteriores (NOGUEIRA, 2006; LACERDA, 2008; SIMAS et al., 2011; TEIXEIRA, 2014); (3) Dinamômetro (modelo Camry EH101): utilizado para avaliar a FP (Kg/força) do participante; (4) Apoiador de cabeça: equipamento utilizado para manter a cabeça imóvel durante o experimento e garantir a distância de 30 cm da tela do monitor; (5) iPad 2 (Apple): 636tablete com sistema operacional iOS 6 utilizado para apresentar o experimento que estará a 30 cm do participante; (6) Power point: onde foi apresentado o teste de pareidolias. O programa apresenta uma ferramenta que permite a marcação da figura percebida pelo examinando com o uso de uma caneta específica; (7) AutoCad 2016: programa utilizado para calcular o diâmetro das imagens selecionadas; (8) Software Statistica: programa utilizado para realizar a análise dos dados das pesquisas; (9) Outros: lápis e caneta, papel ofício, cronômetro, fita adesiva para marcar o chão, suporte para iPad, três cadeiras e uma mesa.

Os experimentos foram realizados de forma individual em dois momentos. No primeiro, o examinando recebeu uma breve explicação sobre a pesquisa e o examinador esclareceu as dúvidas que surgiram durante esse momento inicial. Após isso seguiu a assinatura do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), e o participante fez o teste de acuidade visual.

Em seguida, foi realizada a entrevista semiestruturada com o participante. Essa entrevista foi elaborada em formato de questionário com linguagem simples e acessível composta de 24 questões que tiveram como objetivo resgatar a história clínica do participante. O examinador preencheu as respostas da entrevista diante do participante.

Ainda neste momento, os participantes ficaram sentados e tiveram fixa a cabeça em um apoiador de cabeça. A tela do iPad ficou a uma distância de 30 cm dos olhos do participante que foi previamente fixado em um suporte específico perpendicularmente à mesa.

Os sujeitos foram instruídos da seguinte forma: “você verá 10 imagens e deverá circular a primeira imagem que você enxergar em cada quadro.” O examinador explicou em uma linguagem acessível para que o participante compreendesse. Antes de iniciar propriamente o teste, o participante teve um momento de treino. Vale evidenciar que a marcação foi realizada pelo próprio voluntário por meio de uma caneta específica para iPad.

O teste não teve tempo determinado para acabar. O tempo da aplicação seguiu o ritmo de cada voluntário. Estes foram instruídos previamente a sinalizarem cansaço ou fadiga. Nesse caso, o procedimento seria interrompido sem qualquer prejuízo. Logo em seguida foram registradas a força palmar dos voluntários. Ele foi solicitado a sentar-se e apoiar o braço em uma mesa onde foi instruído a apertar o dinamômetro com o seu máximo de força. Esse procedimento foi repetido 3 vezes na mão dominante, de acordo com estudos anteriores (CALLISON et al., 1971). As medidas obtidas pelo instrumento foram ajustadas para o gênero e idade de cada participante.

No segundo momento foi realizada uma entrevista devolutiva com cada participante, esclarecendo possíveis dúvidas.

## RESULTADOS

Os dados coletados dos diferentes instrumentos foram agrupados em planilhas do Microsoft Office Excel para ambos os grupos (GC e GESZ) para efeito de comparação. As análises de estatística inferencial foram realizadas através do software Statistica.

Para o teste de pareidolias, foi realizada uma ANOVA para medidas repetidas, uma vez que trata-se de uma variável contínua com distribuição normal (verificada pelo teste *Kolmogrov-Smirnov & Lilliefors test for normality*). O mesmo mostrou diferença significativa entre o GESZ e o GC com ( $F= 4,9425$ ) e  $p = 0,001$ . O Grupo com Esquizofrenia percebeu figuras com tamanho médio de 12,71 graus de ângulo visual (desvio padrão = 2,19) e o grupo controle percebeu figuras com tamanho médio de 13,36 (desvio padrão = 4,39). O gráfico abaixo mostra a distribuição de participantes pelo tamanho da figura observada.

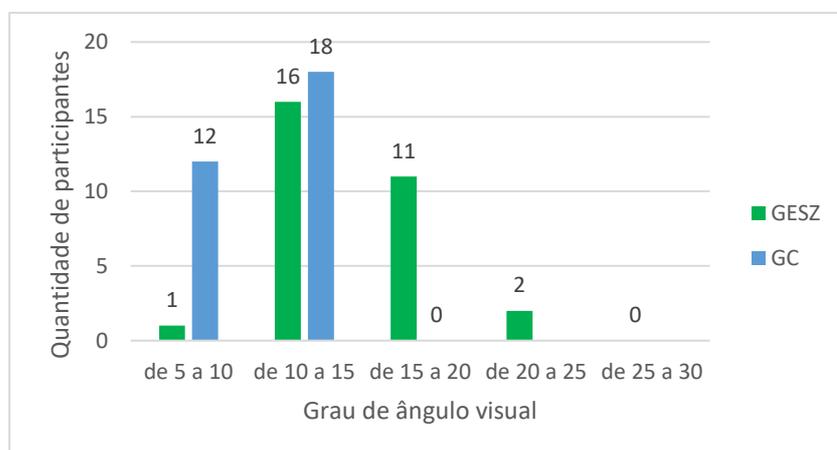


Figura 1. Grafico de distribuição de frequência por tamanho da figura observada.

Já para as medidas de FP foi realizado o teste paramétrico Teste-t Student, que também revelou diferença significativa, ( $F= 4,9425$ ) e  $p = 0,001$

De forma geral, o GC alcançou valores brutos maiores (acima de 30 Kg/força) enquanto que o GEZ não ultrapassou 30 Kg/força. A média de FP para o GE foi de 15,65 Kg/força com D.P. de 3,86 enquanto que a média de GC foi de 30,40 Kg/força com D.P. de 10,29.

Baseado na amostra normativa do instrumento, tomando como referência a idade e gênero para a classificação da FP, tem-se: (i) GE masculino média de FP = 16,8 Kg/força (fraco); (ii) GE feminino = 14,3 Kg/força (fraco); (iii) GC masculino = 38,7 Kg/força (normal) e (iv) GC feminino = 25 Kg/força (normal).

## DISCUSSÃO

Os achados sobre os déficits na percepção visual, em certa medida, corroboram os achados de trabalhos Nogueira (2006), Modesto (2012), e Teixeira (2014), quando identificada a preferência do GESZ por elementos maiores da cena visual no teste de pareidolias.

Os achados provenientes do teste de pareidolias sugerem prejuízo na percepção de forma e tamanho para sujeitos com ESZ, fortalecendo os resultados de trabalhos anteriores. Diante desses resultados, deve-se levar em conta as possíveis alterações no processamento da informação visual na via Magnocelular.

Quanto a percepção cinestésica é preciso destacar que, apesar dos estudos de Calison et al. (1971), e Teremetz et al. (2014), indicarem prejuízo da FP em sujeitos com ESZ, é preciso levar em consideração que o baixo desempenho desta, nesse estudo, pode ter acontecido pela intensificação das medicações, que é uma condição comum em pacientes internos. Muitas dessas medicações possuem efeito sedativo e podem alterar o nível de consciência do sujeito, gerar lentificação psicomotora e diminuição da FP. Os estudos descritos em tópicos anteriores, recrutaram pacientes em regime ambulatorial, o que torna as comparações um pouco mais frágeis com os achados do presente trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesse estudo indicam que os processos perceptuais estão alterados para além da modalidade visual, já que a percepção cinestésica avaliada pela FP, também se mostrou alterada no GESZ.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA (APA). (5ª ed). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. Porto Alegre, RS: Artmed. 2014.

CALLISON, D. A. et al. The effects of aging on schizophrenic and mentally defective patients: visual, auditory and grip strength measurements. **Journal of Gerontology**. v. 26, n. 2, p. 137-145. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/26.2.137>.1971.

MODESTO, F. S. F. **Alterações na percepção visual de forma e tamanho em pacientes com Esquizofrenia**. (Dissertação de Mestrado). Recife, PE. Universidade Federal de Pernambuco. 2012.

NOGUEIRA, R. M. T. B. L. **Os quadros de Dalí sob a ótica da Esquizofrenia**. (Monografia). Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco. 2003.

NOGUEIRA, R. M. T. B. L. **percepção da forma em humanos: a utilização dos quadros de Dalí na marcação da Esquizofrenia**. (Dissertação de Mestrado). João Pessoa, PB: Universidade Federal da Paraíba. 2006.

NOWAK, D. A. et al. Sensorimotor dysfunction of grasping in Schizophrenia: a side effect of antipsychotic treatment. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. v. 77; p. 650-657. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2005.084749>. 2006.

SIMAS, M. L. B. et al. O uso das pinturas de Dalí como ferramenta para avaliação das alterações na forma e tamanho em pacientes esquizofrênicos. **Psicologia USP**. v. 22, n. 1, p. 67-80. 2011.

SIMAS, M. L. B. **Linearity and domain invariance in the visual system**. (Dissertação de Mestrado) Ontario, CA: Queen's University. 1985.

TEREMETZ et al. Deficient grip force control in Schizophrenia: behavioral and modeling evidence for altered motor inhibition and motor noise. **Plos One**. v. 9, n. 11, p. 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111853>. 2014.

TEXEIRA, F. S. **O Teste de Percepção Visual Dalí-Simas como instrumento de avaliação de pessoas com Esquizofrenia: versão para *ipad*.** (Dissertação de Mestrado). Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco. 2014.

## **Basquete e esgrima adaptados: identificação e comparação de demandas**

*Jessé da Rosa Matoso dos Santos*

*Iranise Moro Pereira Jorge*

*Ana Claudia da Silva de Sousa*

*Érika Vanessa Freire Frasson*

*Aline Ferrari Fabri*

*Genita Reginatto*

Este estudo teve como objetivo a comparação entre as demandas encontradas nas modalidades esportivas: basquete e esgrima adaptados, considerando que os perfis dos atletas são semelhantes, porém, opostas em relação às queixas. A abordagem metodológica utilizada foi qualitativa participativa, os dados foram coletados a partir de questionário sociodemográfico, observação e coleta de informações com os atletas, cuja análise estatística descritiva foi realizada no programa Microsoft Excel. Identificou-se a semelhança entre o perfil dos atletas, contudo as diferenças nas demandas encontradas, sendo: na esgrima, relaciona-se à melhoria no desempenho do atleta no esporte, enquanto no basquete a principal queixa se refere à redução no rendimento. Tais diferenças podem estar relacionadas à imposição pela equipe, assim como fatores intrínsecos e extrínsecos dos atletas. Perante os achados, destaca-se também a importância do Terapeuta Ocupacional como membro da equipe multidisciplinar ligada às modalidades, a fim de colaborar na promoção de maior qualidade de vida, além de identificar e auxiliar no manejo dessas queixas, potencializando à prática e desempenho dos atletas no esporte, assim como reduzindo a possibilidade de lesões inerentes ao esporte.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional, Esporte para Pessoa com Deficiência, Treinamento.

## **INTRODUÇÃO**

Segundo o Comitê Paralímpico Brasileiro (2016), os desenvolvimentos de habilidades físicas, sociais e emocionais dentro do esporte favorecem a reabilitação, a descoberta de potenciais e compensação das dificuldades dos atletas..

Neste contexto, uma organização filantrópica no sul do país oferece atividades que contemplam os três eixos do esporte: participação, educação e rendimento, sendo os dois primeiros norteadores de processos inclusivos e o terceiro de exclusão, por envolver apenas atletas de alto desempenho. Nesta instituição, são oferecidas 7 modalidades: atletismo, basquete, bocha, esgrima, natação, tênis de mesa e tiro esportivo; somando um total de 59 atletas, onde alguns destacam-se por seu rendimento, participando de competições maiores, como as paraolimpíadas.

A esgrima em cadeira de rodas é um esporte de combate que exige de seu praticante agilidade, estratégia e força, exigindo boa preparação física e técnica. Suas regras são associadas ao uso obrigatório da cadeira de rodas, pois compreende atletas cuja limitação de locomoção pode ter origem traumática, como amputação e lesão medular, ou congênita, como casos de paralisia cerebral e mielomeningocele (GARLIPP, 2018).

Assim como a esgrima, no basquete também são exploradas habilidades específicas da modalidade que são desenvolvidas ao longo do tempo em que se pratica. Além disso, o esporte comporta atletas com as mesmas deficiências que na esgrima e também se faz necessário o uso de cadeiras de roda apropriadas e, ainda, faixas e suportes que possibilitem maior fixação e segurança do atleta à cadeira. Contudo, o basquete é um esporte coletivo e trata principalmente de força e estratégia em campo (CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS, sem data; PIRES et al, 2018).

Considerando as demandas de cada esporte, este estudo tem por objetivo comparar as exigências encontradas entre os atletas do esporte adaptado nas modalidades de basquete e esgrima.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho possui metodologia qualitativa, participativa. Utilizando como coleta de dados um questionário com dados sociodemográficos, a fim de conhecer e mensurar o perfil da população estudada, contendo questões semiestruturadas, elaborada pelos pesquisadores, do

qual se baseou nas ocupações sugeridas pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (2015). A coleta de dados também se baseou por meio de observação, e informações coletadas com os atletas e treinadores. Fizeram parte da amostra 9 dos 11 atletas na modalidade de basquete e 10 atletas da esgrima, ambos da Associação dos Deficiente Físicos do Paraná, que ocorreu abril do ano corrente.

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde sob o parecer nº 2495358 em 15/02/2018. Do qual garante o sigilo e o anonimato dos participantes bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

Após a obtenção dos dados com o auxílio do Programa Computacional Microsoft Excel, foi realizada uma análise estatística descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliando os dados sociodemográficos dos atletas do basquete (Tabela 1), observa-se que todos são do sexo masculino, com idade média de 38,8 anos, sendo a mínima de 31 e a máxima de 45 anos. Do total, 77,7% são casados e 11,1% tem deficiência física locomotora não traumática. Com relação ao tempo de prática, que varia de 01 à 15 anos, a média é de 7,2 anos.

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos dos atletas do basquete

ATLETA	IDADE	ESTADO CIVIL	DIAGNÓSTICO	TEMPO NO ESPORTE (anos)
B1	45	Casado	Lesão Medular (T5)	01
B2	31	Casado	Paraplegia	10
B3	30	Casado	Lesão Medular (T10/T11)	10
B4	42	Casado	Lesão Plexo Sacral Direita	09
B5	42	Divorciado	Lesão Medular (T5)	01

B6	40	Casado	Poliomielite	15
B7	33	Casado	Amputação	05
B8	45	Solteiro	Lesão Medular	01
B9	42	Casado	Trauma e Amputação	13

**Fonte:** as autoras, 2019.

Quanto aos atletas da esgrima (Tabela 2), têm-se 2 mulheres e 8 homens, com idade entre 22 e 48 anos, cuja média foi de 41 anos. Do total, 60% são casados, 50% possuem o diagnóstico de lesão medular em diferentes níveis e a média do tempo de prática do esporte é de 6 anos, tendo o mínimo de 1 e máximo de 12 anos.

**Tabela 2** – Dados sociodemográficos

<b>ATLETA</b>	<b>IDADE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TEMPO NO ESPORTE (anos)</b>
Es1	48	Casado	Lesão Medular	08
Es2	32	Casado	Lesão Medular	01
Es3	33	Solteiro	Amputação/Lesão de Plexo Braquial	07
Es4	28	Solteiro	Síndrome Congênita	03
Es5	44	Casado	Lesão Medular	09
Es6	43	Casado	Amputação MMII	01
Es7	34	Solteiro	Síndrome Congênita	10
Es8	34	Solteiro	Lesão Medular	04
Es9	37	Casado	Lesão Medular	12
Es10	29	Casado	Amputação MMII	05

**Fonte:** as autoras, 2019.

Embora os perfis dos atletas sejam parecidos, como quando se observa a idade mínima e máxima de ambos onde a diferença é de 3 anos, assim como o tempo de prática de esporte (Tabela 1 e 2), as demandas levantadas ao longo das coletas despertaram o interesse por serem opostas. Quando se fala da esgrima, as discussões estão relacionadas à melhoria do desempenho no esporte, como a fixação da mão de apoio na cadeira de rodas de um atleta, e em atividades cotidianas, como mobilidade funcional e na comunidade de outros dois (AOTA, 2015), demandas estas que não foram apontadas pela treinadora e/ou atletas do basquete, onde a principal queixa foi da queda no rendimento que está, segundo a mesma, relacionada à pressão sobre a equipe.

No basquete, esporte conhecido por tratar de velocidade, proficiência e agilidade quando se fala de habilidades motoras (GORLA et al, 2007), a motivação individual e grupal é fundamental para o alcance de bons resultados e, para tanto, Boas et al (2000) traz em seu discurso a necessidade da conexão do atleta com atividades desenvolvidas em seu cotidiano, pois acredita que existe uma forte relação entre estas e o esporte e que são primordiais para as mudanças internas, como valores de ordem cultural e moral. Os autores trazem também sobre a importância de resgatar o motivo pelo qual a pessoa com deficiência chegou ao esporte que, muitas vezes, está ligado à atividades de lazer, e ressalta que é fundamental para um bom desempenho em quadra (BOAS et al, 2000).

O bom desempenho em atividades cotidianas, assim como a conexão com o motivo que o levou ao esporte (BOAS et al, 2000), também são aspectos fundamentais para a motivação individual potencializadora da prática na esgrima, porém às demandas acolhidas estão profundamente ligadas aos fatores de risco extrínsecos e intrínsecos estudados por Storch (2016), onde são destacados como principais “perpetuadores de lesões”: mobilidade, equipamentos, quantidade de combates subsequentes, técnica, intensidade dos combates e um preparo físico inadequado. A autora também ressalta a relevância da equipe multidisciplinar para a melhora da qualidade de vida destes atletas (STORCH, 2016).

Neste contexto, a Resolução N°495, de 18 de dezembro de 2017 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, que habilita o terapeuta ocupacional como profissional integrante desta equipe (COFFITO, 2018), sua prática é fundamentada para além da prescrição, confecção e treino de tecnologias assistivas que possam promover e aprimorar o desempenho do atleta mas, segundo Saraceno apud Almeida e Oliver (2001), deve considerar primeiramente questões relacionadas à participação social, a qual não deve ser o objetivo do processo, mas sim o alicerce para a habilitação do sujeito ao contexto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo cumpriu com seu objetivo de comparar as demandas encontradas entre os atletas do esporte adaptado nas modalidades de basquete e esgrima.

Para além, identificou-se que, mesmo que os perfis dos atletas de ambos os esportes sejam bastante semelhantes, tais demandas são originais de aspectos diferentes, estando as do basquete relacionadas à pressão sobre a equipe, enquanto as da esgrima estão ligadas aos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos do próprio esporte. Cabe, ainda, ressaltar a influência da atuação do terapeuta ocupacional dentro da equipe multidisciplinar na identificação e manejo destas queixas, promovendo maior qualidade de vida e melhorando o desempenho do atleta no esporte.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marta Carvalho de; OLIVER, Fátima Corrêa. **Abordagens Comunitárias e Territoriais em Reabilitação de Pessoas com Deficiência**: fundamentos para a terapia ocupacional. In: *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*, 2001.

AOTA. Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. **Revista de Terapia ocupacional da Universidade de São Paulo**, 3 ed, 2015.

BOAS, Marcelo da Silva Villas et al. Aspectos Motivacionais e Benefícios da Prática do Basquetebol Sobre Rodas. **Revista da Educação Física da Universidade Estadual de Maringá**, v. 14, n. 2, p. 7-11, 2000.

COFFITO. Resolução N°495. **Disciplina a Atuação Profissional da Terapia Ocupacional no Desporto e Paradesporto e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jul. 2018, p. 141-142.

**Comitê Paralímpico Brasileiro**. História. Disponível em <<http://www.cpb.org.br/web/guest/historia>> Acesso em 21/05/2019.

GARLIPP, Cristiano Zago Damas. **Esgrima em Cadeira de Rodas no Brasil: histórico e perspectivas da modalidade.** 2016 1 recurso online (84 p.) Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, SP. Disponível em < <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/330773> > Acesso em 12/07/2019

GORLA, José. Irineu et al. A composição Corporal em indivíduos com Lesão Medular Praticantes de Basquetebol em Cadeira de Rodas. **Arquivo de Ciências da Saúde da Universidade Paranaense de Umuarama**, v. 11, n. 1, p. 39-44, 2007

**IWAS – Wheelchair Fencing. Rules of Competition.** Book 4: classification rules. Feb. 2018. Pag. 43. Acesso em: 26/05/2019. Disponível em: <<http://www.iwasf.com/iwasf/assets/File/Fencing/Classification/copy%20IWAS%20Wheelchair%20Fencing%20Classification%20Rules%20Version%20February%202018.pdf>>.

PIRES, Daniel Alvarez et al. Predisposição ao Fluxo: percepção dos praticantes do basquete em cadeira de rodas. **Pensar a Prática**, v. 21, n. 3, 2018.

STORCH, Jalusa Andréia. **Lesões Esportivas na Esgrima em Cadeira de Rodas e Paracanoagem.** 2016. 221 p. Tere de Doutorado – Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

## **Entrevista Cognitiva dos Itens de Autismo da Versão Brasileira do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade Testagem Computadorizada Adaptativa (PEDI-CAT)**

*Debora Regina Iwanaga Yamamoto*

*Maíra Ferreira do Amaral*

O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade Testagem Computadorizada Adaptativa é um instrumento que avalia a funcionalidade de crianças e jovens com diferentes condições de saúde, incluindo o Transtorno do Espectro Autista. Para essa população, foi necessária a inclusão de novos itens que avaliassem suas especificidades. Estes itens foram traduzidos para o português brasileiro, mas não passaram pelo processo de entrevista cognitiva, importante técnica utilizada no desenvolvimento e validação de instrumentos. O objetivo deste estudo foi verificar a compreensão da tradução para o português brasileiro dos itens dos domínios Social/Cognitivo e Responsabilidade do PEDI-CAT ASD. Doze participantes responderam à entrevista cognitiva utilizando a técnica probes. Foram identificados problemas de compreensão da tradução em nove dos 28 itens analisados, sendo sugeridas mudanças para quatro deles. As dificuldades encontradas nos outros cinco itens foram dissipadas com a utilização das descrições adicionais fornecidas pelo instrumento. A entrevista cognitiva provou ser eficiente, fornecendo informações importantes para verificar a compreensão dos itens avaliados neste estudo. Alguns itens necessitam de revisão da tradução para que se tornem mais compreensivos. É importante que os aplicadores considerem as descrições adicionais fornecidas pelo instrumento no momento de sua aplicação, especialmente para o domínio de Responsabilidade.

Palavras-chave: Entrevista Cognitiva, PEDI-CAT, Transtorno Autístico.

### **INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação tem sido utilizado com o objetivo de melhorar o planejamento das intervenções e documentar os seus resultados (MANCINI et al, 2017). O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade Testagem Computadorizada Adaptativa (PEDI-CAT) foi desenvolvido recentemente para avaliar a funcionalidade de crianças e jovens com diferentes condições de saúde, incluindo o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para melhor mensurar as especificidades características dessa população, Kramer et al (2012) realizaram a revisão e a inclusão de novos itens neste instrumento (PEDI-CAT ASD). Estes itens foram traduzidos para o português brasileiro, mas não passaram pelo processo de entrevista cognitiva, técnica utilizada para avaliar instrumentos de medida e verificar possíveis problemas de compreensão que podem comprometer as respostas e a qualidade das informações que os instrumentos fornecem (MANCINI et al, 2016; BUERS et al, 2014; COLLINS, 2003). O atual estudo tem como objetivo verificar a compreensão da tradução para o português brasileiro dos itens dos domínios Social/ Cognitivo e Responsabilidade do PEDI-CAT ASD pelo público que utilizará este instrumento.

## METODOLOGIA

Doze participantes responderam à entrevista cognitiva, que foi elaborada utilizando a técnica “probes” com perguntas direcionadas para cada item do PEDI-CAT ASD objetivando compreender como o respondente chegou à resposta selecionada e como ele interpretou determinadas palavras ou expressões contidas nos itens (BEATTY; WILLIS, 2007). A análise foi realizada em três etapas, sendo a primeira etapa uma triagem para verificar os itens que possuíam os problemas, a segunda etapa uma revisão da triagem e a terceira etapa uma classificação dos itens com problemas no Sistema de Avaliação de Questões (QAS-99) (WILLIS; LESSLERT, 1999). As definições de cada classificação se encontram na Tabela 2.

Tabela 1. Categorias do Sistema de avaliação de Questões de Willis (QAS-99)

QAS-99	Definição	Subcategorias	Definição
Clareza	Problema com o significado da pergunta.	Palavras	A questão é longa, desajeitada, não gramatical ou contém sintaxe complicada.

		Termos Técnicos	Termos técnicos são indefinidos, imprecisos ou complexos.
		Vago	A questão possui várias maneiras de interpretá-la.
		Falta de Referência Temporal	Referências temporais não estão especificadas ou possuem conflito.
Conhecimento	Problema em saber ou ter dificuldade em lembrar a informação.	Conhecimento	É improvável que o respondente saiba a resposta.
		Atitude	A atitude perguntada pode não existir.
		Recordação	Falha em recordar.
		Computação	Problema de cálculo.
Suposições	Problema com suposições ou falta de lógica.	Suposições Inapropriadas	Suposições inapropriadas são feitas sobre o respondente.
		Assumir Comportamentos Constantes	A questão assume um comportamento que pode variar como algo constante.
		Múltiplas Perguntas	A pergunta possui múltiplas perguntas em um item.

Fonte: Traduzido de Willis (1999).

## RESULTADOS

Em relação aos respondentes, a idade média foi de 36 anos (DP=11,59), a maioria era do sexo feminino (75%), com ensino superior completo (42%), eram mães (25%) ou terapeutas

ocupacionais (25%) da criança, e pertenciam ao nível B2 da classificação socioeconômica (33%). Em relação às crianças que foram utilizadas como referência para responder à entrevista, a idade média foi de sete anos (DP=3,81), a maioria delas era do sexo masculino (93%) e foi diagnosticada, em média, aos quatro anos. A especialidade médica que a maioria das crianças frequenta é a de neurologia (83%) e em relação aos profissionais de reabilitação, a maioria das crianças frequenta a Terapia Ocupacional (75%).

Foram identificados problemas de compreensão em nove dos 28 itens analisados, sendo eles classificados nas categorias de “Clareza”, “Conhecimento” e “Suposições” do Sistema QAS-99. Os itens que foram classificados apenas na categoria “Clareza” foram o R061, *“Monitora os pertences pessoais ao longo do dia”*; o R065, *“Mantém a segurança de sua casa”*; o SC020, *“Interage brevemente com um colega durante uma brincadeira”*; o SC054, *“Lida com situações estimulantes sem perder o controle (por exemplo, em shoppings centers ou em uma festa de 1-2 horas)”* e o SC082, *“Respeita o espaço pessoal dos outros durante as interações”*. Os itens categorizados em “Clareza” e “Suposições” foram o R028, *“Prioriza e coordena várias metas simultaneamente (por exemplo, consegue boas notas escolares mesmo realizando atividades extracurriculares)”*; o R063, *“Acompanha e completa as lições de casa”*; o R064, *“Reconhece e responde adequadamente se outros tentam trapaceá-lo(a)”* E o único item que foi categorizado em “Conhecimento” foi o R060, *“Fica perto de pais ou outro cuidador quando não tem permissão para sair sozinho”*.

Os nove itens com problemas na tradução foram classificados nas categorias de “Clareza”, “Suposições” e “Conhecimento”. Na categoria de “Clareza”, encontrou-se problemas nas subcategorias ‘Vago’, ‘Palavras’, ‘Falta de Referência Temporal’ e ‘Termos Técnicos’. Em “Suposições”, a única subcategoria classificada foi a de “Múltiplas Perguntas” e na categoria “Conhecimento”, a subcategoria classificada foi a de mesmo nome ‘Conhecimento’. A categoria “Clareza” apareceu em sete dos nove itens, sendo a subcategoria mais frequente a de “Vago”. A categoria “Suposições” apareceu duas vezes e “Conhecimento”, uma vez.

## DISCUSSÃO

Dos nove itens problemáticos, foram sugeridas mudanças para quatro deles. As dificuldades encontradas nos outros cinco itens foram dissipadas com a utilização das

descrições adicionais fornecidas pelo instrumento, opção de “Inclui” ou “Dica”. Para o item R028 foi sugerida a alteração para “Classifica por ordem de importância (prioriza) e realiza várias metas ao mesmo tempo (por exemplo, consegue boas notas escolares mesmo realizando atividades extracurriculares)”. Para o item R063 sugeriu-se duas alterações: uma no enunciado do item “Sabe quais as tarefas escolares precisam ser realizadas em casa e as completa” e outra na descrição complementar do item “Inclui: “Levar para casa os materiais necessários; Entregar os trabalhos escolares nas datas previstas; Conseguir avanços em trabalhos que envolvem várias etapas de execução; Se a criança não tiver lição de casa, este item também se aplica em levar para casa os bilhetes de autorização e os avisos da escola, e fornecer esses materiais para os pais/ cuidadores”., Já para o item R064 as mudanças sugeridas foram: “Entende quando outros tentam trapaceá-lo e responde apropriadamente” e “Inclui: Dizer 'não' ou 'pare' em situações injustas ou desagradáveis (por exemplo, em situações de bullying, em provocações, ou em situações que o desafiem a falar ou fazer coisas socialmente inapropriadas ou perigosas). Pode ser em resposta a colegas ou adultos”. No domínio Social/Cognitivo, sugere-se alteração na tradução do item SC020 para “Interage com um colega durante uma brincadeira durante curto período de tempo”.

## **CONCLUSÃO**

A entrevista cognitiva provou ser eficiente, provendo informações importantes para verificar a compreensão dos itens do PEDI-CAT ASD avaliados neste estudo. Alguns itens necessitam de revisão da tradução para que se tornem mais compreensivos. É importante que os aplicadores considerem as descrições adicionais fornecidas pelo instrumento no momento de sua aplicação, especialmente para o domínio de Responsabilidade.

## **REFERÊNCIAS**

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. Critério de classificação econômica Brasil. Brasil, 2019.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEATTY, Paul C.; WILLIS, Gordon B. Research synthesis: The practice of cognitive interviewing. *Public opinion quarterly*, v. 71, n. 2, p. 287-311, 2007.

BUERS, C. et al. The value of cognitive interviewing for optimizing a patient experience survey. *International Journal of Social Research Methodology*, v. 17, n. 4, p. 325-340, 2014.

COLLINS, D. Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of life research*, v. 12, n. 3, p. 229-238, 2003.

COSTER, W. J. et al. Evaluating the appropriateness of a new computer-administered measure of adaptive function for children and youth with autism spectrum disorders. *Autism*, v. 20, n. 1, p. 14-25, January, 2016.

KRAMER, J. M. et al. A new approach to the measurement of adaptive behavior: development of the PEDI-CAT for children and youth with autism spectrum disorders. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, v. 32, n. 1, p. 34-47, February, 2012

MANCINI, M. C. et al. Avaliação do Desenvolvimento Infantil: Uso de Testes Padronizados. In: MIRANDA J. V.; BRASIL R. M.; AMARAL J. *Transtornos do Desenvolvimento Infantil: em uma Abordagem Multidisciplinar*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2017.

MANCINI, M. C. et al. New version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-CAT): translation, cultural adaptation to Brazil and analyses of psychometric properties. *Brazilian journal of physical therapy*, 2016.

WILLIS, Gordon B.; LESSLER, Judith T. *Question appraisal system QAS-99*. National Cancer Institute, 1999.

**Avaliação da rotina, estresse e qualidade de vida dos cadetes do 4º ano do curso de material bélico de 2016 da academia militar das agulhas negras e pontos de implicações para a prática do profissional da terapia ocupacional**

*Érica Veronica de Vasconcelos Lyra*

*Marina Emanuelle da Silva Santos*

*KarolinyTeixeira Santos*

*Cristiano Teixeira Santos*

*Marcella Vasconcelos Vieira*

No Brasil, são poucos os estudos que objetivam avaliar níveis de estresse em estudantes de nível superior, sendo ainda mais escassas as produções científicas referentes às particularidades exigidas para adaptação à vida acadêmica militar. O trabalho se propõe a rotina de cadetes do 4º ano da turma de Material Bélico da Academia Militar das Agulhas Negras (ano 2016) e pontos de entaves que podem ser campo de atuação do profissional da Terapia Ocupacional. Foram aplicados dois questionários, destinados à coleta de dados referente à rotina e qualidade de vida. Os resultados apresentados, por essa verificação, foram à presença de fatores potencialmente estressores na rotina desses cadetes, sendo o sono e a elevada jornada diária de atividades os que mais se destacaram nesse cenário. Portanto, terapeutas ocupacionais, mediante análise dessas informações, podem lançar mãos de estratégias de *coping* e implementar medidas de prevenção contra danos à saúde mental e física desses cadetes decorrentes desses elementos estressores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia Ocupacional, Qualidade de Vida, Saúde mental.

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, são poucos os estudos que objetivam avaliar níveis de estresse em estudantes de nível superior, sendo ainda mais escassas as produções científicas referentes às particularidades exigidas para adaptação à vida acadêmica militar (MARTINS, TREVISANI e AMORIM, 2005). Destaca-se que, principalmente no Brasil, a produção científica sobre as particularidades exigidas para adaptação à vida acadêmica militar ainda é bastante limitada. O escopo da pesquisa consistirá na identificação dos fatores da rotina possivelmente envolvidos

no desencadeamento do estresse no cadete da AMAN e pontos de implicações para a prática do profissional da Terapia Ocupacional a partir do contexto vivido na instituição militar. O estudo abrangerá os Cadetes integrantes do 4º ano do Curso de Material Bélico da AMAN do ano de 2016.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de campo quantitativo e exploratório. No decorrer da pesquisa, realizamos os seguintes procedimentos: descrição das características da população à que foi submetida aos questionários da pesquisa. Depois, demos início à coleta dos dados com a aplicação de um questionário padronizado e validado. Em seguida, foi feita a tabulação dos dados obtidos, o tratamento estatístico e a análise comparativa. Por fim, as informações foram problematizadas com a hipótese proposta, para a refutação ou corroboração da mesma. O estudo contou com a participação de todos os cadetes do Curso de Material Bélico do 4º ano (em 2016) da AMAN-Academia Militar das Agulhas Negras, fazendo um total de 32 Cadetes que aceitaram participar voluntariamente desta pesquisa. Os dados foram coletados nas próprias dependências da instituição na cidade do Rio de Janeiro e em horário previamente agendado. Para obtenção dos dados concernentes à investigação da Qualidade de Vida, foi utilizada a WHOQOL- Bref.

## **RESULTADOS**

Na obtenção dos dados socioeconômicos, observamos que 100% da população dos Cadetes em estudo possuem entre 20 a 30 anos. Caracterizando uma população jovem, marcada pela transição da fase juvenil à fase adulta. Observa-se que a caracterização sócia econômica dessa população é de indivíduos integralmente jovens e solteiros, majoritariamente de cor branca e predominantemente da região sudeste do Brasil, divididos, religiosamente, entre católicos e protestantes, na sua maioria, e de condições econômicas razoavelmente boas. Concernente a rotina dos cadetes, conseguimos constatar as seguintes informações:

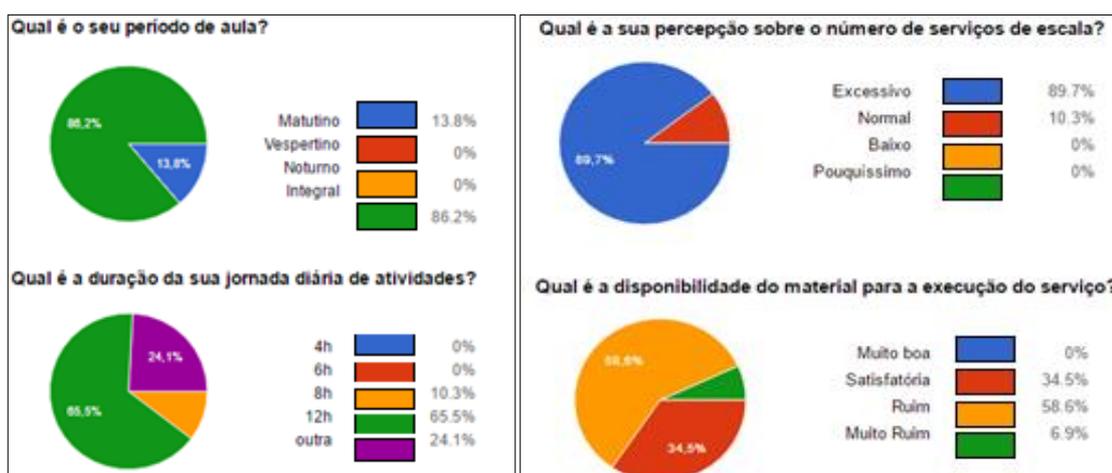


Gráfico 01 – Carga horária de atividades dos cadetes.

Gráfico 02 – Percepção sobre a quantidade de escalas e recursos.

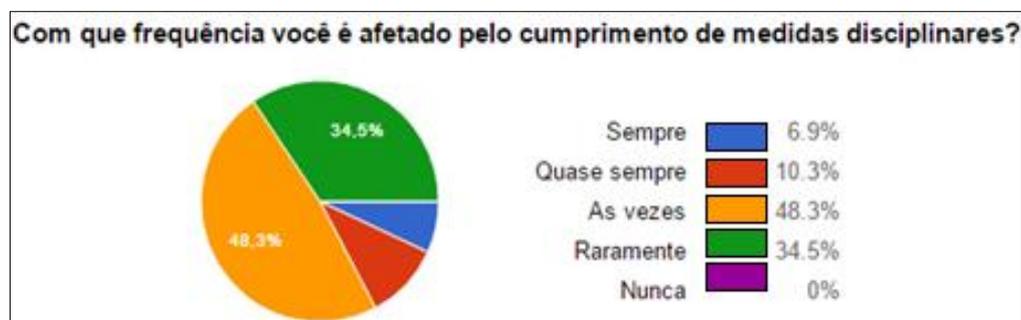


Gráfico 03: Frequência de medidas disciplinares.

Os dados da qualidade de vida dos cadetes seguem descritos abaixo na tabela 01:

ITEM	PERGUNTA	M	DP	CV
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,06	0,87	0,28
2	Quão satisfeito você está com a sua saúde?	3,54	1,08	0,30
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,00	0,92	0,31
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	2,17	0,86	0,39
5	O quanto você aproveita a vida?	2,91	0,96	0,33
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	3,77	1,10	0,29

7	O quanto você consegue se concentrar?	3,09	0,79	0,26
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,09	0,90	0,29
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	2,54	0,99	0,39
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3,00	0,76	0,25
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	3,83	1,09	0,28
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	2,46	0,86	0,35
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	3,14	0,81	0,26
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	2,51	0,78	0,31
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	3,71	0,99	0,27
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	2,40	0,85	0,35
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	2,66	0,91	0,34
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	2,94	0,87	0,29
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	3,46	0,92	0,27
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,40	1,04	0,31
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	3,51	1,13	0,32
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	3,51	0,89	0,25
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	3,23	1,10	0,34
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	3,03	0,78	0,26

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	2,83	0,90	0,32
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	3,34	1,22	0,37

**Legenda: M= Média      DP= Desvio Padrão      CV=Coefficiente de Variação**

### **Tabela 01- Resultados do WHOQOL**

De acordo com os resultados acima, no domínio físico podemos observar que os itens 4 e 16 apresentam valores de média sensivelmente inferiores aos demais itens. Enquanto, que o item 15 do mesmo domínio apresenta uma sensível superioridade em relação à média e inferioridade com relação ao coeficiente de variância.

## **DISCUSSÃO**

Lipp (2003) afirma que no âmbito psicológico e emocional do ser humano, o estresse excessivo produz cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional. Para o autor supracitado a libido fica reduzida, os problemas de ordem física se fazem presentes e a qualidade de vida sofre um dano bastante pronunciado. Loures et al (2002) também trazem que o estresse pode provocar alterações fisiológicas, como doenças cardiovasculares e desequilíbrio na atuação do sistema nervoso.

Tal como foi abordado anteriormente, os cadetes apresentam déficits em várias áreas, sendo a intervenção da Terapia Ocupacional direcionada à promoção de saúde e potencial funcional. Esta intervenção engloba o tratamento de fatores físicos, mentais e emocionais, identificação dos fatores de stress e competências de *coping* igualmente destacados por Bhatia et al (2013). Inicialmente, busca-se a (ré)estruturação de uma rotina saudável e na qualidade de vida dos clientes, através da aquisição de novos padrões de desempenho, novos papéis ocupacionais e desenvolvimento de novos hábitos (RICOU e TEIXEIRA, 2008).

Nesta proposta, o núcleo central é a relação triádica, representada por quem recebe a assistência, o terapeuta ocupacional e a atividade, que se caracteriza por possibilitar e manter uma dinâmica particular de funcionamento, na qual movimentos de ação e reação são determinantes da dinâmica relacional entre os três termos que a constituem (BENETTON e MARCOLINO, 2013). Dentro das estratégias utilizadas no combate ao *estresse* podemos

introduzir o conceito de *coping*. Segundo Ramos e Carvalho (2007) *coping* é entendido como “forma de lidar” ou mecanismos utilizados habitualmente pelos indivíduos para lidar com eventos estressores. De acordo com Alves (1995 apud RAMOS; CARVALHO 2007), as estratégias de *coping*, podem se realizar de três modos: 1) Pela eliminação ou modificação das situações que criam os problemas; 2) Pelo controle perceptivo do significado da experiência ou das suas consequências; 3) Pela manutenção, dentro de limites razoáveis, das consequências emocionais dos problemas.

## CONCLUSÕES

Investigar gatilhos desencadeadores de problemas na qualidade de vida de cadetes do exército brasileiro sob a ótica da Terapia Ocupacional fornecem subsídios que visam aperfeiçoar o processo de inserção na carreira militar e colaborar com o bem estar biopsicossocial dos indivíduos, uma vez que o serviço militar em nosso país é obrigatório para os homens, nos termos do artigo 143 da Constituição Federal de 1988. Vale salientar que a ocorrência de um processo de adaptação saudável à vida militar constitui-se como um elemento fundamental do papel social das forças armadas

## REFERÊNCIAS

- BHATIA, M.; GARNAWAT, D.; KAUR, J. Rehabilitation for Substance Abuse Disorders. *Delhi Psychiatry Journal*. Vol. 16, N. 2, 2013, pp. 400.
- BENETTON J, MARCOLINO T. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Activities in the Dynamic Occupational Therapy Method. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCarol*. Vol. 21, N. 3, 2013, pp. 645-652.
- LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. O modelo quadrifásico do stress. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**, São Paulo: Casa do psicólogo, v. 4, 2003.

LOURES, Débora Lopes et al. Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, n. 5, p. 525-530, 2002.

MARTINS, Paulo Cesar Porto; TREVISANI, Marianne Fernandes; AMORIM, Cloves. Alunos de Psicologia e estresse. **In V EDUCERE e III Congresso Nacional da Área de Educação da PUC-PR**. Curitiba, Anais do Congresso (CD, p. 307 – 317), 2005.

RAMOS, S. I. V.; CARVALHO, A. J. R. Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. **Revista Interações**, 2007.

RICOU, M; TEIXEIRA, C. Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação do Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes. *Revista Toxicodependências*. Vol. 14, N. 2, 2008, pp. 25-35.

SOMMERFELD. Inventário Avaliativo de Vida, aplicação aos pais. USA, 2004.

## **Intervenção terapêutica ocupacional nos cuidados paliativos de paciente com HIV e neurotoxoplasmose**

*Érica Veronica de Vasconcelos Lyra*

*Marina Emanuelle da Silva*

*Catharina Machado Portela*

*Brígida Pelinca de Andrade Oliveira*

*Marcella Vieira*

*KarolinyTeixeira Santos*

O Vírus da Imunodeficiência Humana, torna o sistema imunológico vulnerável à diversas doenças, dentre as quais está a Neurotoxoplasmose, que é uma das mais significativas infecções oportunistas. O presente estudo relata a experiência da intervenção terapêutica ocupacional na organização da rotina, atividades socializantes e treino de atividades de vida diária, em um paciente com Vírus da Imunodeficiência Humana e sequelas de Toxoplasmose não especificada. Relato de experiência da intervenção prestada a um paciente com o Vírus da Imunodeficiência Humana e Toxoplasmose não especificada, que ocorreu entre abril e julho de 2018. A assistência foi realizada por uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta ocupacional residente e pela estagiária de Terapia Ocupacional de um Centro Especializado em Reabilitação IV, em um Hospital de alta complexidade. O programa de atividades ocorreu semanalmente, com duração de trinta minutos cada atendimento. O paciente foi submetido à avaliação e reavaliação através da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional e também da Medida de Independência Funcional. Em ambos os instrumentos foram identificados ganhos significativos no desempenho ocupacional do paciente e maior independência nas suas atividades de vida diária, após as intervenções. É possível afirmar que a abordagem centrada no cliente, no contexto da reabilitação física, além de trazer ganhos significativos para a manutenção da independência funcional dos pacientes nesse contexto, é também um grande contributo para a formação profissional dos discentes de Terapia Ocupacional. Além da importância, neste caso, de princípios dos Cuidados Paliativos, que contribuíram para o sucesso da intervenção.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Toxoplasmose cerebral, Terapia Ocupacional, Cuidados Paliativos.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), apesar de ter sido descoberta em 1981 e dos avanços da ciência para a sua compreensão e mecanismos, é ainda hoje considerada um problema de saúde pública no mundo, pois apesar das inovações tecnológicas e farmacêuticas, não há ainda terapia curativa conhecida e/ou medicamento disponibilizado para a população, em larga escala, que seja capaz de eliminar completamente do corpo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este último é responsável por tornar o sistema imunológico vulnerável a diversas doenças, dentre as quais está a Neurotoxoplasmose, que é considerada uma das mais significativas infecções oportunistas, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, levando a sequelas neurológicas graves, que comumente prejudicam a funcionalidade dos indivíduos acometidos (SANTOS et. al., 2016; OLIVEIRA et. al., 2016).

A Neurotoxoplasmose ou Toxoplasmose cerebral nos pacientes imunocompetentes ocorre quando os níveis de Linfócitos TCD4 estão abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> e atinge cerca de 70% dos indivíduos HIV positivos. Tais pacientes podem apresentar encefalites, meningoencefalite, ou frequentemente lesões tumorais com efeito de massa. Além de, mioclonias, tremores, convulsões, hemiparesia, ataxia e ainda fraqueza muscular, anormalidades complexas do controle motor, do equilíbrio, do tônus postural e alterações sensoriais, que de modo geral, afetam a funcionalidade dos indivíduos acometidos e interfere na qualidade de vida dos mesmos (MARCHIOTTI et. al., 2017; OLIVEIRA et. al., 2016).

Os Cuidados Paliativos (CP) são oferecidos, normalmente por uma equipe multidisciplinar, aos pacientes diagnosticados com doenças fora de possibilidades terapêuticas curativas, que ameacem a continuidade da vida e a SIDA/AIDS se encaixa nesse perfil. Alguns dos princípios dos CP são: possibilitar ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o dia de sua morte; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis (MATSUMOTO, 2012).

O presente estudo relata a experiência da intervenção terapêutica ocupacional, na organização da rotina, atividades socializantes e treino de atividades de vida diária, em um

paciente diagnosticado com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida e Toxoplasmose não especificada.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo caracteriza-se como um relato de experiência, que ocorreu entre abril e julho de 2018. A assistência foi realizada por uma terapeuta ocupacional e uma estagiária de Terapia Ocupacional em um Centro Especializado em Reabilitação em um Hospital de alta complexidade. O programa de atividades ocorreu semanalmente, com duração de trinta minutos. Os registros eram elaborados após os encontros, no formato de diário de campo.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva, elaborado a partir de observações e registros dos atendimentos realizados com um paciente admitido no serviço acima citado. Os dados obtidos a partir dos registros dos atendimentos foram analisados considerando os referenciais teóricos pertinentes à Terapia Ocupacional, que fundamentam este estudo. Neste contexto, entende-se que o relato de experiência é uma ferramenta de pesquisa que busca demonstrar a atuação do terapeuta ocupacional nesse formato de intervenção.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Paciente do sexo masculino, 43 anos, solteiro, sem filhos, ator (atualmente afastado das atividades laborativas), diagnosticado com Vírus da Imunodeficiência Adquirida e consequente Toxoplasmose não especificada, apresentando sequelas nos dois hemisférios, tais como: reflexos abolidos ou hipoativos, déficit de força nos membros superiores e inferiores, hipertonia, espasticidade, distonia, clônus, fasciculações, espasmos e dor no membro superior esquerdo e ainda sintomas psicossomáticos como, distímia e alterações no sono. Além de dificuldades na deglutição e na voz.

Foi realizada avaliação e reavaliação, após as intervenções, pelos instrumentos: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM (tabela 1) (LAW, 2009) e a Medida de Independência Funcional – MIF (tabela 2). De acordo com as demandas trazidas pelo paciente e percebidas nas avaliações, foi traçado um plano de tratamento terapêutico ocupacional, onde foi trabalhado principalmente o banho e a alimentação, com análise das atividades, orientações, adaptações de tecnologia assistiva de baixo custo e treino das mesmas.

Durante as intervenções, foram percebidas demandas outras, tais como, o desajuste na rotina do paciente e comprometimento de áreas de ocupação, por exemplo, no lazer, participação social e descanso e sono. De modo que foram realizadas atividades como a organização da rotina junto com o paciente, com entrega de tabela mensal para rotina, com sugestões de atividades de lazer, horários das terapias e estabelecimento de horários para as refeições e sono. Também foi entregue uma tabela de horários das medicações e uma tabela de consumo diário de água, para auxílio da autonomia do paciente nestas atividades.

No último atendimento deste ciclo, foi realizada uma atividade socializante, planejada junto ao paciente e sua cuidadora, onde foram trabalhadas as habilidades de interação social e treino de alimentação com o uso de tecnologia assistiva de baixo custo. A atividade foi proposta para potencializar a autopercepção do paciente acerca dos ganhos na sua independência e autonomia. Neste dia a atividade foi realizada por uma equipe multidisciplinar e contamos com a presença de uma fonoaudióloga, devido à dificuldade na deglutição, além da presença da cuidadora.

Tabela 1 - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM:

Atividade	Importância	Desempenho		Satisfação	
		Aval. Inicial	Reav.	Aval. Inicial	Reav.
Banho	10	7	9	4	8
Alimentação	8	5	7	1	5
Vestir/Despir	7	6	8	6	7
Caminhar dentro e fora do domicílio	7	6	8	1	4
Higiene Pessoal	6	6	7	6	8
<b>Total</b>	-	30	<b>39</b>	18	<b>32</b>

Na COPM (tabela 1) foram elencados pelo próprio paciente como atividades de vida diária de maior importância no momento: o banho, a alimentação e o vestir/despir, além de mobilidade dentro e fora do domicílio e higiene pessoal. A todas essas atividades o paciente atribuiu um grau de importância significativo, mas em contrapartida pontuou como baixo o seu

desempenho em todas elas e demonstrou grande insatisfação com isso. Após as intervenções, o paciente obteve ganhos em todas as atividades elencadas.

Tabela 2- Medida de Independência Funcional – MIF:

Tipo da MIF	Avaliação	Reavaliação
MIF Motora	46	<b>71</b>
MIF Cognitiva	26	<b>30</b>
Total	72	<b>101</b>

Na MIF (tabela 2), o paciente obteve pontuações mais baixas no banho, vestir a parte inferior do corpo, locomoção (escadas), mobilidade (transferências) e higiene pessoal, mas após as intervenções realizadas, exceto o vestir a parte inferior do corpo, as demais atividades obtiveram melhores pontuações na reavaliação.

Vale salientar que o paciente em questão, no momento da elaboração desse relato, além do acompanhamento terapêutico ocupacional, em virtude do seu grande número de demandas necessita de intervenção multiprofissional e, portanto, simultaneamente dispõe também de acompanhamento fisioterapêutico, tanto motor quanto respiratório, fonoaudiológico e psicológico. Além de ser acompanhado por médico neurologista e infectologista, de modo que, atribuímos a todos os profissionais envolvidos uma parcela dos ganhos.

## CONCLUSÕES

Todas as intervenções foram elaboradas junto ao paciente, respeitando a sua vontade e as demandas trazidas pelo mesmo. O principal objetivo de toda equipe sempre foi a qualidade de vida, manutenção da autonomia e independência dele em suas atividades de vida diária, além de prevenção de agravos à sua funcionalidade.

Portanto, é possível afirmar que vivenciar na prática a abordagem centrada no cliente, no contexto da reabilitação, é uma importante aliada na manutenção da independência funcional dos pacientes, sendo uma grande contribuição para a formação profissional da discente. A importância e influência de princípios dos Cuidados Paliativos, que moldaram as intervenções, sempre na busca da qualidade de vida do paciente assistido, que mesmo que não possa ser

curado, deve ser cuidado em toda sua totalidade, para que viva dignamente até o dia de sua morte.

## **REFERÊNCIAS**

LAW, Mary et al. Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM). **Belo Horizonte: Editora UFMG**, 2009.

MARCHIOTTI, Matheus Cordeiro et al. Reativação de Neurotoxoplasmose com TCD4 elevado. **Revista Uningá Review**, v. 29, n. 3, 2018.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23-24, 2012.

OLIVEIRA, L. S. et al. Hidroterapia no equilíbrio dinâmico e nas atividades de vida diária de pacientes com Neurotoxoplasmose associada à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 1, 2016.

SANTOS, T. S. et al. Perfil Epidemiológico dos Co-Infetados pela Neurotoxoplasmose em Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 3, p. 242-257, 2017.

## **Implantação do projeto de extensão “brinquedoteca hospitalar: uma ‘injeção’ de saúde através do brincar”**

*Érica Veronica de Vasconcelos Lyra*

*Naara Raquel de Souza Gomes*

*Marina Queiroz Ferreira da Silva*

*Marina Emanuelle da Silva Santos*

*Karoliny Teixeira Santos*

*Marcella Vasconcelos Vieira*

A hospitalização pode ser recorrente durante a infância, sendo um evento estressante que pode gerar traumas para a criança, ocasionando uma quebra na rotina, repercutindo de forma negativa no desenvolvimento infantil. Sendo assim, o terapeuta ocupacional, que compõem a equipe multiprofissional, pode corroborar com uma melhor estadia da criança no âmbito hospitalar, nesta perspectiva este trabalho se propõe a relatar a implantação do projeto de extensão do setor de Terapia Ocupacional voltado para a enfermaria pediátrica de um hospital da região metropolitana do Recife. O estudo descreve as ações e vivências que decorrem da implantação do projeto de extensão Brinquedoteca hospitalar: uma ‘injeção’ de saúde através do brincar, na enfermaria pediátrica de um hospital geral em Pernambuco. As vivências foram obtidas durante o estágio supervisionado em Terapia ocupacional, do curso de Terapia ocupacional, da Universidade Federal de Pernambuco durante o período de março de 2019 a julho de 2019. Foram realizados dezesseis encontros, onde trabalhou-se a redecoração da brinquedoteca, a cartilha de estimulação precoce, a contação de histórias, a construção de brinquedos, assim como a contextualização temporal em datas comemorativas, visando humanizar o ambiente hospitalar. Também foi realizado uma vez por mês, uma sessão de cinema, permitindo a socialização do aprendizado em um espaço que possibilita a experiência da coletividade. O processo de internação pode gerar uma quebra na rotina da criança e do cuidador, no entanto esse processo sendo mediado pelo terapeuta ocupacional, pode repercutir positivamente na participação social e redução do estresse.

**PALAVRAS CHAVE:** Terapia Ocupacional, Criança Hospitalizada, Hospitalização.

## **INTRODUÇÃO**

A hospitalização ocorrerá por um período prolongado em cinco a dez por cento das crianças durante o desenvolvimento infantil (VITORINO; LINHARES; MINARDI, 2005). A hospitalização pode ser um acontecimento estressante, gerando traumas para a criança, pela quebra da rotina, costumes, assim como do seu meio social (SANTOS, 2016). Durante o processo de hospitalização a criança vivencia inúmeros momentos estressores como a separação, a dor em decorrência de processos invasivos, desconforto físico como reflexo das manipulações, repercutindo na saúde psicológica, afetiva e emocional (VASQUES; BOUSSO; MENDES-CASTILLO, 2011).

Para reduzir ou neutralizar o impacto adverso da hospitalização, são utilizadas atividades construtivas à criança, entre elas o uso da ludicidade adequadas para o enfrentamento da hospitalização, atuando como um agente potencializador na adaptação da criança (BERSCH, 2005), proporcionando um ambiente que ofereça conforto, segurança e bem-estar de modo a reduzir os danos da dinâmica hospitalar e auxiliá-la a passar por este momento complexo (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012).

As ações no ambiente hospitalar devem ser voltadas para o cuidado do paciente, assim como do seu acompanhante (OLIVEIRA, 2015) e entre esses profissionais temos o terapeuta ocupacional (COELHO, 2007), que corrobora com o processo de humanização do ambiente hospitalar.

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência do processo de implantação do projeto de extensão “Brinquedoteca hospitalar: uma ‘injeção’ de saúde através do brincar”, do setor de Terapia Ocupacional, numa enfermaria pediátrica de um hospital geral do Recife.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, realizado em um hospital geral, de Jaboatão dos Guararapes, que descreve a realização de 16 encontros na enfermaria pediátrica, resultado de um projeto de extensão com parceria do Curso de Terapia Ocupacional/ UFPE, intitulado: “Brinquedoteca hospitalar: uma ‘injeção’ de saúde através do brincar”, no período de março à

julho de 2019, semanalmente, com atividades voltadas para o público infantil e seus cuidadores, visando o brincar livre, assim como a redução do ócio hospitalar.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O projeto atendeu as crianças e por entendermos que a hospitalização pode interferir nas relações familiares (SANTOS, 2016), incluímos os cuidadores. Participavam duas terapeutas ocupacionais, uma estagiária do curso de Terapia Ocupacional, uma assistente social e uma psicóloga. As intervenções aconteciam na brinquedoteca do hospital.

O ambiente hospitalar é desconhecido para o mundo infantil, com ausência de brinquedos, desenhos, afastamento dos amigos e familiares e o convívio com pessoas desconhecidas, situações dolorosas e hábitos distintos dos rotineiros, que podem afetar o desenvolvimento infantil (GOMES et al., 2013; LAPA; SOUZA, 2011). Uma das atividades do projeto de extensão visando a humanização do ambiente foi a redecoração da brinquedoteca, onde as paredes foram decoradas com desenhos e os brinquedos, jogos, livros disponíveis as crianças, estimulando de forma natural as mesmas (GOMES et al., 2013).

Dentre as ações realizadas pontuamos a confecção de uma cartilha ilustrada de estimulação precoce dos 0 aos 12 meses, após a avaliação do desenvolvimento infantil, como forma de auxílio e incentivo para os cuidadores. A estimulação precoce é compreendida como ações que objetivam ofertar os estímulos necessários para o desenvolvimento de habilidades de forma sadia (NUNES; CHAHINI, 2017).

O projeto também contou com a realização contação de histórias, que estimula a imaginação e o raciocínio, auxiliando na compreensão de situações difíceis e resolução de problemas (TORRES; TETTAMANZY, 2008). A Terapia Ocupacional está fundamentada na compreensão de que as ocupações ou atividades podem influir no bem-estar (AOTA, 2014), assim o estímulo do brincar é visto como um espaço que auxilia o desenvolvimento infantil e o local onde pode ser trabalhado o momento vivido pela criança hospitalizada (OLIVEIRA; SANTOS, 2008).

Nessa perspectiva, desenvolvemos a criação de brinquedos (chocalhos, garrafas sensoriais, móveis, cobrinhas com tampas de garrafa pet), com materiais recicláveis, que pudessem ser higienizados, sendo utilizados pelos cuidadores para o estímulo do brincar livre.

Comemoramos datas como: dias das mães (pinturas, cartazes, distribuição de cartões), Páscoa (jogos como o acerte o coelho, boliche, confecção de orelhas de coelho, com participação dos Doutores da Felicidade), São João (pescaria, jogo das argolas, presença dos Doutores da felicidade fazendo uma quadrilha junina, provador com roupas de matuto), atividades que visassem contextualizar a data, visto que em decorrência do período de hospitalização há uma quebra da rotina (OLIVEIRA, 2015).

O projeto idealizado pela equipe multiprofissional do hospital, que propunha a realização do Cine Cinema uma vez no mês, no auditório do hospital, foi incluído pelo projeto de extensão sendo mediado pela terapeuta ocupacional e psicóloga. As sessões contavam com a apresentação de curta-metragens, cujo tema fazia menção a uma data comemorativa do mês vigente. As crianças e cuidadores recebiam pipoca ao entrar no auditório e ao fim da apresentação, havia uma discussão sobre o tema abordado, sendo conduzido pela psicóloga. O cinema configura-se como um espaço que possibilita a experiência da coletividade (MIGLIORIN, 2007) e no âmbito hospitalar este recurso permite a socialização do aprendizado, não havendo distinções entre adoecidos ou saudáveis, profissionais ou usuários do serviço, adultos ou crianças (OMELCZUK; FRESQUET; SANTI, 2015).

Alguns pais, mostravam-se relutantes a participar das atividades com medo da criança machucar-se, no entanto quando um pai se dispunha a ir com o seu filho para a brinquedoteca, outros pais ousavam fazer o mesmo e após a realização das atividades as crianças pareciam mais felizes, menos estressadas. Os cuidadores interagem uns com os outros cuidadores e com seus filhos, realizando as trocas de vivências de forma espontânea. Resultados similares a literatura, que refere um aumento da felicidade nas crianças, redução do estresse, melhor compreensão e respostas ao tratamento recebido, assim como a redução do medo no ambiente (GIARDIN et al., 2010).

## CONCLUSÃO

Percebemos que o processo de hospitalização pode ser danoso e estressante para as crianças, assim como para os seus cuidados, levando-os a uma quebra na rotina e a experimentação do desconhecido. Sendo assim, a partir das vivências adquiridas no projeto de extensão, percebemos que sob o olhar da Terapia Ocupacional, as crianças podem ser envolvidas quem atividades que corroborem com o seu desenvolvimento físico, reduzam o ócio hospital e aumentem a participação social destes indivíduos, estimulando-os quanto ao brincar e a expressão do seu senso criativo.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION et al. Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. 3rd ed. *The American Journal Occupational Therapy*, v. 68, p. 1-49, March/April 2014.

ANGELI, A. A. C.; LUVIZARO, N. A.; GALHEIGO, S. M. O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a arte da cuidar em terapia ocupacional no hospital. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 261-272, 2012.

BERSCH, A. A. S. **O brincar como fator potencializador da saúde ambiental no microsistema pediatria: uma análise bioecológica**. 2005. Dissertação de Mestrado.

COELHO, Z. A. C.; REZENDE, M. B. Atraso no desenvolvimento. In: *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2007.

GIARDIN, A. R. S. B. et al. A importância da atuação da terapia ocupacional com a população infantil hospitalizada: a visão de profissionais da área da saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 17, n. 1, 2010.

GOMES, C. G. et al. Percepções da família acerca das dificuldades de adaptação da criança à hospitalização: subsídios para a enfermagem. **Cogitareenferm**, v. 18, n. 4, p. 767-774, 2013.

LAPA, D. F.; SOUZA, T. V. A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. **RevEscEnfermUSP**, v. 45, n. 4, p. 811-7, 2011.

MIGLIORIN, C. Cinema e escola, sob o risco da democracia. **Revista Contemporânea de educação**, v. 5, n. 9, p. 107-113, 2011.

NUNES, Ana Silvia Duarte; CHAHINI, Thelma Helena Costa. Percepções de profissionais da educação infantil em relação à estimulação precoce em crianças com deficiência e de risco ambiental. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, p. 83-102, 2017.

OLIVEIRA, A. C. S. S.; CAVALCANTE, M. C. V. Intervenção da terapia ocupacional junto à criança hospitalizada: uma revisão de literatura/Occupational Therapy intervention with the hospitalized child: a literature review. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, C. S. de et al. Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. **Revsocbrasenfermped**, v. 15, n. 1, p. 21-30, 2015.

OLIVEIRA, R. R.; SANTOS, O. I. C. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 230-236, 2008.

OMELCZUK, F.; FRESQUET, A.; SANTI, A. M. Educação, cinema e infância: um olhar sobre práticas de cinema em hospital universitário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 387-394, 2015.

SANTOS, P. M. et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, 2016.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Safety and protection for hospitalized children: literature review. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 410-416, 2009.

TORRES, Shirlei Milene; TETTAMANZY, Ana Lúcia Liberato. Contação de histórias: resgate da memória e estímulo à imaginação. **Nau literária. Porto Alegre, RS. Vol. 4, n. 1 (jan./jun. 2008), p. 1-8**, 2008.

VASQUES, R. C. Y.; BOUSSO, R. S.; MENDES-CASTILLO, A. M. C. The experience of suffering: stories told by hospitalized children. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 122-129, 2011.

VITORINO, S. C.; LINHARES, M. B. M.; MINARDI, M. R. F. L. Interações entre crianças hospitalizadas e uma psicóloga, durante atendimento psicopedagógico em enfermaria de pediatria. **EstudPsicol**, v. 10, n. 2, p. 267-77, 2005.

## **Perfil Sociodemográfico e Funcional de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista**

*Larissa Emanuela Soares*

*Maira Amaral*

O Transtorno do Espectro Autista, é uma desordem que afeta o comportamento, as habilidades sociais, de comunicação e também, as habilidades motoras, sensoriais e cognitivas. Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo, descrever o perfil de funcionalidade de crianças e jovens com TEA e identificar suas principais limitações, relacionando-as com as questões socioeconômicas e com o nível de severidade dos sintomas. Proporcionando assim uma compreensão mais completa do impacto dessa condição de saúde na funcionalidade desses indivíduos, considerando atividades cotidianas e a participação social.

**PALAVRAS – CHAVES:** Terapia Ocupacional, Transtorno do Espectro Autista, Atividades Cotidianas, Perfil de Saúde, Perfil de Impacto da Doença.

### **INTRODUÇÃO**

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma desordem no desenvolvimento neurológico que provoca alterações comportamentais e afeta as habilidades sociais e de comunicação, limitando o desempenho do indivíduo em atividades diárias. Geralmente, é diagnosticado na infância e as limitações se estendem por toda a vida (ONZI; GOMES, 2015). Entre 1997 e 2008, a prevalência do TEA aumentou quatro vezes (KRAMER, LILJENQUIST e COSTER, 2012). Dados internacionais atuais apontam que essa prevalência é de 1 em cada 59 crianças nascidas vivas (RUGGIERI; GÓMEZ, 2018). No Brasil, os dados ainda são escassos. Estima-se que a incidência dessa condição gira em torno de 0,3% em crianças em idade escolar, não considerando crianças mais novas nem adolescentes, jovens e adultos (TOSCANO et al, 2018).

O TEA caracteriza-se por padrões de comportamentos, interesses e/ou atividades restritivos e repetitivos, sendo mais comum em meninos. Dessa forma, os principais impactos

referentes ao TEA estão presentes na interação social, no comportamento e na comunicação (BRASIL, 2014). Alguns estudos apontam, também, impactos dessa condição em outras habilidades, tais como as habilidades motoras, sensoriais e cognitivas. Os comportamentos motores podem estar alterados e apresentar movimentação estereotipada, como, por exemplo, bater palmas, se balançar continuamente e andar em círculos. Pode ocorrer sensibilidade exagerada a sons e fixação exagerada a algumas cores, evidenciando problemas no processamento sensorial e, também, alterações na linguagem e em seus processos principais de codificação (ADAMSON; et al, 2001; BRASIL, 2014; GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

As habilidades de comunicação, comportamentais, motoras, sensoriais e cognitivas são aspectos importantes para que os indivíduos consigam realizar atividades cotidianas importantes, tais como as atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Coster e colaboradores (2011) referem que as crianças com TEA podem apresentar dificuldades no desempenho das atividades diárias necessárias para a auto suficiência pessoal e social em uma variedade de situações da vida, incluindo autocuidado, mobilidade comunitária, manutenção do lar, estabelecimento e manutenção de relacionamentos e comunicação das necessidades e sentimentos. Desse modo, com tais habilidades alteradas, esses indivíduos podem apresentar limitações na execução de suas atividades e restrição à sua participação social, causando prejuízos, portanto, na sua funcionalidade e independência.

Observa-se, portanto, que a execução de atividades cotidianas e a participação social também se apresentam como importantes desfechos que podem estar impactados com a presença de TEA. Porém, há uma limitação de uma compreensão mais completa do impacto dessa condição de saúde na funcionalidade desses indivíduos, pois os estudos considerando atividades cotidianas e a participação social são raros. Diante disso, o objetivo deste estudo é descrever o perfil de funcionalidade de crianças e jovens com TEA e identificar suas principais limitações, relacionando-as com as questões socioeconômicas e com o nível de severidade dos sintomas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, exploratório, do tipo transversal e delineamento quantitativo de análise. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), CAEE: 12107319.0.0000.5154. Todos

os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados apresentados são resultados parciais do estudo, que ainda está em andamento.

Participaram desse estudo 11 pais ou responsáveis de crianças e adolescentes, de 2 a 18 anos de idade, que apresentam diagnóstico médico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: (1) questionário para coleta de dados clínicos e sociodemográficos; (2) questionário do critério Brasil da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisas (ABEP), usado para classificar o nível socioeconômico das famílias; (3) a Escala de Avaliação de Autismo Infantil (*Childhood Autism Rating Scale – CARS*), que tem como objetivo identificar indivíduos com TEA e classificá-los com grau leve, moderado ou grave e (4) o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory – PEDI*), um instrumento de avaliação da funcionalidade de crianças com qualquer condição de saúde.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Foram calculadas medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis contínuas e medidas de frequência (percentual) para as variáveis categóricas. As análises foram realizadas no software *Statistical Package for Social Science®* (SPSS) versão 2.0.

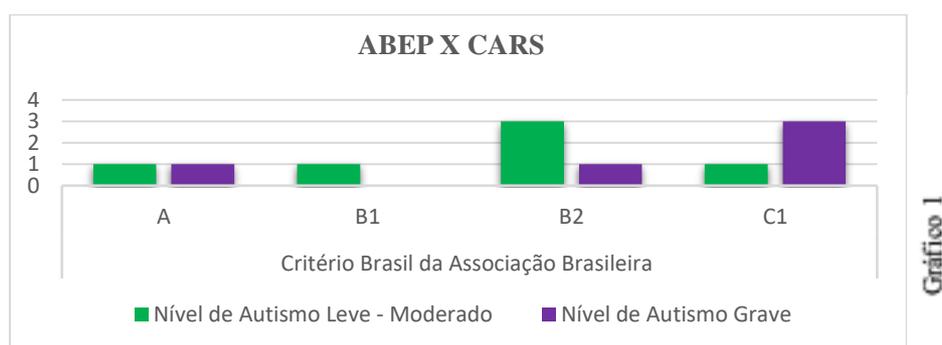
## RESULTADOS

A seguir, na tabela 1, temos as características deste estudo. Há uma primazia de indivíduos do sexo masculino, sendo 6,5 a média de idades das crianças (DP=4,3). Apresenta-se as mães como maioria responsável, sendo a profissão doméstica de maior destaque, 36,4%. Quanto aos níveis socioeconômicos, B2 e C1 predominaram, cada um com 36,4 %. E, por fim, o nível de autismo leve – moderado, se destacou com, 54,5%.

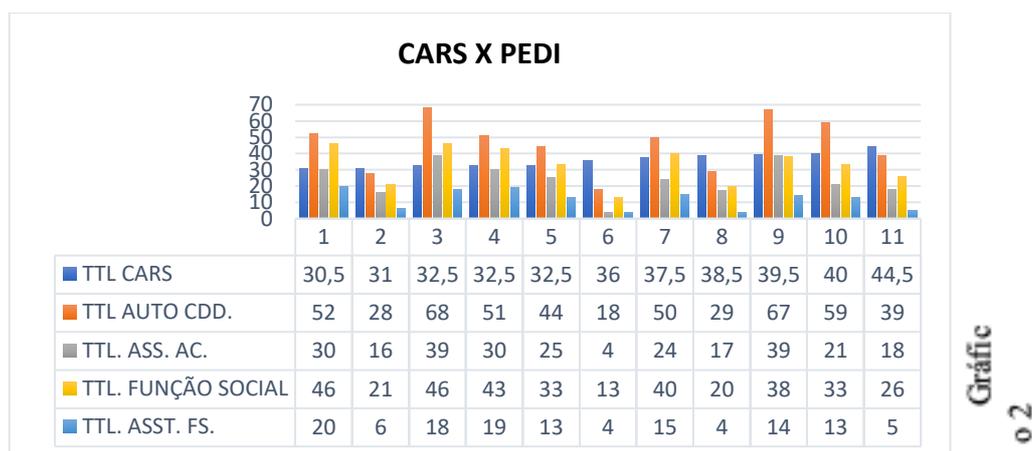
<b>Dados</b>		<b>N=11</b>	<b>% =100</b>
<b>Idade (anos)</b>		6,5*	4,3**
<b>Sexo</b>	Feminino	2	81,8 %
	Masculino	9	18,2 %
	Avó	1	9,1%

<b>Parentesco do Responsável</b>	Mãe	8	72,7 %
	Pai	2	18,2 %
<b>Níveis socioeconômicos</b>	A	2	18,2 %
	B1	1	9,1 %
	B2	4	36,4 %
	C1	4	36,4 %
<b>Nível de Autismo</b>	Leve - Moderado	6	54,5 %
	Grave	5	45,5 %
<b>Tabela 1: *Média; **Desvio padrão; N: número total de participantes</b>			

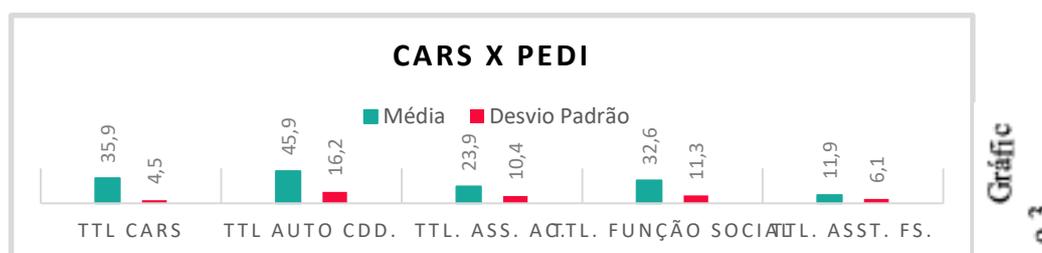
Este estudo, correlacionou a classificação socioeconômica da família com o nível de autismo da criança, gráfico 1. Sendo o nível grave, mais presente nas classes B2 e C1 e, o leve – moderado, na classe B2.



Ainda dentre as correlações, apresenta-se o CARS e o PEDI, gráfico 2, onde, quanto maior o nível de auto cuidado (máximo: 73) e função social (máximo: 65), quanto também nas assistências do cuidador, auto cuidado (máximo: 40) e função social (máximo: 25), mais funcional e independente é o indivíduo. Considerando o grau de autismo: 30 – 36, leve – moderado e, 36 – 60, grave. Tendo no gráfico 3, a média e desvio padrão das áreas correlacionadas, sendo, a média do total CARS: 35,9.



TTL CARS: *Total Escala de Classificação de Autismo*; TTL AUTO CDD.: *Total Auto Cuidado*; TTL ASS. AC.: *Total Assistência do Cuidador em Auto Cuidado*; TTL FUNÇÃO SOCIAL: *Total Função Social*; TTL ASST. FS.: *Total Assistência do Cuidador em Função Social*.



## DISCUSSÃO

Neste estudo, apresentou-se o sexo masculino como maioria, indo de encontro a Bosa, (2000 apud Rutter, 1985 e Wing, 1891), que elenca esse, como predominante entre os indivíduos que apresentam o TEA. Eles ressaltam também que o grau em meninas é mais severo. Essa última presente neste estudo, sendo 9 e 11 os únicos do sexo feminino, na tabela 2, tendo como severidade grave.

O Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - 5 (DSM – 5), (2014), caracteriza o autismo pela presença de déficit na comunicação e interação social, sendo este tópico de menor média e desvio padrão, no total da função social bem como na assistência da função social. Ressaltando assim, o que Coster e colaboradores (2011) diz sobre a dificuldade destes nas relações sociais.

No gráfico 1, as pessoas com severidade grave estão mais presente nas famílias de economias mais baixas, B2 e C1. Ressaltando as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), (BRASIL 2014), a qual diz que o desenvolvimento da família e também do indivíduo com TEA, depende de uma série de fatores, dentre eles, os serviços de saúde e dos recursos econômicos. Desse modo, famílias que tem um nível socioeconômico mais elevado, tem condições financeiras de proporcionar atendimentos de saúde mais especializados para as crianças, culminando em um melhor desenvolvimento.

## CONCLUSÃO

Os resultados apontam que a habilidade social é a mais prejudicada no indivíduo com TEA. Desse modo, com tais habilidades alteradas, esses indivíduos podem apresentar limitações na execução de suas atividades e restrição à sua participação social.

Mostra também, que a economia da família interfere no desenvolvimento do indivíduo além de que, embora tenha menor incidências em meninas, elas tem uma severidade maior em relação ao sexo masculino.

## REFERÊNCIAS

- ADAMSON, D., et al. Autism and joint attention: Young children's responses to maternal bids. **Applied Developmental Psychology**, Amsterdam, v. 22, n. 4, p. 439-453, julho-agosto 2001.
- BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 167-177, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **JORNAL DE PEDIATRIA** - vol. 80, nº2(supl), 2004.
- KRAMER, J. M.; ET AL. **A new approach to the measurement of adaptive behavior: Development of the PEDI-CAT for children and youth with autism spectrum disorders.** *Phys Occup Ther Pediatr.* 2012 Feb; 32(1): 34–47. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272487/>.

**Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

ONZI, F. Z; GOMES, R. F. **Transtorno Do Espectro Autista: A Importância Do Diagnóstico E Reabilitação**. Disponível Em: < Caderno Pedagógico, Lajeado, V. 12, N. 3, P. 188-199, 2015. Issn 1983-0882>.

RUGGIERI, V; GÓMEZ, J. L. C. Envejecimiento En Personas Con Trastorno Del Espectro Autista. **Medicina** (Buenos Aires) 2018; Vol. 78 (Supl. II): 69-74.

TOSCANO V.A.; ET AL. Growth and weight status of brazilian children with autism spectrum disorders: a mixed longitudinal study. **JORNAL DE PEDIATRIA**, 2018. ISSN 0021-7557.

## **Qualidade de vida familiar de crianças e adolescentes com deficiências de um centro especializado em reabilitação**

*Tainá Alves Rocha da Cruz*

*Ana Célia Nunes*

*Patrícia Carla de Souza Della Barba*

*Emilly Carla Lima da Silva*

*Flávia Calheiros da Silva*

*Emanuele Mariano de Souza Santos*

Qualidade de vida familiar diz respeito à satisfação frente às condições de vida individual e coletiva da família. Logo, discutir a qualidade de vida familiar permite conhecer como se dá a qualidade de vida familiar de crianças e adolescentes com deficiência. Trata-se de recorte de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um Centro Especializado em Reabilitação de outubro de 2018 a janeiro de 2019. Participaram 20 famílias de crianças e adolescentes com deficiências, com idades entre 0 e 17 anos, 11 meses e 29 dias. Utilizou-se parte do Questionário de Avaliação das Necessidades da Família. Para análise descritiva dos dados foi utilizado o software estatístico SPSS® versão 21. Quanto à caracterização dos familiares 90% eram mães biológicas, 95% cuidador principal, 70% não conta com ajuda de outras pessoas. Observou-se que das 20 famílias participantes 4 apresentaram escore entre 53-80 pontos, classificando-se assim com qualidade de vida média, e 16 famílias alcançaram o total da escala entre 81-125 pontos, sendo classificadas com alta qualidade de vida. O estudo possibilitou conhecer acerca da qualidade de vida das famílias com crianças e adolescentes com deficiência, assim como identificou os aspectos com menor e melhor satisfação frente à qualidade de vida familiar. A pesquisa identificou a satisfação da família em atividades familiares, indicando uma ótima qualidade de vida das famílias, todavia, faz-se importante uma análise mais minuciosa para aprimorar as informações já alcançadas.

Palavras-chaves: Família, Qualidade de vida, Deficiência, Criança, Adolescente.

## **INTRODUÇÃO**

Qualidade de vida familiar tornou-se uma área de considerável interesse internacional com o avanço das práticas centradas na família (HU et al., 2011). Para Zuna et al. (2010, p. 262) qualidade de vida familiar diz respeito a “uma percepção dinâmica de bem-estar da família, coletivamente e subjetivamente definidos e informados por seus membros, com interação entre os níveis de necessidades individual e familiar”.

O estudo da qualidade de vida familiar permite avaliar a percepção e a interação da família como um todo (HU et al., 2011 apud GRILO; MAJOR, 2015), possibilitando um diagnóstico de satisfação da família com a condição em que a vive.

Para Moreira Pinto, Macedo e Dias (2013), existe uma escassez notória de estudos acerca da qualidade de vida, especificamente entre crianças e jovens com deficiência e suas famílias; os autores salientam ainda a importância de estudos nessa área, expandindo e fragmentando os estudos acerca da qualidade de vida em grupos.

De igual forma, na região nordeste brasileira pouco se sabe sobre a qualidade de vida familiar de crianças e adolescentes com deficiência. Nesse sentido, este estudo objetiva conhecer como se dá a qualidade de vida das famílias de crianças e adolescentes com deficiência de um Centro Especializado em Reabilitação do nordeste.

## **METODOLOGIA**

Trata-se do recorte de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa<sup>1</sup>, realizado com 20 famílias de crianças/adolescentes, que passaram por avaliação no Centro Especializado em Reabilitação III vinculado a uma universidade pública estadual de uma capital do nordeste entre os meses de outubro de 2018 a janeiro de 2019.

Foram elegíveis para participar do estudo famílias (pais, mães, irmãos ou cuidadores familiares principais) de crianças e adolescentes com deficiências de qualquer natureza, com idades entre 0 e 17 anos, 11 meses e 29 dias. Famílias com filhos com idade superior a 17 anos, 11 meses e 29 dias foram inelegíveis para o estudo, bem como famílias com sem diagnóstico de deficiência.

As famílias foram convidadas a participar da pesquisa no intervalo dos atendimentos da criança/adolescente. Os que aceitaram participar da pesquisa responderam os questionários em

forma de entrevista, com duração média de 40 minutos, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi utilizado a Escala de Qualidade de Vida Familiar - QdVF Brasil, versão brasileira da escala *Beach Center Family Quality of Life*, adaptada transculturalmente por Bitencourt, Gràcia e Beltran (2015). A escala possui 25 questões agrupadas, que avaliam a satisfação familiar nos últimos 12 meses em uma série de atividades familiares com opções de respostas que podem ser classificadas em uma escala tipo likert de 5 pontos onde 1 = Muito insatisfeito e 5 = Muito satisfeito.

Também foi utilizado no estudo o Questionário de Identificação da Família – QIF, elaborado pelas autoras do projeto do centro coordenador do estudo da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com objetivo de obter informações socioeconômicas e demográficas das famílias.

Os dados foram organizados em planilha no Microsoft Excel 2013 e analisados descritivamente através do pacote de software estatístico SPSS® versão 21. Os resultados sobre a qualidade de vida familiar foram expressos em média, desvio padrão, máximo e mínimo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE nº 87705818.8.1001.5011.

## **RESULTADOS**

Quanto às informações gerais sobre o respondente da pesquisa, sua família e a deficiência da criança ou adolescente, 90% eram mães biológicas, das quais 95% eram os cuidadores principais da criança ou adolescentes, com média de idade de 37 anos ( $\pm 9,3$  DP) e 70% não conta com ajuda de outras pessoas. Quanto ao rendimento familiar 75% dos respondentes informaram receber até 1 salário mínimo<sup>1</sup>.

Houve maior participação de famílias com filhos com deficiência física (45%), seguido de famílias com filhos com deficiência intelectual (40%).

Em relação à qualidade da vida familiar, dentre as 20 famílias participantes nenhuma destas correspondeu com escore entre 25-32 pontos (que determina baixa qualidade de vida familiar). Por outro lado, 04 destas famílias apresentaram escore entre 53-80 pontos, classificando-se assim com qualidade de vida familiar média. Para mais, as 16 família restantes

alcançaram no total da escala entre 81-125 pontos, sendo classificadas com alta qualidade de vida, assim como pode ser observado na tabela 1.

**Tabela 1:** Parâmetro da classificação da Qualidade de vida familiar de crianças/adolescentes com necessidades especiais (N=20)

Legenda: QdVF= Qualidade de vida familiar

<b>Participantes</b>	<b>Escore total de cada participante</b>	<b>Classificação da QdVF de cada participante</b>
<b>1</b>	88	Alta
<b>2</b>	116	Alta
<b>3</b>	73	Média
<b>4</b>	86	Alta
<b>5</b>	110	Alta
<b>6</b>	83	Alta
<b>7</b>	79	Média
<b>8</b>	93	Alta
<b>9</b>	85	Alta
<b>10</b>	65	Média
<b>11</b>	81	Alta
<b>12</b>	95	Alta
<b>13</b>	106	Alta
<b>14</b>	86	Alta
<b>15</b>	87	Alta
<b>16</b>	81	Alta
<b>17</b>	89	Alta
<b>18</b>	107	Alta
<b>19</b>	72	Média

<b>20</b>	104	Alta
<b>Média</b>	89	

A tabela 2 contém informações a respeito da pontuação de cada item da escala de qualidade de vida familiar. Dentre os 25 itens avaliados as questões com os melhores itens apontados com melhor satisfação foram os itens 14; 17 e 25. Por outro lado, as com menores satisfação foram os itens 6; 16 e 20.

Fonte: Do autor

**Tabela 1:** Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo da escala de Qualidade de vida familiar de crianças/ adolescentes com deficiência (N=20)

Legenda: QV= Qualidade de vida

<b>Itens (QV)</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
QV4	3	1,19	1	5
QV10	3	1,05	1	5
QV1	4	0,89	2	5
QV2	4	0,92	1	5
QV7	4	0,93	2	5
QV5	3	1,17	1	5
QV8	4	0,91	2	5
QV14	4	0,69	2	5
QV17	4	0,72	2	5
QV3	3	0,94	2	5
QV21	3	1,19	1	5
QV9	4	1,1	1	5
QV11	4	1,05	2	5

QV12	4	0,92	2	5
QV18	4	0,97	2	5
QV6	3	1,37	1	5
QV13	3	0,99	2	5
QV15	3	1,32	1	5
QV16	3	1,33	1	5
QV20	3	1,43	1	5
QV19	4	0,91	2	5
QV22	3	1,19	1	5
QV23	3	1,09	2	5
QV24	4	1,23	1	5
QV25	4	0,51	4	5
Total	3,53	1,02	1,61	5

## DISCUSSÃO

Verificou-se através dos dados que a média geral dos participantes categorizou os mesmos na classificação de ótima qualidade de vida, representando satisfação frente às atividades familiares.

Diante dessa circunstância, ressalta-se o esforço do cuidador principal, que em 70% dos casos não tem ajuda de outras pessoas nas atividades familiares, mas tem buscado estratégias para uma satisfação individual e coletiva de seus membros, o que vem a contribuir na satisfação frente à qualidade de vida familiar.

Dentre os 25 itens avaliados as questões apontadas com melhor satisfação referiam-se aos itens 14- os adultos da família ensinarem seus filhos a tomarem boas decisões ( $\pm 0,69$  DP), item 17- os adultos da família conhecerem outras pessoas que fazem parte da vida de seus filhos ( $\pm 0,72$  DP), e o item 25- a família ter um bom relacionamento com os prestadores de serviços que trabalham e prestam apoio a criança ou adolescente com necessidades especiais ( $\pm 0,51$  DP)

Por outro lado, os itens com o menor índice de satisfação dizem respeito ao bem-estar material da família, logo, destaca-se que o rendimento familiar de 75% dos participantes se enquadrava em até 1 salário mínimo, fator que se correlaciona com este dado. Assim sendo, as famílias apresentaram menores satisfação nos itens 6- os membros da família terem transporte para onde precisam ( $\pm 1,33$  DP), item 16- a família ter como lidar com as suas despesas ( $\pm 1,33$  DP), e o item 20- a família conseguir assistência dentária quando necessita ( $\pm 1,43$  DP), conforme a tabela 2.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa buscou conhecer a qualidade de vida familiar de crianças e adolescentes com deficiência, logo, foi possível verificar uma ótima satisfação das famílias em suas atividades familiares. Todavia faz-se importante uma análise mais minuciosa através do uso completo do instrumento da Avaliação das Necessidades da Família para aprimorar as informações já alcançadas, investigar quais as necessidades da família, identificando possíveis apoios para aperfeiçoamento da qualidade de vida familiar, assim como para identificar qual a relação entre as necessidades da família e a qualidade de vida familiar.

## REFERÊNCIAS

- BITENCOURT, D.; GRÁCIA, M.; BELTRAN, F. **Family quality of life: Content validity of a tool for families of adults with intellectual disabilities in Brazil**. En International Conference on Research in Educational and Science. Antalya: ICRES. 2015. p. 170-178.
- GRILO, I.; MAJOR, S. Qualidade de vida familiar, satisfação com a vida e apoio social percebido na deficiência visual. **Temas psicologia**, v.23, n.2, 2015.
- HU, X.; SUMMERS, J.A.; TURNBULL, A., et al. The quantitative measurement of family quality of life: a review of available instruments. **Journal of Intellectual Disability Research**, v.55, n.12, p.1098-1114. 2011.
- PINTO, I. M. M.; MACEDO, C.; DIAS, P. C. Qualidade de vida de famílias com necessidades especiais. **Revista ibero-americana de educação**, n.63, p.181-198, 2013.

ZUNA, N. I.; SUMMERS, J. A.; TURNBULL, A. P.; HU, X.; XU, S. Theorizing About Family Quality of Life. In: KOBER, R. (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disability*. **From Theory to Practice**, p. 241-278, 2010.