

Este eixo pretende abordar questões relativas às práticas do terapeuta ocupacional no campo do cuidado às pessoas e suas distintas necessidades a partir da perspectiva integral, por meio da promoção e da articulação entre os dispositivos presentes no território com vistas ao fortalecimento da comunidade local para o acolhimento e cuidado da sua população. Compõe esta discussão a atenção às pessoas com transtornos mentais, pessoas com deficiência, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, às crianças e adolescentes, aos idosos, trabalhadores, indígenas, pessoas em contextos hospitalares, saúde coletiva, saúde da família e outros.

Eixo 2 – redes de atenção à saúde

“MARCAS NO PAPEL”: PROPOSTA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL COM CÍRCULO DE DIÁLOGO NA SAÚDE EM MULHERES QUEIMADAS

TAINÁ FENILI TAVARES, CRISTIANI NOBRE DE ARRUDA, MARILENE CALDERADO MUNGUBA

Instituto de Apoio ao Queimado

INTRODUÇÃO

A queimadura pode ser entendida fisiologicamente como um quadro resultante da ação direta ou indireta do calor sobre o organismo humano. Ela comprometerá a integridade funcional da pele que é responsável por diversas funções essenciais para a manutenção da vida, como o controle da temperatura interna do organismo. (RODRIGUES JÚNIOR et al, 2014; ROCHA, 2009). Por ser o maior órgão do corpo humano a pele está diretamente em contato com o mundo externo, e conseqüentemente aos fatores de risco que nele estão inseridos.

Globalmente, queimaduras é um problema grave de saúde pública. Estima-se que 265 mil mortes ocorrem a cada ano pelo fogo, com mais mortes por queimaduras elétricas, e outras formas de queimaduras, entretanto esses dados globais não são visualizados, declara a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). Em média – e levando em consideração ao gênero – mulheres tem o maior risco, culturalmente estão associados às tarefas domésticas, ou seja, atividades em cozinha com fogões inerentemente inseguros, que podem inflamar roupas. Chamas abertas usadas para aquecimento e iluminação, também, apresentam riscos e violência interpessoal; são fatores associados a taxas em mulheres (OMS, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil as queimaduras são causadas mais frequentemente pelo fogo, contato com água fervente ou contato com objetos superaquecidos. No país acontecem cerca de um milhão de casos que queimadura todos os anos. As queimaduras estão entres as principais causas de morte externa no Brasil, perdendo apenas para outras causas violentas. O indivíduo que sofre um trauma térmico, independente da extensão deste, passará a partir daquele momento a sofrer com as conseqüências físicas, mas principalmente psicológicas da queimadura, como a separação da família, afastamento do trabalho, despersonalização e mudanças corporais, o que por muitos é considerado a seqüela mais severa. (VALE, 2005). Para a pessoa que sofre queimadura, a hospitalização é o início de uma jornada que pode perdurar por dias ou semanas, ou mesmo meses a fio relacionar na recuperação física e psicológica deste indivíduo. A primeira fase corresponde as primeiras 74 horas após a ocorrência da queimadura, e se caracteriza principalmente pela instabilidade do paciente. Após a estabilização desta fase o indivíduo passará por uma fase aguda de reabilitação, onde passará por procedimentos invasivos e dolorosos. É durante essa segunda fase que se inicia também a geração de expectativas em relação aos resultados da queimadura. A terceira e última fase é

conhecida como a de reabilitação de longa duração, e se inicia quando o paciente está perto de ter alta hospitalar. (CARLUCCI et al, 2007)

Após a alta é determinante o seguimento em serviço ambulatorial. Em Fortaleza, Ceará existe um serviço referência nesta área, o Instituto de Apoio ao Queimado (IAQ) constituído por uma equipe multiprofissional de psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que acompanham pacientes que sofreram queimadura, e que se encontram na terceira e última fase, ou seja, a de reabilitação de longa duração. Esta equipe possui como objetivo final “[...] salvar a vida, conservar a função e reconduzir o paciente ao convívio social”. (PINTANGUY *apud* GOMES, 1997).

A terapia ocupacional como parte da equipe multidisciplinar atua na prevenção de deformidades, manutenção da mobilidade articular e restituição da função, levando em consideração o estado psicossocial do cliente durante todo o tratamento. (SIQUEIRA, 2000). Além disso, utiliza métodos que favorecem a troca de experiências, com a perspectiva de proporcionar alívio das consequências da queimadura. O Círculo de Diálogo em Saúde (PASSAMI, 2013) constitui uma abordagem que pode ser usado pelo profissional de terapia ocupacional, na construção de um espaço seguro e respeitoso, buscando uma conexão entre os envolvidos de forma igualitária, proporcionando manifestações de sentimentos, opiniões de si, dos outros e do mundo.

OBJETIVOS

Descrever uma intervenção terapêutica ocupacional por meio do Círculo de Diálogo em grupo terapêutico com clientes queimados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência (MINAYO, 2010) realizada no Instituto de Apoio ao Queimado, na cidade de Fortaleza – Ceará, em maio de 2015 em grupo que realiza ações interdisciplinares e ocorre mensalmente, coordenado pela terapia ocupacional, psicologia e duas acadêmicas de terapia ocupacional. O presente estudo descreve intervenção terapêutica ocupacional com a abordagem de Círculo de Diálogo em Saúde. Participaram sete mulheres em fase subaguda e crônica do tratamento. A atividade foi mediada por acadêmica de terapia ocupacional da Universidade de Fortaleza no grupo “Superação”, em que foi aplicada a técnica Círculo de Diálogo na Saúde. Empregou-se a observação participante (MINAYO, 2010) durante a atividade “Marcas no Papel”. Utilizou-se Análise Temática (MINAYO, 2010) para interpretação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tratou-se de uma atividade utilizando origami para confecção de barcos personalizados, com intuito de facilitar uma discussão sobre o emponderamento, enfrentamento e as repercussões no tratamento da queimadura. No primeiro momento da atividade do grupo “Superação” os pacientes foram recepcionados em uma sala bem iluminada, onde haviam cadeiras dispostas em círculo. Antes de iniciar a atividade, a estagiária de terapia ocupacional explicou do que se tratava e qual era propósito da intervenção. As participantes formaram um círculo e receberam explicações orais detalhadas. Com isso, foi entregue folha de papel, canetas e lápis de cor. Pediu-se que eles observassem como estava o papel; branco, como a pele de um bebê. Utilizando a concepção de que o papel se referia na verdade a pele, os pacientes começaram a desenhar de maneira livre, expressando seu subconsciente. Após esse momento, houve breve discussão a respeito das mudanças que o “papel” havia sofrido, e alguns participantes iniciaram a expressar sentimentos intrínsecos referentes as marcas deixadas na pele pela queimadura.

No segundo momento a estagiária iniciou com as clientes a construção do origami, que no final do processo transformou-se em um barco de papel com os desenhos, frases e símbolos que haviam sido escritos no começo do processo. Após a atividade, foi iniciado um diálogo através de relatos pessoais dos pacientes. A estagiária os questionou a respeito da transformação que o papel havia sofrido durante todo o processo da construção do origami, e como isso podia ser interpretado e percebido por elas. Também foi questionado sobre a jornada que esse barquinho de papel poderia fazer ao longo do percurso de um rio, fazendo uma semelhança ao percurso da vida delas. Dentre os relatos que as pacientes trouxeram para o grupo, as mais frequentes foram as que se referiam as alterações corporais, que na maioria dos casos causam a restrição das AIVD devido ao estigma.

As mulheres narraram que seus corpos, assim como os papéis, haviam sofrido transformações que causavam desconforto diante das modificações estéticas. As “marcas” causam repulsa, pena e preconceito diante dos olhares cruzados pelos quais precisam enfrentar todos os dias, e isso acaba por abalar o emocional, desconstruindo a individualidade, identidade e autoestima; causando repercussões no desempenho das atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

A jornada do barquinho, que na realidade é a jornada que elas estão percorrendo como indivíduos em recuperação traçaram percursos diferentes, segundo relatos, mas que no final encontravam a felicidade e a lição de se amar independente de qualquer marca. Os estigmas pela queimadura, segundo os relatos das pacientes durante a atividade, dificultam o processo de recuperação, tanto psicológico como físico; foi relatado que poucas pessoas possuem a sensibilidade de não olhar fixamente para a marca da queimadura, ou perguntar a história dela. Muitas pacientes sentem como se tudo o que elas eram como seres humanos antes da queimadura não existisse, e as pessoas ao redor só conseguissem enxergá-las como indivíduos queimados, e não como pessoas com os mesmos potenciais e sonhos de qualquer outra pessoa que não tenha passado por esse trauma.

Os discursos coletivos analisados anunciam uma presença de emoções reais, as mulheres se tornaram homogêneas ao expressarem sentimentos, pensamentos, saberes, conhecimentos, opiniões. Nesse olhar atento e sensível, encontramos tudo que precisávamos para reforçar o que transita a morbidade das queimaduras em mulheres. Para Tedeschi (2008) o conhecimento histórico, tais como imaginário, sexualidade, corpo, trabalho, relações de poder, relações de gênero, dominação simbólica, práticas discursivas, religiosidade, relações sociais, vida econômica e representações; foram apresentados em discursos legitimadores da inferioridade “natural” dessas mulheres. A técnica de Círculos de Diálogo na Saúde (PASSAMI, 2013) facilitou a verbalização dessas mulheres em relação aos estigmas que carregam diariamente. É essencial que paciente que sofreram qualquer tipo de trauma seja capaz de compartilhar sua experiência com alguém que esteja passando pela mesma, pois existe a criação de vínculos e o sentimento de pertencimento, onde o indivíduo, que nesse caso, sofreu a queimadura, se sente pertencente ao grupo de queimados, criando dentro de si o sentimento de que não está sozinho na caminhada contra o preconceito e recuperação. Com isso, foi perceptível que as relações interpessoais foram fortalecidas. Percebe-se a partir dos relatos pela paciente, que a sociedade não está preparada ainda para receber de maneira satisfatória o paciente que sofreu queimadura, principalmente as mais complexas. O preconceito muitas vezes surge dentro de nós, mas o olhar do próximo causa danos psicológicos que agravam o tratamento, na maioria das vezes muito mais que a própria cicatriz.

Momentos como este são importantes para os pacientes no processo de tratamento da queimadura. O sentimento de pertencimento, como dito anteriormente, fortalece a caminhada da recuperação, que é longa e árdua para a maioria dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia ocupacional como profissão da área da saúde que trabalha com o fazer humano se fortalece em experiências como esta. É importante perceber que o fazer humano está interligado a diferentes fatores ambientais e pessoais, e que para se trabalhar com isso, é preciso conhecer o indivíduo de maneira completa. O cliente queimado precisa de um espaço onde ele possa expressar sentimentos intrínsecos ligados as suas marcas, para que haja seu fortalecimento.

BIBLIOGRAFIA

CARLUCCI, V. D. S. et al. **A experiência da queimadura na perspectiva do paciente.** *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. 1, p.21-28, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ROCHA, C. L. J. V. **Histofisiologia e classificação das queimaduras: consequências locais e sistêmicas das perdas teciduais em pacientes queimados.** *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, v. 1, n. 3, p.140-147, 2009.

RODRIGUES JÚNIOR, J. L.; BASTOS, N. N. A.; COELHO, P. A. S. **Terapia ocupacional em queimados: pesquisa bibliográfica acerca da reabilitação física junto a indivíduos com queimaduras.** *Rev Bras Queimaduras*, v. 13, n. 1, p.11-17, 2014.

SIQUEIRA, F. M. B.; JULIBONI, É. P. K. O papel da atividade terapêutica na reabilitação do indivíduo queimado em fase aguda. **Caderno de Terapia Ocupacional Ufscar**, São Carlos, v. 8, n. 2, p.79-91, fev., 2000.

VALE, E. C. S. **Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista.** *An Bras Dermatol*, v. 80, n. 1, p.9-19, 2005.

TEDESCHI, Losandro Antonio. *História das mulheres e as representações do feminino*. Campinas: Curt Nimuendajú, 2008. 144 p.

World Health Organization. **The global burden of disease**. Geneve: World health Organization; 2014. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease.

RELATO DE EXPERIÊNCIA PROJETO PET-SAÚDE: ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS DE SUPORTE DE CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO ATRAVÉS DO DISPOSITIVO ECOMAPA

*RICARDO LOPES CORREIA¹; ANDREIA ZARZOUR ABUO HALA CORRÊA¹¹;
FERNANDA CASTILHO LEITE²; JÚLIA DE MERGULHÃO EPISCOPO¹²; LÍVIA
CRIZOL PEREIRA³*

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
Faculdade de Medicina do ABC, Santo André

RESUMO

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do PET-Saúde na utilização de dispositivos de análise e intervenção em redes sociais de suporte de crianças em uma comunidade com dados de vulnerabilidade. Trata-se de uma pesquisa - ação realizada no bairro orquídeas, município de São Bernardo do Campo/SP, a partir do PET-Saúde da Faculdade de Medicina do ABC, realizado entre 2012 e 2014, com participação de docentes, discentes bolsistas de cursos da área da saúde e preceptores-trabalhadores de duas unidades de saúde. Os participantes do estudo foram 92 cuidadores/familiares de crianças. Utilizou-se o dispositivo ecomapa e entrevistas semiestruturadas com as famílias em seus domicílios. Foram obtidos 92 ecomapas individuais de familiares de crianças entre 2 e 12 anos de idade e construído um ecomapa representativo. A principal estrutura social conflituosa foi a de lazer. Foram realizadas 6 rodas de conversa para discussão e planejamento de atividades com a comunidade e a realização de um evento sobre o lazer. Identificou-se que a relação estabelecida entre estes atores ainda é fortemente influenciada pelo clientelismo e atravessada pela forte burocracia e exigências do setor saúde em atender as demandas relacionadas a prevenção de doenças. Entretanto, o PET-Saúde ressalta a importância de ações interdisciplinares e os dispositivos utilizados possibilitam a tomada de percepção sobre as redes sociais de suporte e a discussão e planejamento coletivo para mudanças significativas no desenvolvimento de crianças com foco no território.

Palavras-chave: Educação; Saúde; Redes Sociais, Infância

INTRODUÇÃO

Família, infância e cuidados em saúde aparecem atualmente como pares indissociáveis de estratégias e programas em políticas públicas. O próprio conceito de saúde, como pleno bem-estar biospsicossocial, toma para si, em formas de políticas públicas, questões complexas da sociedade, correndo o risco de epidemiologizá-las.

¹ Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ex-tutor PET-Saúde.

² Docentes do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina do ABC, ex-tutoras do PET-Saúde.

³ Terapeutas Ocupacionais, ex-discentes bolsistas do PET-Saúde.

Para Malfitano (2007), há importância que programas de saúde, em especial as que focalizam o núcleo familiar, tenham clareza na definição das questões sociais que surgem no campo da saúde, e que possam de forma intersetorial operacionalizar políticas sociais de proteção, solidariedade e apoio aos indivíduos e famílias em situações de vulnerabilidade e desfiliação.

No que tange a infância é certo que o território, vivido e percebido como real, gera efeitos diretos no desenvolvimento integral da criança. Pensando o território como algo dinâmico e um conjunto de estruturas que se denomina de redes sociais de suporte, para Cavalcante et al (2012) apresentam profunda importância na construção da autoimagem e da identidade na vida de um indivíduo e do senso de coletividade em determinados grupos sociais, sendo esta visão central e determinante na atenção à saúde, em especial quando a momentos em que a rede apresenta fragilidades e vulnerabilidades, que de forma direta afeta a percepção e os meios para se produzir saúde.

Desta forma, este estudo tem por objetivo relatar a experiência do PET-Saúde na utilização de dispositivos de análise e intervenção em redes sociais de suporte de crianças em uma comunidade com dados de vulnerabilidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa - ação realizada no bairro orquídeas, município de São Bernardo do Campo/São Paulo, pelo PET-Saúde da Faculdade de Medicina do ABC. Realizado entre 2012 e 2014, com participação de docentes Tutores do curso de Terapia Ocupacional, discentes bolsistas dos cursos de Terapia Ocupacional, Medicina, Enfermagem e Fisioterapia e preceptores-trabalhadores da Unidade Básica de Saúde – UBS Orquídeas e do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi.

Foi utilizado o dispositivo ecomapa, que segundo Hartman (1978) é um diagrama que permite registrar as percepções de um indivíduo ou grupo sobre sua rede social de suporte, e entrevista semiestruturada com 92 famílias, contando com o apoio de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, que indicavam por conveniência famílias cadastradas no Programa Saúde da Família – PSF. As coletas foram feitas em visitas domiciliares. A análise dos dados se deu por meio do método de Análise Estrutural de Redes Sociais de Lemieux e Ouimet (2004).

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética de pesquisa com seres humanos da Faculdade de Medicina do ABC/Fundação ABC, sob o CAE n.º. 19173513.8.0000.0082.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos dados de 92 ecomapas individuais de cuidadores/familiares de crianças entre 2 e 12 anos de idade. A entrevista semiestruturada serviu para apoiar a coleta de narrativas dos familiares sobre a participação dos mesmos nas estruturas sociais do território.

As narrativas individuais foram agrupadas em categorias temáticas, seguindo os referenciais de estruturas sociais, propostas por Hartman (1978) e Correia (2014), em seguida foram distribuídas em uma *Matriz de Incidência entre Atores* (LEMIEUX; OUIMET, 2004, p.19) (Tabela 1), permitindo visualizar as convergências de estruturas sociais entre todos os participantes da amostra e os vínculos, de cada estrutura, calculados sobre a *Densidade de Sociabilidade* e a *Análise de Média e Frequência dos Vínculos* sobre a *Densidade Total da Rede* (Tabela 2).

Tabela 1. Matriz de Incidência entre Atores

| Estruturas Sociais (es) | N | Forte | Fraca | Conf. | Inter. | E ES Baixo | E ES Alto | ES E Baixo | ES E Alto |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Moradia | 14 | 12 | 2 | 3 | 0 | 5 | 8 | 6 | 7 |
| Vizinhos | 8 | 7 | 1 | 3 | 0 | 1 | 6 | 3 | 2 |
| Religião/crença | 28 | 22 | 6 | 2 | 1 | 8 | 17 | 6 | 20 |
| Lazer Local | 54 | 22 | 32 | 15 | 9 | 23 | 26 | 25 | 20 |
| Lazer Externo | 73 | 47 | 26 | 9 | 2 | 20 | 39 | 22 | 44 |
| Amigos | 6 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| Trabalho Remunerado | 37 | 25 | 12 | 7 | 6 | 10 | 28 | 19 | 21 |
| Trabalho Voluntário | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Comércio | 32 | 20 | 12 | 4 | 1 | 12 | 19 | 17 | 13 |
| Urbanismo Local/Segurança | 8 | 3 | 5 | 9 | 0 | 1 | 6 | 3 | 3 |
| Transporte Público | 20 | 14 | 6 | 7 | 0 | 10 | 11 | 18 | 2 |
| Transporte Privado | 6 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 |
| SUS (Atenção primária) | 90 | 47 | 43 | 16 | 3 | 33 | 44 | 49 | 30 |
| SUS Atenção Secundária | 49 | 31 | 18 | 4 | 1 | 18 | 31 | 23 | 21 |
| Saúde (privado/suplementar) | 27 | 21 | 6 | 1 | 0 | 3 | 19 | 12 | 15 |
| Educação | 80 | 63 | 17 | 6 | 1 | 13 | 62 | 23 | 49 |
| Familiar Nuclear | 70 | 65 | 5 | 4 | 2 | 4 | 53 | 5 | 60 |
| Família Estendida | 76 | 59 | 17 | 14 | 6 | 21 | 49 | 25 | 48 |
| Total N | 679 | 467 | 212 | 105 | 32 | 183 | 425 | 257 | 362 |

Tabela 2. Densidade das estruturas sociais e densidade média da rede social de suporte.

| Estruturas Sociais (es) | Densidade (d) |
|--|---------------|
| Moradia | 0,15 |
| Vizinhos | 0,09 |
| Religião/crença | 0,30 |
| Lazer Local | 0,59 |
| Lazer Externo | 0,79 |
| Amigos | 0,07 |
| Trabalho Remunerado | 0,40 |
| Trabalho Voluntário | 0,01 |
| Comércio | 0,35 |
| Urbanismo Local/Segurança | 0,09 |
| Transporte Público | 0,22 |
| Transporte Privado | 0,07 |
| SUS (Atenção primária) | 0,98 |
| SUS Atenção Secundária | 0,53 |
| Saúde (privado/suplementar) | 0,03 |
| Educação | 0,87 |
| Familiar Nuclear | 0,76 |
| Família Estendida | 0,83 |
| Densidade Total da Rede Social (dr) | 7,11 |
| Densidade Média da Rede (Dm) | 0,39 |

A análise de frequência e densidades médias são necessárias para verificar a força que as estruturas sociais possuem enquanto suporte e participação da população e colaborar para a construção de um ecomapa representativo dos participantes (figura 1).

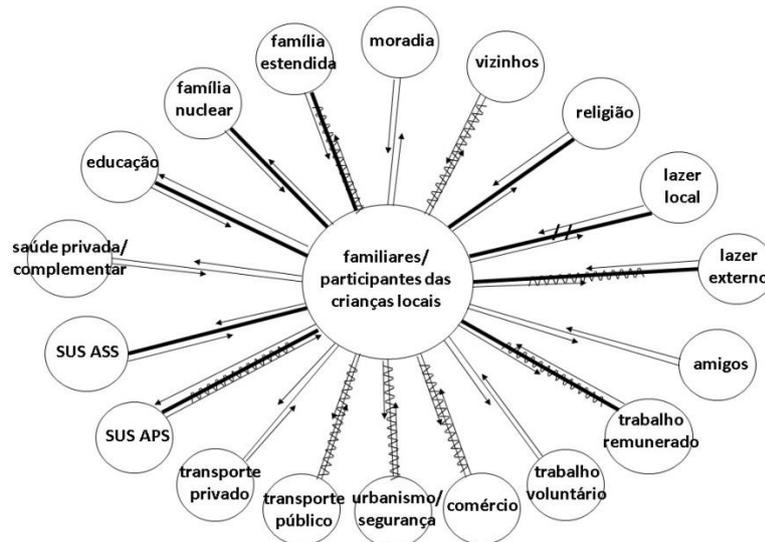


Figura 2. Ecomapa representativo dos participantes.

O ecomapa representativo, segundo Correia (2014) permite a reunião de estruturas sociais comuns entre os participantes do local, sendo este um diagrama coletivo da rede social de suporte. O ecomapa representativo permite a análise contextualizada e em escala mais ampliada das percepções de uma população, e não de um indivíduo somente, sobre a realidade local.

Após a construção do ecomapa representativo, utilizou-se o diagrama como um dispositivo, que segundo Correia e Akerman (2015), um dispositivo caracteriza-se por ser um elemento acionador, seja de percepções, debates, ações, etc. Assim, o ecomapa representativo serviu como um dispositivo para as rodas de conversa propostas pela equipe do PET-Saúde, a fim de gerar temas, que foram as próprias estruturas sociais, para conversas sobre a participação no território e a influências das estruturas sociais no desenvolvimento biopsicossocial das crianças.

Foram realizadas 6 rodas de conversa, sem prévia definição. A primeira roda de conversa foi proposta, e até o fim do projeto as rodas foram acontecendo conforme as demandas que o próprio encontro do coletivo fosse demandando.

A primeira roda de conversa contou com a presença de trabalhadores de saúde da UBS Jardim das Orquídeas e do CAPS i, de 6 familiares participantes da entrevista, outros membros da comunidade, além da equipe PET-Saúde, todos previamente convidados. Foi resgatado o processo de levantamento de dados nas visitas domiciliares e resgatado os objetivos do trabalho, e em seguida apresentado o ecomapa representativo.

Um docente tutor ficou responsável pela facilitação da roda de conversa e permitindo que os participantes trouxessem suas experiências de participação com aquelas estruturas.

Identificou-se que neste primeiro momento a relação entre comunidade e equipamentos de saúde, em especial a UBS, estava na ordem do clientelismo, prestação de serviços. Observou-se durante as falas que diversas demandas foram colocadas aos

trabalhadores de saúde, nas quais são muitas vezes impossibilitados de responderem por não fazerem parte do campo de questões e demandas da saúde. Por outro lado, os próprios trabalhadores, assumiam falas de uma ideia utópica de saúde como qualquer experiência de vida, o que no dia a dia se traduzia em frágeis ou inexistentes relações intersetoriais.

As políticas de saúde, em tentativas utópicas e ampliadas ao ponto de tomarem para si as questões da sociedade, que por complexas são, as reduzem em compreensões de saúde-doença, correndo o risco de “epidemiologizar” uma leitura mais sistêmica e complexa sobre os fenômenos da rede social de suporte e dos atores imersos nela.

Desta forma, das 18 estruturas sociais categorizadas no ecomapa representativo e utilizadas como temas para as rodas de conversa, os participantes compreenderam que a estrutura social Lazer se apresentava com conflitos e merecia maior engajamento dos moradores locais.

No bairro Orquídeas há “equipamentos de lazer”, como quadras poliesportivas, praças, pista para manobras de bicicleta, patins e skate, entretanto pouco utilizados pelos participantes. Estes espaços hoje são utilizados prioritariamente como pontos de encontro entre consumidores de drogas e álcool, havendo também uma associação direta entre violência e ponto de tráfico, o que distancia alguns moradores do uso social desta estrutura.

Há duas variáveis de restrição da participação neste contexto, uma relacionada ao baixo investimento no lazer, o que implica o isolamento das atividades lúdicas e do brincar das crianças ao domicílio e escola, e outra relacionada ao trabalho, que pelo baixo índice econômico dos moradores da região e a necessidade de jornadas múltiplas de trabalho impediam maior mobilidade pela rede social de suporte local e tempo para envolvimento nesta atividade em família.

Nas cinco seguintes rodas de conversa, que aconteceram com espaçamentos de 3 meses cada uma, foram propostas: roda 2 – atividades de sensibilização sobre o lazer em comunidade; roda 3 – o poder da realização em atividades colaborativas entre os moradores; roda 4 – construção de um projeto comunitário de lazer e roda 5 – organização entre os participantes para a realização do projeto evento.

O projeto consistiu em um evento sobre a importância do lazer na comunidade e o efeito no desenvolvimento integral da criança com foco no território. Foi organizado um dia na UBS com atividades lúdicas: com recursos gráficos, corporais e brincadeiras que envolvessem as crianças, seus familiares e os trabalhadores de saúde.

Para a realização das atividades foram mapeados moradores da comunidade que desenvolvessem atividades artísticas, assim como alguns ACS's. Organizou-se um cronograma de atividades e todos os envolvidos no projeto ficaram responsáveis por tarefas. O evento aconteceu em um dia estratégico da UBS, durante uma campanha de vacinação, o que aproximou mais de 200 crianças e seus familiares.

A criança, ao longo de seu desenvolvimento sofre influência desde a estrutura do núcleo familiar às demais estruturas da rede social de suporte, na qual está inserida. As alterações e vulnerabilidades destas estruturas podem gerar significativos prejuízos ao

desenvolvimento biopsicossocial da criança no seu momento presente até a sua fase adulta.

Para Cavalcante et al (2012), as abordagens em redes sociais de suporte, em tocante as ações de saúde, devem funcionar como acionadoras de estratégias compartilhadas com outros setores, permitindo que os usuários em questão tomem consciência dos apoios sociais de seu ambiente e sobre o modo como eles conseguem agenciar os apoios. As equipes de saúde, no caso, devem ser portas abertas para estas questões e facilitadoras, e muitas vezes mediadoras do processo.

Assim, compreende-se que o território e o trabalho colaborativo da comunidade toma como princípio o território como um dispositivo potente para ações de cuidado em saúde e potencializa o trabalho intersetorial. Já para a equipe PET-Saúde reforçou-se a compreensão da necessidade de abertura e crítica sobre demandas sociais e culturais envolvidos na prática de cuidado no território para se lançar nas questões da infância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PET-Saúde ressalta a importância de ações interdisciplinares e os dispositivos utilizados possibilitaram a tomada de percepção sobre as redes sociais de suporte e a discussão e planejamento coletivo para mudanças significativas no desenvolvimento de crianças com foco no território.

O projeto não acompanhou mudanças estruturais efetivas no lazer, nem a relação intersetorial, muito pela desmobilização das equipes de saúde pela burocracia e demandas exigidas na atenção básica. Porém teve importância ímpar na sensibilização dos participantes sobre a temática, assim como na elaboração de estratégias simples para o engajamento dos mesmos em ações coletivas que dizem respeito ao modo como estes atores percebem o território vivido e compartilhado, e juntos possam se organizar para modificar seus aspectos negativos.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcante LP, Falcão RST, Lima HP, Marinho AM, Macedo JQ, Braga VAB. Rede de Apoio Social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. *REVRENE: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2012; 13(2):321-31.
2. Correia RL. O uso do ecomapa para análise de redes sociais de suporte egocentrada: estratégia para o desenvolvimento local participativo [Dissertação de Mestrado]. Santo André (SP): Faculdade de Medicina do ABC; 2014.
3. Correia RL, Akerman M. Desenvolvimento Local Participativo, Rede Social de Suporte e Ocupação Humana: relato de experiência em projeto de extensão. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2014 Jan/abr; 26(1):159-65.
4. Hartman A. Diagrammatic assessment of family relationships. *Michigan: Social Casework Journal, EUA*, 1978. p. 465–476.

5. Lemieux V, Ouimet M. Análise estrutural das redes sociais. Lisboa: Instituto Piaget/Epistemologia e Sociedade, 2004.

6. Malfitano APS. Atrás da porta que se abre: demandas sociais e o programa saúde da família. Holambra: Setembro, SP, 2007.

A CARÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS SENSORIAIS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: UM OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL

LUANA RAMALHO JACOB, BEATRIZ CAMPELO PEIXOTO, FERNANDA DO NASCIMENTO MAIA, LARISSA RANGEL FERNANDES, ROSA MARIA DE ARAUJO MITRE

Instituto Fernandes Figueira - IFF/FIOCRUZ

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano na infância é marcado por intensas atividades sensório-motoras. Estas atividades são imprescindíveis para a exploração do ambiente e de si próprio, e a partir da experimentação essas atividades se tornam conscientes e intencionais (OLIVEIRA, *et al*, 2009).

“Durante a primeira infância a criança faz uso das informações sensoriais para conhecer a si, ao mundo e aos outros, durante a segunda infância o desenvolvimento motor ocorre com grande velocidade, requerendo sempre o uso das informações sensoriais e estimulando ao mesmo tempo uma exploração mais eficiente delas. Caso algum aspecto relacionado ao processamento sensorial ocorra de forma inadequada, a criança pode deparar-se com situações estressantes durante atividades que deveriam ser cotidianas, corriqueiras ou automáticas.” (ROCHA, DOUNIS, 2013) O ambiente estimulador é importante para facilitar o desenvolvimento das crianças. A falta de ambientes favoráveis à estimulações sensoriais, afetivas e sociais reduzem a capacidade de desenvolvimento cognitivo, afetivo e relacional das crianças, ainda que, tal capacidade já esteja geneticamente programada. (CABRAL, 1989; COELHO *et al*, 2008)

Os três primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento da criança. “As experiências vividas nesse período são decisivas tanto para o desenvolvimento cerebral, quanto para as capacidades que ela apresentará em etapas evolutivas posteriores.” (LINHARES, 2003)

A carência de estimulação é um importante fator de risco ao desenvolvimento, podendo ocasionar atrasos irreversíveis (ROSSIT *et al*, 2013). Quando há desequilíbrio na interpretação dos estímulos sensoriais, é comum as crianças manifestarem comportamentos como: agressividade, irritabilidade, lentidão para compreender as explicações ou realizar as ações solicitadas, distraibilidade, comportamento explosivo quando solicitada a ficar quieta e dificuldades para manter-se quieta ou sentada. (ROCHA, DOUNIS, 2013).

A terapeuta ocupacional A. J. Ayres foi quem, em 1972, estudou a respeito do processamento sensorial, baseando-se em teorias sobre a organização do sistema nervoso central (SNC). Realizou diversos estudos para descobrir como as crianças organizavam as informações sensoriais e como o processamento sensorial evoluía durante a vida. Ela descreveu a nutrição/dieta sensorial como um contato diário com

estímulos que favoreçam a organização do indivíduo visando melhor desempenho na realização de suas atividades. O processamento sensorial contribui para as aprendizagens motoras e cognitivas, estimula e facilita as aprendizagens acadêmicas. (ROCHA e DOUNIS, 2013).

A hospitalização na infância rompe com o cotidiano e com a rotina da criança. Na maior parte do tempo a criança fica restrita ao leito, realiza procedimentos invasivos e dolorosos, cercada de pessoas estranhas e que, para ela, trazem mais dor e sofrimento. “Imagens, cheiros e sons estranhos no hospital, comuns para os profissionais de saúde, podem ser ameaçadores e confusos para as crianças.” (OLIVEIRA *et al.*, 2005) “O ambiente hospitalar é, geralmente, desconhecido para a criança, tanto em seu aspecto físico quanto em sua rotina. Ele possui normas e regras específicas, e a criança e sua família precisam se adaptar a estas condições, como o horário e cardápio para as refeições; uma cama na qual não está acostumada a dormir; roupas diferentes das quais utiliza em casa; banheiro comunitário e falta de privacidade, tanto em relação à proximidade dos leitos quanto a procedimentos médicos invasivos e dolorosos.” (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Desta forma o hospital tende a ser um ambiente desfavorável ao desenvolvimento global das crianças.

Objetivos

- Descrever o impacto da restrição de experiências sensoriais para a criança no ambiente hospitalar.
- Relatar o uso de experiências sensoriais nos atendimentos de Terapia Ocupacional em um ambiente hospitalar.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência realizado dentro de um hospital pediátrico terciário de referência a partir da prática das residentes de Terapia Ocupacional.

Resultados e Discussão

Durante a internação hospitalar as crianças tendem a ficar restritas à seus leitos; sejam pelas limitações de seus quadros clínicos, pela necessidade de estarem sendo monitoradas por equipamentos, pela falta de acompanhantes ou pelas precauções de contato. Dessa forma, suas atividades ficam restritas à esse espaço. Os estímulos sensoriais que recebem estão relacionados ao ambiente hospitalar, tais como; barulhos de aparelhos, temperatura do ar-condicionado, odores de álcool e medicamentos, injeções e luzes frias. Os diversos estímulos agressivos encontrados na enfermaria pediátrica podem ser muito desorganizadores para as crianças. Muitas reagem com choro, irritabilidade, posturas de defesa ou de apatia.

Muitos dos estímulos agradáveis que recebem vêm de seus acompanhantes ou de profissionais, que levam esses estímulos até o leito. Porém, muitas das crianças internadas não possuem acompanhantes de modo contínuo.

Os estímulos sensoriais utilizados nos atendimentos de Terapia Ocupacional no ambiente hospitalar consideram as limitações do ambiente, as precauções de contato e as regras de segurança estabelecidas. Dessa forma, as atividades devem ser sistematizadas, previamente elaboradas e acordadas com a equipe de saúde e o Núcleo de vigilância hospitalar.

Em seus atendimentos as terapeutas utilizam estímulos auditivos através da conversa, uso de instrumentos musicais e da própria música (em CD ou cantadas por elas); estímulos labirínticos através do colo, do balançar, pular e rolar; estímulos olfativos através do uso de recursos como espuma de barbear ou dos próprios alimentos (os estímulos olfativos devem ser apresentados de modo muito cuidadoso, devido aos odores já existentes no meio e as inúmeras alterações pulmonares e alérgicas apresentadas pelas crianças); estímulos visuais com figuras em alto contraste, objetos com cores primárias e focos luminosos indiretos; e estímulos táteis (normalmente muito escassos nas enfermarias) através de atividades com diversos materiais como espuma de barbear, geleca, massinha, tinta, bolas gelatinosas e tecidos diversos. Como exemplo de um processo de intervenção temos o caso de Isadora⁴. Ela era uma criança de 4 anos com diagnóstico de doença pulmonar crônica, dependente de suporte ventilatório. Está internada no hospital há mais de um ano, sendo esta a sua segunda longa internação. Isadora demonstrava defensibilidade tátil a certos estímulos sensoriais, pouca interação com os profissionais da equipe e realizava as atividades de vida diária de forma totalmente passiva. Em muitos momentos demonstrava uma desorganização, a partir de agitação psicomotora e uma auto estimulação, se balançando.

Durante os atendimentos realizados pela Terapia Ocupacional esses estímulos foram sendo ofertados de forma lúdica durante as atividades. Foram realizadas brincadeiras de lavar carro e dar banho na boneca com espuma de barbear e água, fazer bolinha ou cobrinha de massa de modelar, brincadeiras de guardar a geleca no pote, pintura com tinta no algodão, brincadeiras com estímulos vestibulares. A atividade de esconde-esconde na espuma foi realizada fora do leito da criança. Foi entregue a vasilha com o fundo coberto de creme de barbear e com objetos de diferentes tamanhos, pesos, texturas e cores misturados ao creme de barbear. A criança teve que colocar a mão dentro da vasilha para resgatar seus objetos favoritos. A atividade terminou quando a criança conseguiu resgatar todos os objetos ou quando a criança não quis mais brincar. Essa atividade oportunizou a experimentação de um material que não encontramos em um hospital, o creme de barbear. Como a criança apresentava bastante resistência a texturas que não eram do seu dia-a-dia, no hospital, foi pensado uma forma lúdica que envolvesse diversão e estimulação sensorial (tátil, olfativa, visual, vestibular), dessa forma, quando a criança levava a mão à vasilha para pegar seus objetos a residente exclamava: “eca que nojo!” e isso foi o suficiente para terminamos com espuma até no cabelo.

⁴ Os nomes utilizados são fictícios escolhidos pelas autoras

Conseguimos observar melhora significativa na receptividade de estímulos em geral. Além disso notamos melhoras importantes na interação social e na organização do pensamento para realizar atividades mais complexas, que envolvessem conceitos. As intervenções da Terapia Ocupacional com estímulos sensoriais possibilitaram às crianças a vivência de experiências sensoriais e lúdicas. A partir da utilização sistemática de estímulos sensoriais agradáveis associados à atividades lúdicas, observou-se uma mudança nas respostas adaptativas das crianças, tais como: maior aceitação do toque e da mobilização; melhora do tônus muscular; melhora da auto regulação emocional; aumento na independência em atividades de vida diária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A carência de estímulos usuais adequados pode provocar atrasos na motricidade grossa e fina, déficit de equilíbrio, dificuldade em realizar tarefas bem como respostas sensoriais inadequadas ao meio. Muitas vezes, quando as crianças entram em contato com essas sensações é comum apresentarem choro, irritabilidade e aversão.

A Terapia Ocupacional no ambiente hospitalar tem como papel aproximar o cotidiano em geral vivido fora deste contexto, favorecendo a continuação do desenvolvimento global da criança hospitalizada.

A IMPORTÂNCIA DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

DANIELA PREDEBON NOGARA, ANA LUIZA FERRER, BRUNA DE MORAES GALLINO, CAMILA DE OLIVEIRA BECKER, GABRIELA NUNES SIQUEIRA

Universidade Federal de Santa Maria

INTRODUÇÃO:

Na área da saúde, os cuidados paliativos, estão entre as temáticas mais discutidas e em desenvolvimento no país e isso não poderia ser diferente dentro da profissão de Terapia Ocupacional (LOURENÇO, 2014). O terapeuta ocupacional atua na equipe multidisciplinar e é o profissional que se preocupa com o fazer na vida dos sujeitos, ele é habilitado para conhecer e compreender o espaço em que cada sujeito coloca o fazer na construção do seu cotidiano e oferece a ampliação de possibilidades e a oferta de espaços saudáveis em contextos onde a vida está ameaçada, ele é capaz de pensar em saúde quando se está morrendo de alguma doença (NEVES, 2014). Pensando na grande importância deste profissional ao compor uma equipe multidisciplinar e em todo o trabalho que este pode desenvolver com pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores/familiares, este trabalho surge para desenvolver uma pesquisa dos locais de cuidados paliativos com terapeutas ocupacionais no serviço no Estado do Rio Grande do Sul.

OBJETIVO

Discutir a importância do trabalho de terapeutas ocupacionais nos serviços de cuidados paliativos do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa via internet e via telefone. Primeiro levantou-se, via internet, dados sobre os locais que possuem o serviço de cuidados paliativos no Estado do Rio Grande do Sul, posteriormente realizou-se um contato via telefone com o objetivo de saber se havia profissionais de terapia ocupacional atuando nesses locais. Participaram da pesquisa quatro acadêmicas e uma professora orientadora do curso de terapia ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde definiu em 1990 e revisou em 2002 o conceito de cuidados paliativos: são cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, é uma abordagem de cuidado diferente que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, por meio da adequada

avaliação e tratamento para alívio da dor e sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual (ARAÚJO E SILVA, 2007).

É errôneo pensarmos que não existe mais nada a fazer pelo paciente que se encontra sem chances de cura. Queiroz (2012) diz que, a abordagem do terapeuta ocupacional deve considerar a situação vigente em que o paciente se encontra (clínica e psicossocial), seu prognóstico e as futuras possibilidades, respeitando necessidades e desejos dos envolvidos, com metas realistas na busca da resolução dos problemas e organização da rotina.

O trabalho do terapeuta ocupacional em cuidados paliativos deve abranger e integrar os sintomas debilitantes e estressantes que o paciente apresenta, e assim facilitar a adaptação do paciente e de seus familiares com as perdas que terá com a doença e o processo de terminalidade (QUEIROZ, 2012). Ainda, pode viabilizar que o paciente potencialize a sua independência nos cuidados pessoal, no trabalho e no lazer, mantendo o controle sobre si mesmo, sobre a situação e sobre o ambiente, auxiliando no estabelecimento e priorização de novas metas de vida, para que mantenha o status de “ser produtivo e ativo”, competente no desempenho funcional e na participação de tomada de decisões (PIZZI, 1984 apud, QUEIROZ, 2012).

O terapeuta ocupacional utiliza de abordagens para o desempenho ocupacional e funcional do paciente. As mais utilizadas são a orientação das AVDs; atividades físicas, massagem e exercícios para alívio e controle da queixa dolorosa; orientação para a realização e simplificação das tarefas cotidianas, a fim de garantir a proteção articular e conservação da energia; proposição de atividades físicas (de acordo com o grau de fadiga, dispnéia e movimentação presente) a fim de preservar a mobilidade e garantir certo grau de independência; treino dos cuidadores; indicação e confecção de adaptações que facilitem o desempenho ocupacional e o posicionamento; realização de atividades que resgatem a biografia do paciente e sua individualidade colaborando em seu processo de elaboração e aceitação da situação vívida (QUEIROZ, 2014). Este profissional ainda auxilia no enfrentamento do processo de adoecimento, morte e luto do ente querido dos cuidadores destes pacientes. O reconhecimento e cuidado dos diferentes fazeres permitem que o terapeuta ocupacional, na atenção tanto aos pacientes com doença oncológica ou não-oncológica e às pessoas ao seu entorno, utilize métodos e técnicas para auxiliar na construção de projetos de vida e de despedida, busca da criação, do prazer e da potencialização de capacidades para expansão de possibilidades, concretização de sonhos e desejos, oferecimento de confortos, significados e (re)significações dos fazeres e do estar/ser no mundo (NEVES, 2014). No período de internação, o sujeito tem seu cotidiano afetado, ficando impossibilitado do convívio social, familiar e do ambiente de trabalho. O sujeito percebe que seu corpo está com problemas, pode sentir que sua vida escapa de seu controle, dessa forma podem surgir os sentimentos de tristeza, medo, incapacidade e impotência. No ambiente hospitalar, encontra-se indivíduos que passam por vários tipos de sofrimento e dificuldades de adaptação devido ao adoecimento que ocasionou a internação (BIGATÃO; MASTROPIETRO; DE CARLO, 2009).

O adoecimento e a internação hospitalar propiciam dificuldades não somente a pessoa adoecida, mas também ao seu grupo familiar, pois esta modifica suas rotinas e os papéis sociais, pelo rompimento do cotidiano que está ligado as formas de sofrimento e dor. O sujeito passa a ter dificuldades no desempenho ocupacional, deste modo comprometendo a organização e a qualidade de suas atividades (BIGATÃO; MASTROPIETRO; DE CARLO, 2009). “Além disso, colocam evidência os limites da vida e das possibilidades terapêuticas, especialmente diante da eminência da morte” (BIGATÃO; MASTROPIETRO; DE CARLO, 2009, p. 2).

Na equipe multidisciplinar o terapeuta ocupacional acompanha o paciente e seu familiar/cuidador com o objetivo de atuar no alívio e na solução de dificuldades relacionadas aos aspectos da vida cotidiana. Objetiva promover bem-estar, qualidade de vida e dignidade no ambiente hospitalar, no domicílio, e nos espaços de inserção deste sujeito de forma a contemplar suas limitações correlacionando-as várias formas de dor e sofrimento que o adoecimento e a internação causam (BIGATÃO; MASTROPIETRO; DE CARLO, 2009).

RESULTADOS

Ao realizar a pesquisa, foram contatados cinco locais de cuidados paliativos do Estado, entre eles, apenas dois possuem terapeutas ocupacionais atuando no serviço. Assim, a pesquisa detectou que ainda é pequena a atuação desses profissionais nos serviços, compondo um trabalho multidisciplinar.

De acordo com dados estatísticos do INCA para o ano de 2014 sobre a estimativa de novos casos de neoplasias malignas no Estado do Rio Grande do Sul (Tabela 1 e Tabela 2) pode-se afirmar que o profissional de Terapia Ocupacional tem muito a contribuir com o tratamento destes novos casos, já que a intervenção terapêutica ocupacional ajuda o sujeito no entendimento de que a vida não perdeu o sentido, apesar de suas limitações cotidianas. Na atuação do terapeuta ocupacional busca-se ampliar a autonomia do sujeito possibilitando os fazeres, permitindo também o resgate de capacidades remanescentes. (OTHERO, 2012).

Tabela 1 – Estimativa das neoplasias malignas que mais acometem as mulheres

| Localização Primária da Neoplasia Maligna | Mulheres Casos |
|---|----------------|
| Mama feminina | 5.030 |
| Traqueia, Brônquio e Pulmão | 1.630 |
| Cólon e Reto | 1.570 |
| Glândula Tireoide | 1.020 |
| Colo de útero | 840 |
| Outras localizações | 3.640 |

Fonte: INCA

Tabela 2 – Estimativa das neoplasias malignas que mais acometem os homens

| Localização Primária da Neoplasia Maligna | Homens Casos |
|---|--------------|
| Próstata | 5.740 |
| Traqueia, Brônquio e Pulmão | 2.520 |
| Cólon e Reto | 1.390 |
| Esôfago | 1.030 |
| Cavidade oral | 840 |
| Outras localizações | 4.660 |

Fonte: INCA

O terapeuta ocupacional pode propor e desenvolver um plano de tratamento com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do cliente possibilitando e capacitando este a manter o domínio e o significado da sua vida. Além de promover a melhora do desempenho ocupacional com autonomia e independência funcional proporcionando conforto e bem-estar na internação, no pós-alta e em todos os ambientes em que este sujeito estiver inserido (BIGATÃO; MASTROPIETRO; DE CARLO, 2009). A intervenção é direcionada para atividades que sejam significativas para o sujeito e seu familiar (OTHERO, 2012).

CONCLUSÃO

É imprescindível para o paciente em cuidados paliativos ter atenção de uma equipe multidisciplinar. É o trabalho que o terapeuta ocupacional desenvolve nesse contexto pode trazer contribuições significativas, compondo com a equipe multidisciplinar, atuando não somente com o paciente, mas juntamente com seus familiares e cuidadores que precisam do nosso atendimento, apoio e ajuda neste processo. Com base na pesquisa realizada, percebemos a falta inerente de profissionais da Terapia Ocupacional na área, no estado do Rio Grande do Sul. Em todas as faixas etárias, em algum momento, precisaremos trabalhar com o processo de morrer. A morte é um processo inevitável, e faz parte do processo de desenvolvimento humano, estando presente em nosso cotidiano (COMBINATO E QUEIROZ, 2006).

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª edição, 2012.

ARAÚJO, M.M.T, SILVA M.J.P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo, **RevEscEnferm USP** 2007; 41(4):668-74
BIGATAO, M. R.; MASTROPRIETO, A.P.; DE CARLO, M.M.R.P. “Terapia Ocupacional em Oncologia: A Experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo”. In: OTHERO, M. B. (org.). **Terapia Ocupacional - Práticas em Oncologia**. São Paulo: Editora Roca, 2009.

COMBINATO, D.S, QUEIROZ, M.S. Morte: Uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia** 2006, 11(2), 209-216.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, Ministério da Saúde. “Estimativa 2014: Incidência de câncer no Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tabelaestados.asp?UF=RS>>. Acesso em: 26 set 2015.

LOURENÇO, M. L. P. C., I Congresso de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos – ATOHosP, **Medicina (Ribeirão Preto)** 2014; 47 (Supl. 4)

NEVES, F.R.C.B, QUEIROZ, M.E.G. I Congresso de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos – ATOHosP, **Medicina (Ribeirão Preto)** 2014; 47 (Supl. 4).

OTHERO, M. B. Papel do Terapeuta Ocupacional na equipe de Cuidados Paliativos. In:

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 237-238.

QUEIROZ, M.E.G. Atenção em cuidados paliativos, **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 203-205, 2012.

A INTEGRAÇÃO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADES LÚDICAS

*KARINE MORGANA BATISTA SANTOS, ELIANE SANTOS SILVA NASCIMENTO,
LILIAN KAUANY VIRGINIA DOS SANTOS, SANDRA AIACHE MENTA*

Universidade Federal de Sergipe

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde precede de um entendimento e abordagem integral a pessoa, na qual todos os aspectos, sejam comportamental, cultural, social e biológico devem estar incluídos. Assim, a Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (WHO, 1986). Premissa que faz com que o almejado ocorra no protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, capacitando o desenvolvimento de habilidades e consequentemente o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas.

Assim a formação do acadêmico de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe – UFS/Lagarto, na subunidade Práticas de Integração Ensino-serviço em Terapia Ocupacional, (PIESTO), a orientação para atuar na promoção de saúde faz parte integrante da metodologia de ensino, Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), objetivando formar profissionais com competência, postura ética, visão humanista, prioritariamente para o Sistema Único de Saúde (SUS). A promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Nesta visão, foram estratégias da Promoção da Saúde as atividades lúdicas como meio de avaliação e intervenção do desenvolvimento infantil. O desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais estímulos a novas motivações e interesses.com atitudes e comportamentos participativos.

OBJETIVOS

Descrever a prática da promoção de saúde para crianças de uma creche, na qual atividades lúdicas foram desenvolvidas como meio de avaliação e intervenção do desenvolvimento infantil. É possível ressaltar a validade da iniciativa dessas ações dos discentes de terapia ocupacional na escola em trabalhar com a promoção da saúde nesse espaço, como a própria literatura enfatiza que a escola é um ambiente propício para a aplicação de programas de promoção de saúde, pois a mesma está inserida em todas as dimensões do cotidiano da criança (FERNANDES, ROCHA, SOUZA, 2005).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi composta de observação de crianças de 0 a 5 anos em uma creche, residência e dinâmica familiar, durante seis semanas, com a intenção de identificar possíveis desvios de desenvolvimento infantil destas crianças e assim, seguindo com o planejamento de intervenções utilizando de recursos lúdicos livres e dirigidos como: massa de modelar, peça teatral com histórias lúdicas, circuitos adaptados com o intuito de prevenir riscos e agravos existentes para esse grupo. Mas existe um aspecto importante a ser considerado como um ponto de reflexão, em que a ideia de observar essas crianças em seus vários contextos baseou-se no entendimento de que o cotidiano do homem é produzido por esse ser singular e genérico, aí não se esgotam as formas de sua produção, onde o brincar na construção corporativa da atividade lúdica infantil tem ponto principal do desenvolvimento infantil (STEINBERG; KINCHLOE, 2001).

RESULTADOS

A experiência foi avaliada e apresentada em Seminário Integrativo de todas as subunidades que compõem o curso de Terapia Ocupacional, resultando em significativa experiência para os discentes uma vez que, com os conteúdos apreendidos e a prática na vivência da aplicação de técnicas de baixo custo e acessível para o público alvo, possibilitou a promoção de saúde destas crianças.

As atividades lúdicas, por sua vez, são capazes de envolver, de forma descontraída e prazerosa, a fonte e o receptor, elementos chave do processo de comunicação (FERLAND, 2006). Aquelas desenvolvidas nesta experiência utilizaram instrumentos didático-pedagógicos que pudessem facilitar a compreensão da mensagem, bem como a aproximação afetiva das crianças, condição fundamental num ambiente propício para um bom desenvolvimento. A teatralização, por exemplo, como prática informal de se repassarem mensagens, cria liberdade de expressão, à medida que os atores expressam sentimentos, atitudes e crenças, na representação de personagens, sendo um dos meios mais eficazes para motivar as crianças. Diversas atividades com forte apelo lúdico como teatro, álbuns seriados, jogos e pintura foram utilizadas para trabalhar o desenvolvimento das crianças (BROUGÉRE, 2002).

DISCUSSÃO

A finalidade desse relato foi apresentar como na formação do terapeuta ocupacional, a partir do ABP, permite ao discente desenvolver e aprimorar habilidades apreendidas e passíveis de aplicabilidade mesmo em ambientes com restrições, utilizando de recursos lúdicos e assim compreender o brincar em suas potencialidades no desenvolvimento global da criança. Assim, a promoção da saúde de crianças, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde mundo afora. Durante os anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e

iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência (STEWART-BROWN, 2006), o que inclui os diversos serviços de saúde, que em nossa realidade que não difere da realidade nacional, as condições de execução ainda estão muito longe do preconizado pela OMS, mas que com a contribuição de discentes de Terapia Ocupacional, o universo das crianças que foram beneficiadas corrobora a necessidade da inserção desse profissional nas escolas. Dentro dos aspectos avaliados e passíveis de serem precocemente detectados para um encaminhamento as ações de acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento; alertar precocemente de questões relacionadas a acuidade visual; ao comportamento que apontem para área da saúde mental dessas crianças entre tantos outros possíveis, efetivando a promoção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura enfatiza que a escola é um ambiente propício para a aplicação de programas de promoção da saúde, pois a mesma está inserida em todas as dimensões do aprendizado (FERNANDES, ROCHA, SOUZA, 2005).

A utilização de atividades acessíveis e o reconhecimento dos benefícios da mesmas para o desenvolvimento infantil, viabiliza a percepção do alcance da promoção de saúde, que tem sido o grande desafio para a mudança do modelo de assistência do SUS no Brasil assim, atingindo o que preconiza a metodologia de ensino ABP, priorizando a formação de profissionais voltados para a realidade local e com capacidade de resolver problemas de forma crítica e reflexiva.

A importância da atuação e integração dos discentes de terapia Ocupacional no cotidiano das crianças no ambiente doméstico, na escola, como equipamento social, proporcionou uma interação e articulação estratégico no planejamento de ações de promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

BARBA, P.; MARTINEZ, C.; CARRASCO, B. Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento. 2003.

BROUGÉRE, G. A criança e a cultura lúdica. In: T Kishimoto (org.). O brincar e suas teorias. Pioneira Thomson Learning, São Paulo.2002. pp. 19-32

FERLAND, F. O modelo lúdico, o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional,4º ed. São Paulo: Roca, 2006.cap. 5 pag.79 – 106.

FERNANDES, M.H.; ROCHA, V.M.; SOUZA, D.B. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). 2005.

PEDROSA, J. I. S. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: OPAS: Hucitec, 2006. p. 77-95.

NOVAES, M; NOVAES, L; GUILHEM, L; SILVEIRA, C; GUITTI, M. Inserção dos temas de humanidades e ética em currículo médico integrado em escola pública no Distrito Federal, Brasil, Acta Bioethica, 2009, 15(2), 202-211.

PELICIONI, C. A escola promotora de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. p.12. (Séries Monográficas).

STEWART-BROWN, S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?: WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.

STEINBERG, S. R. & KINCHELOE, J. L. Introdução. In: STEINBERG, S. R. & KINCHELOE, J. L. (orgs.). Cultura infantil: a construção corporativa da infância. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.

A SEXUALIDADE COMO CONSTRUÇÃO DO SUJEITO

MARCIO LUIZ DA SILVA SANTOS, ADRIANA GOMES LIMA, ANA CLÁUDIA SANTOS, SANDRA AIACHE MENTA

Universidade Federal de Sergipe

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma parte integrante da vida de cada indivíduo que contribui para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico. *A sexualidade como refere à OMS* é “uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados; É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso influencia também a nossa saúde física e mental.”

Para Morais, *et al* (2010), a vivência da sexualidade é uma experiência humana onde estão envolvidos fenômenos de emoção, prazer, comunicação, afetividade e outros. Cabe, no entanto, acrescentar que sexo e sexualidade em termos de definição mostram diferenças. A palavra sexo, refere-se às características biológicas que definem humanos como mulheres e homens. A sexualidade, no entanto, como aspecto central do ser humano que circunda sexo, prazer, intimidade, integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados.

Nessa direção, faz-se necessário a Educação para a Sexualidade, sendo uma importante ferramenta para subsidiar discussões sobre as práticas e comportamentos dos indivíduos em relação aos riscos que envolvem a sua sexualidade, além de promover a prevenção de problemas futuros e proporcionar um conhecimento sobre o próprio corpo (FIGUEIRÓ, 2009).

Assim, entende-se que a sexualidade é expressa e vivida em pensamentos, relacionamentos, atitudes, crenças, porém sofre influência da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, históricos e outros. Embora exista essa diferença conceitual observa-se que falar de sexualidade pode levar a um entendimento das relações entre os sexos. Com base nisso, faz-se necessário debater sobre o tema de maneira sistemática e ordenadas, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento da temática proposto com a população em geral.

OBJETIVO

Promover debate sobre a sexualidade como um elemento constitutivo do indivíduo, buscando proporcionar o conhecimento sobre o próprio corpo, para o exercício saudável de tudo que se relaciona ao corpo em uma cisão entre o desejo e o prazer.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, desenvolvida no XII FREPOP (Fórum de Educação Popular) Nacional e IX Internacional, vivenciada em uma oficina de trabalho, conduzida por acadêmicas do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, Lagarto/SE, destinada a 20 participantes do FREPOP.

As atividades foram desenvolvidas em julho de 2014, construída com base no eixo temático: “A Construção social de corpo, gênero e sexualidade”. Inicialmente, utilizou-se de atividades interativas e psicoeducativas para construção de um mural coletivo com a temática da oficina: sexualidade. Tomando por base alguns vocábulos: *afeto, toque, desejo, abraço, beijo, corpo, prazer, olhar, cheiro e amor*, buscou-se oportunizar reflexões e discussões a partir de vivências específicas. Cada participante recebeu tarjetas, para responderem o que entendiam sobre tais expressões. Assim, construiu-se o mural sob diversos olhares. Após esse momento de troca de saberes entre pares, realizou-se uma dinâmica de grupo denominada “*dançando com olhos vendados*”. Esta envolveu dez casais que se envolvia através da dança e da troca de copos, com os olhos vendados, simbolizando assim, o jogo da conquista de parceiros às cegas. Esta dinâmica conduziu o grupo às reflexões finais.

RESULTADO

Na realização da atividade, os participantes mostraram grande interesse, sendo muito participativos durante o decorrer da oficina. Ao final, durante o feedback, foram relatados muitos comentários positivos em relação a metodologia utilizada, a qual favoreceu o envolvimento dos participantes no debate, despertando reflexões sobre a sexualidade, a partir de suas próprias vidas.

Apesar da oficina ter sido proposta para vinte pessoas, as acadêmicas, coordenadoras da atividade, foram surpreendidas pelo grande grupo que se formou para a participação na oficina, demandando troca de espaço, que acomodasse o novo público: cerca de 90 pessoas de diferentes faixas etárias.

As pessoas foram agrupadas em círculo, resultando numa conversação grupal sobre o assunto proposto. Dessa forma, o grupo configurou-se num espaço de escuta, pois as pessoas se colocaram na posição de entender as perspectivas apresentadas pelas outras pessoas, mesmo quando divergiam, visto que entenderam ser aquele um espaço aberto e horizontal, onde o respeito às diferenças de idéias deve ser preservado.

A diversidade de saberes e as formas individuais de entender a sexualidade transformou a oficina em um momento de desenvolvimento de habilidades interativas, com troca de diálogos, percepções e reflexões, resultando assim num espaço de

(des)construção e ampliação dos conhecimentos trazidos por cada um sobre a sexualidade.

DISCUSSÃO

A sexualidade é elemento constitutivo do indivíduo, já que é um atributo inerente ao ser humano, que se manifesta independentemente de qualquer ensinamento; ela representa a forma como o indivíduo se comporta, pensa ou age. Faz parte da construção e expressão da personalidade do indivíduo. Resulta da integração dos componentes biológico, psicológico, social e cultural (SOUSA; CAMURÇA, 2009). Esse tema é ainda um tabu na sociedade, dado à dificuldade de entender a sexualidade para além de um ato.

A noção de igual ou diferente em relação ao outro começa com a definição da sexualidade. Nesse cenário, Souza et al (2007) colocam que o comportamento dos jovens sob o ponto de vista da sexualidade, quando vivenciam o prazer de maneiras irresponsáveis, tornam-se situações que podem interferir na condição de saúde, visto que, podem comprometer seu estado físico, psicológico e social. Além disso, atitudes de irresponsabilidade podem fazer com que os jovens sintam a necessidade de experimentar comportamentos que os deixam mais vulneráveis a riscos para a sua saúde.

Uma problemática ainda presente é a dificuldade em discutir questões que envolvem a sexualidade. Há uma lacuna de informações pela falta da educação sexual nas principais instituições. Existe um grande tabu envolvendo o tema da sexualidade, e muitos pais preferem não conversar com os filhos sobre isso. Assim, é necessário criar um espaço para sanar as dúvidas, já que muitas vezes os adolescentes têm vergonha de perguntar (NASCIMENTO, 2015).

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu uma sucinta discussão, mas de elevada importância, sobre uma temática ainda pouco discutida pela Terapia Ocupacional. Se a sexualidade é entendida como um elemento constitutivo do sujeito, um atributo da vida humana, que se manifesta independente de qualquer ensinamento, ela representa a forma como o indivíduo se comporta, pensa ou pratica suas ações em seu cotidiano.

Como visto, a sexualidade faz parte da construção do sujeito e expressão da personalidade, sendo resultado de uma interação dos componentes biológicos, psicológicos, social, e cultural. Em meio a essa cisão, surge a relação entre o desejo e o prazer, em que os corpos e os pensamentos podem levar a representação da sexualidade.

A educação em saúde consiste em uma troca de conhecimentos caracterizada por momentos teórico-práticos que elucidem temas de relevância, como o da sexualidade. Este método configura-se como uma importante ferramenta para subsidiar discussões sobre as práticas e comportamentos em relação aos riscos que envolvem a sexualidade, além de promover a prevenção de problemas futuros e proporcionar o conhecimento

sobre o próprio corpo. Assim, é imprescindível a criação de espaços discursivos para desenvolver habilidades necessárias para o exercício saudável de tudo que se relaciona ao corpo e a sexualidade.

REFERÊNCIAS

FIGUEIRÓ, M. N. D. (org.) Educação sexual: múltiplos temas, compromisso comum. **Londrina: UEL**, 2009.

MORAIS, F. R. C.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. A Construção do Conceito da Sexualidade no Contexto da Enfermagem. **R. Pesq.**, jul/set, 2010.

NASCIMENTO, C. E. M. Abordando a sexualidade com adolescentes em uma escola pública: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol. 6 (Supl. 1). Março, 2015 p. 834-44.

SOUSA, V. M.; CAMURÇA, A. M. Discutindo saúde sexual com adolescentes de uma escola estadual de Fortaleza – CE. Disponível em: < <http://WWW.ses.uneb.br/.../discutindo%20saude%20sexual%20com%20adolescent> >; acessado em: 16. 07. 2015.

SOUZA, M. M.; *et al.* Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, jan-fev. 2007.

A VISÃO DA CRIANÇA SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO

LUANA RAMALHO JACOB, FERNANDA DO NASCIMENTO MAIA, ROSA MARIA DE ARAUJO MITRE

Instituto Fernandes Figueira - IFF/FIOCRUZ

INTRODUÇÃO:

A experiência de estar internado é vista como potencialmente traumática e a hospitalização para a criança, é um processo de muitas perdas caracterizadas pelo afastamento da sua rotina, da escola, da família e dos amigos. (SANTA ROZA, 1997).

Segundo Silva (2010), diante da hospitalização a criança se encontra física e emocionalmente debilitada, vivenciando um momento de separação do lar e de mudança em sua rotina, inserida agora num ambiente que lhe é estranho e no qual é submetido a procedimentos que muitas vezes lhe causam dor e sofrimento. Estas mudanças decorrentes de sua nova condição são geradoras de muitos sentimentos negativos e de estresse.

O fato de estar hospitalizada, assim como os procedimentos médicos adotados e a própria doença em si, promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, podendo surgir na percepção da criança como uma punição, um castigo, estando relacionado à culpa e ao medo da morte. (SANTA ROZA, 1997; MITRE e GOMES, 2003).

É importante que a criança disponha de instrumentos de seu domínio, instrumentos do universo lúdico, para que consiga elaborar essa experiência. Tais recursos permitem que a criança construa algo positivo e que ao se expressar, continue a se desenvolver no momento da hospitalização. (MITRE, 2011)

A atividade lúdica é um veículo fundamental de comunicação e de ajuda a crianças hospitalizadas, na possibilidade de reinvenção do real, transformando-o numa experiência possível de viver. (ANGELI *et al*, 2012) Além disso, a criança utiliza o lúdico como forma de demonstrar a sua história pessoal, falar sobre sua vida, seus medos e também suas preferências.

De acordo com Moreira e Macedo (2009) “A expressão lúdica é o mecanismo por excelência do processo de construção de si e de significação da criança como ser no mundo e como um sujeito digno de se expressar” (p. 647).

Dentre os recursos lúdicos, existe o faz de conta onde através do processo de contação e construção das histórias, a criança usa a sua imaginação, criando personagens e enredos para elaboração das experiências vividas: “A atividade criadora da imaginação se encontra em relação direta com a riqueza e a variedade da experiência acumulada pelo indivíduo, porque esta experiência é o material com o qual constrói seus edifícios de fantasia”. (VYGOTSKY apud CERISARA, 2002, p. 126).

A pesquisa tem uma abordagem qualitativa tendo como tipo de estudo a pesquisa-ação. A pesquisa é dita como pesquisa-ação quando acontecer uma real ação por parte das pessoas envolvidas no processo investigativo (pesquisador e pesquisado), visto a partir de um projeto de ação social ou da solução de problemas coletivos, estando centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva (ENGEL, 2000; BALDISSERA, 2001).

É portanto, uma maneira de realizar pesquisa nas situações em que o pesquisador também é uma pessoa da prática e que busca melhorar a compreensão desta prática. Este resumo é parte de um trabalho de conclusão de residência multiprofissional em saúde da criança e do adolescente cronicamente adoecido no contexto hospitalar, que se encontra na fase de análise dos dados.

OBJETIVOS:

Este trabalho procura entender a visão das crianças sobre a hospitalização, bem como apresentar a contação de histórias como uma possível ferramenta para o processo de enfrentamento da hospitalização.

METODOLOGIA:

A pesquisa foi realizada entre os meses de abril e julho de 2015, tendo como campo as enfermarias de um hospital terciário de atenção à saúde da criança e do adolescente. As narrações das crianças foram gravadas, com a devida autorização das crianças e de seus responsáveis e para completar a pesquisa, foi elaborado um diário de campo pela pesquisadora, com as impressões sobre cada abordagem.

Como estratégia de abordagem para suscitar o desejo da narrativa pelas crianças, foi criada uma história de autoria da pesquisadora que envolvia questões sobre o adoecimento e a hospitalização.

Todas as crianças e seus acompanhantes assinaram um termo de assentimento e de consentimento, respectivamente, aceito pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição sob registro 43559.4000.5269, e este foi lido junto e explicado a cada dúvida e questionamento sobre a pesquisa e abordagem. Os termos de consentimento e de assentimento, foram criados tal qual ao público que se destinava: O de assentimento, foi escrito de maneira mais acessível ao entendimento das crianças, com figuras, redução dos termos técnicos, utilizando palavras de fácil compreensão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram entrevistadas oito crianças com idades entre 4-11 anos. Sete destas crianças tinham doenças crônicas, sendo que cinco tinham a mesma doença. O tempo de internação no momento da entrevista variou entre 15-71 dias, tendo como média, 29 dias e todas já haviam tido internações anteriores.

Todas as crianças convidadas mostraram interesse e vontade em participar da pesquisa. Demonstraram curiosidade e surpresa com a proposta, além de animação em poder participar de algo que pudessem criar livremente e se surpreenderam em fazer uma pesquisa brincando. Outra coisa que chamou atenção foi o fato de solicitar seus consentimentos em forma de assinatura do termo de assentimento. Mesmo as crianças que não sabiam escrever seu nome, não satisfeitas em 'assinarem com o dedo', solicitaram ajuda para assinar. Para isto, pediam que pegasse em sua mão e escrevesse junto, ligando os pontinhos e desenhando seu nome ou soletrando letra por letra para juntas formar a assinatura.

Durante as entrevistas e após a leitura da história criada pela pesquisadora, cada criança esboçou reação diferente com o que foi trazido. Com isso, puderam ser incentivadas a criar suas próprias histórias, sendo que uma delas optou por dar continuidade à história contada. Elas puderam escolher seus personagens, os cenários, as ações e o enredo onde cada história se passava, para poder expressar o que pensavam e sentiam sobre a hospitalização. Para dar vida aos personagens, optaram por desenhar trechos da história ou elementos narrados. Algumas decidiram pintar outras deixaram em preto e branco.

Para iniciar as histórias, foi perguntado quem seria o personagem: Menina ou menino; qual seria a sua idade; onde estava e o que estava fazendo nesse lugar. A partir disso, cada criança criou a história à sua maneira, partindo de suas vivências, suas experiências, seus medos, suas alegrias e principalmente, sua criatividade. Em comum, tiveram a opinião de que não eram capazes de construir uma história assim que foi proposto, mas ao final da abordagem, se mostraram surpresos e orgulhosos com a história criada, reconhecendo um potencial autor/escritor em si. Algumas precisaram de auxílio na construção da história, o que foi feito com perguntas que procuravam estimular a criança a desenvolver seu pensamento a partir do que falava. Outras, já tinham em mente como construí-las.

Todas as oito histórias tiveram um final feliz, mesmo com personagens e enredos diferentes. Os personagens criados vivenciaram a experiência de estar doente (por muitas vezes, apresentando os mesmos sintomas das crianças) e de vivenciar o cotidiano hospitalar com sua rotina rígida (horário para banho, ter que tomar medicação, fazer exames, ser furado, fazer as terapias, ficar deitado). Também apareceram nos enredos o que achavam que era bom no hospital - os profissionais, poder se recuperar, brincar e ler histórias (no caso, aludindo a intervenções que utilizam atividades lúdicas e contação de histórias feitas pelo Programa Saúde e Brincar e o Núcleo de Apoio a Projeto Educacionais e Culturais - NAPEC). Da mesma maneira, as histórias continham o que de ruim existe em ficar internado - o afastamento da escola, da sua família, fazer cirurgia, não poder brincar, os remédios, alguns profissionais que consideram chatos ou dos quais têm medo.

Com a finalização da abordagem e o término da criação das histórias, todas as crianças solicitaram fazer alguma outra atividade. As solicitações envolveram: brincar de médico, de jogo da memória, continuar desenhando outras coisas, ler uma história de conto de fadas, fotografar o que tinha feito ou ouvir toda a gravação. Além disso, nos

dias seguintes ao da abordagem, chamavam querendo brincar mais um pouco, acrescentar mais elementos nas histórias, querendo contar outra história ou simplesmente conversar, dar um bom dia/boa tarde.

Com relação aos sentimentos positivos gerados pela proposta e na realização da mesma, Pfeifer *et al* 2014, teve o mesmo achado em seu trabalho, destacando que o estado emocional positivo (alegre), foi justificado principalmente pela possibilidade de brincar no hospital.

O que foi encontrado nas narrativas foi o modo como cada criança entende o significado e o sentido que vê em estar hospitalizada, como esta realidade é percebida pela criança e é influenciada pelos seus contextos como diz Vasques *et al*, 2011:

“O modo como a criança se comunica e expressa seus sentimentos é potencialmente influenciado pelos contextos físico, social, econômico e político. Se pararmos para ouvi-las, podemos perceber a dimensão que a doença tem em sua vida, do modo como é vivida de forma singular por uma a uma de cada criança.” (p.123).

Quando ocorre o brincar livre, a criança é estimulada à imaginação, por meio de um mundo de faz de conta consciente, no entanto capaz de simular as relações presentes no cotidiano dela, que vivencia simbolicamente diferentes papéis, exercitando sua capacidade de abstração, de significação de ser no mundo. (VASQUES *et al*, 2011; PFEIFER *et al*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O entendimento de que crianças continuam se desenvolvendo durante o período da hospitalização aliado à integralidade no cuidado e a humanização da assistência hospitalar, ajuda a suprir as necessidades da criança neste ambiente, que vão além dos cuidados médicos. Durante a internação, o hospital é o local no qual, a criança construirá a noção de si e também dará significado a sua experiência com a doença e a hospitalização.

As histórias funcionaram como uma ferramenta auxiliar no processo de enfrentamento da hospitalização, colaborando para diminuir o medo e a tristeza, o foco na doença; proporcionando livre expressão através da entrada no mundo da fantasia. Certamente, é fundamental a realização de estudos que contemplem as diversas possibilidades de expressão da criança hospitalizada. Do mesmo modo, os terapeutas ocupacionais que trabalham com esta clientela, devem estar atentos à possibilidade da utilização de estratégias que envolvam o faz de conta e a livre expressão com estas crianças.

AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL APÓS MASTECTOMIA - UM OLHAR SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

NATÁLIA CINTRA FARIA, MARYSIA MARA RODRIGUES DO PRADO DE CARLO, LETICIA MEDA VENDRUSCULO FANGEL

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres. Suas taxas de incidência variam entre as diferentes regiões do mundo, com as maiores taxas em 2012 na Europa Ocidental (96/ 100 mil) e as menores taxas na África Central e na Ásia Oriental (27/ 100 mil) e é o que mais causa mortes entre as mulheres no mundo ocidental (INCA, 2014).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15mil). Sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma, estimam-se 395 mil casos novos de câncer, 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino. Em homens, os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide (INCA,2014).

Ocorre tanto em homens quanto em mulheres, sendo, porém, mais raro no sexo masculino. A maior incidência se dá em mulheres com idade entre 45 e 55 anos, embora o número de casos em mulheres com idade entre 30 e 40 anos venha aumentando. O tumor pode se propagar para os linfonodos regionais, principalmente para a cadeia axilar. Tais linfonodos podem ser facilmente palpáveis em casos avançados de câncer de mama. A disseminação linfática pode incluir linfonodos interpeitorais, supraclaviculares, mamários internos e axilares do lado oposto (metástase à distância) (INCA, 2014).

O prognóstico é bom quando diagnosticado precocemente e tratado oportunamente, mas taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados, devido às limitações dos serviços de saúde. (Inca, 2014)

São várias as modalidades de tratamento do câncer, que incluem a mastectomia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia. Geralmente, o tratamento requer a

combinação de mais de um método terapêutico, o que aumenta a possibilidade de cura, diminui as perdas anatômicas, preserva a estética e a função dos órgãos comprometidos (ROSSI E SANTOS, 2003).

A mastectomia ou cirurgia de remoção da mama é um dos procedimentos utilizados no tratamento do câncer de mama. Embora, essencial, a mastectomia causa na mulher um impacto físico e emocional na vida da mulher e de seus familiares. A relação dessa mulher com a sociedade também passa por diversas transformações, despertando diferentes sentimentos e reações, visto que o câncer, geralmente é associado à uma doença que pode levar à morte. Entretanto, em razão da complexidade biológica do câncer de mama, não há conduta única para o tratamento. Pengo e Santos (2004), descrevem brevemente os tipos de intervenção cirúrgica para o câncer das mamas:

- . Tumorectomia (retirada do tumor) e dissecação dos linfonodos axilares, seguida de radioterapia para o tecido mamário remanescente;
- . Quadrantectomia, na qual há ressecção do quadrante mamário envolvido, dissecação dos linfonodos axilares e irradiação do tecido mamário residual;
- . Mastectomia simples, na qual a ressecção do tecido mamário estende-se da clavícula até a reborda costal e da linha médio-external até a borda lateral do músculo lateral dorsal;
- . Mastectomia radical modificada de *Patey*, na qual todo o tecido mamário é retirado junto com os linfonodos axilares. O músculo peitoral menor é retirado e o maior, conservado.
- . Mastectomia radical de *Halsted*, na qual toda a mama é removida com os linfonodos axilares e os músculos peitorais maior e menor. Atualmente, esta técnica é utilizada nos casos em que o tumor infiltra o músculo peitoral maior.
- . Cirurgia *Madden*, na qual toda a mama é removida com todos os linfonodos axilares, porém os músculos peitorais maior e menor são conservados.

Mesmo com o avanço da medicina em relação ao tratamento e com o aumento de informações veiculadas pela mídia, ainda hoje, o diagnóstico de câncer é percebido como sendo uma sentença de morte. Durante todo o processo da doença são vividos, pela paciente e sua família, sentimentos de intenso sofrimento e ansiedade. Entre as mulheres portadoras de câncer de mama é muito comum o temor à mutilação, os preconceitos sociais, o medo da morte e do surgimento de linfedema, além de sentimentos depressivos e de desvalorização social. O câncer de mama e seu tratamento podem levar a alterações na sua autoimagem, além de perda funcional e mudanças a nível psíquico, emocional e social. A doença leva, muitas vezes, à perda de papéis sociais e ocupacionais relacionadas ao trabalho, à família e à sexualidade (MAJEWSKI, LOPES, DAVOGLIO E LEITE, 2012).

A cirurgia e sua associação a outros tratamentos para o câncer pode interromper os hábitos de vida da mulher, comprometendo suas relações familiares e sociais com alterações da sexualidade. Pode também comprometer sua autoimagem, sentimentos de impotência e de frustração sobre algo que foge ao seu controle, assim como o próprio temor da evolução da doença. (BITTENCOURT E CADETE, 2002; ALMEIDA, MAMEDE, PANOBIANCO, PRADO E CLAPIS, 2001)

Portanto, a cirurgia e outros tratamentos, como a quimioterapia adjuvante e seus efeitos colaterais, podem acarretar dor e diversas outras dificuldades físicas e psicossociais após a mastectomia (PEREIRA, ROSENHEIN, BULHOSA, LUNARDI E FILHO, 2006).

A mastectomia provoca diversos impedimentos, que vão desde as paralisias e deficiências até a interrupção da carreira, no cuidado da casa e dos filhos. Nesse momento, a mulher pode vivenciar vários lutos, e pode ter dificuldades afetivas em lidar com o próprio corpo e na forma como vivem, no momento de retomar sua vida profissional, social, familiar e sexual (ALMEIDA, 2006)

O mais frequente temor da mulher mastectomizada ainda é a fantasia de não ser mais atraente sexualmente, já que a mama, simbolicamente, se associa a identidade feminina e a sua ausência representaria uma limitação estética e psíquica muito significativa (MAJEWSKI, et al., 2012). A forma como a mulher irá reagir à mutilação de sua mama e suas consequências estão relacionadas com algumas variáveis que dizem respeito à sua história de vida, ao contexto social, econômico e familiar em que está inserida.

Nos últimos anos, considerando o impacto que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama geram na vida da mulher, tem se dado maior ênfase às pesquisas envolvendo medidas de qualidade de vida relacionada à saúde (QV). A Organização Mundial da Saúde (1995) define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), QV é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Os autores ainda consideram que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços da história. Não há na literatura uma definição consensual de qualidade de vida, mas existe uma concordância razoável entre os pesquisadores acerca do construto qualidade de vida, cujas características são a subjetividade, relacionada às respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua experiência de vida, valores e cultura; a multidimensionalidade, que se caracteriza pelos vários domínios que envolvem a avaliação de qualidade de vida. Portanto, a concepção de QV é diferente, entre os indivíduos, locais e tempos diferentes.

O termo “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (QVRS) está relacionado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente, entretanto estão incluídas nesta definição uma variedade potencial de condições que afetam sua percepção, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, assim como à sua condição de saúde (SIMEÃO et al., 2013). O avanço na detecção e no tratamento do câncer, as atitudes sociais mais otimistas, o aumento do número de pessoas que sobreviveram à doença e a quantidade de anos, a preocupação com a autonomia, os direitos dos pacientes e os aspectos psicossociais, entre outros, permitiram destaque crescente na avaliação da qualidade de vida de

peessoas tratadas de câncer. (LAHOZ, NYSSSEN, CORREIA, GARCIA E DRIUSSO, 2010).

O grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental são fatores que definem o ajustamento psicossocial e a qualidade de vida. Machado e Sawada (2008) consideram que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços da história.

A reconstrução da mama é outro fator que pode contribuir para a qualidade de vida dessas mulheres, representando a preservação da autoimagem, do senso de feminilidade e do relacionamento sexual, proporcionando um processo de reabilitação menos traumático. Pesquisas demonstram que além da satisfação estética, os resultados cirúrgicos da reconstrução diminuem o índice de morbidade psicológica de forma significativa, quando comparados aos resultados da mastectomia. Assim, atualmente, a reconstrução mamária é um recurso indispensável na reabilitação de pacientes que necessitam realizar a mastectomia, uma vez que auxilia quanto aos aspectos aqui relacionados (ALMEIDA, 2006).

Considerando o aumento da incidência de câncer de mama no Brasil, esse estudo permite uma melhor compreensão sobre os domínios da qualidade de vida mais influenciados pelo tratamento do câncer de mama e possibilidades de ajustamento psicossocial pós-mastectomia.

Derogatis e Derogatis (citado por Nunes, 2008) explicam que “ajustamento” implica múltiplos domínios (interpessoal, cognitivo, emocional, físico e comportamental). Neste sentido, o ajustamento psicossocial à doença refere-se ao modo como a pessoa enfrenta os desafios, em relação aos diferentes apoios sociais.

O ajustamento psicossocial varia de acordo com o contexto, implicando o envolvimento de mais do que um processo intrapsíquico, incluindo as interações entre o próprio e os outros representantes do seu ambiente sócio-cultural. Essas interações são usualmente adquiridas através de padrões de comportamento, designados de papéis. (p. 47).

OBJETIVOS:

Assim este estudo tem por objetivo analisar os domínios da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama e foram submetidas a mastectomia. Será considerada a influência do tempo transcorrido após a cirurgia, nos processos de ajustamento psicossocial e na qualidade de vida dessas pessoas.

METODOLOGIA:

Estudo exploratório, do tipo transversal, com metodologia quantitativa.

Participantes: mulheres com câncer mamário, atendidas por um grupo

multiprofissional de apoio e reabilitação. A casuística total do estudo foi composta por 80 pessoas, divididas em dois grupos de estudo:

- Grupo 1 – 40 mulheres que foram submetidas à mastectomia há, no mínimo, 01 ano e até 04 anos e 11 meses;
- Grupo 2 - 40 mulheres que foram submetidas à mastectomia há 05 anos ou mais.

Crítérios de inclusão: idade maior que 45 anos, ter recebido diagnóstico de câncer de mama, ter realizado tratamento cirúrgico para o câncer de mama e estar participando do grupo já mencionado. Foram critérios de exclusão: ter diagnóstico de câncer metastático e não apresentar condições clínicas e/ou cognitivas que possibilitem a compreensão e resposta ao instrumento aplicado.

MATERIAL:

A coleta de dados foi realizada através da aplicação da versão quatro do “*Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast*” (*FACT-B*), com a autorização do autor do instrumento original. Trata-se de um inventário multidimensional que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde, em pacientes com câncer de mama, pertencente à coleção de questionários de qualidade de vida em doenças crônicas - *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)*, tendo sido validado para o português. (Pandey, Thomas, Ramdas, Eremenco & Nair, 2000; Facit, 2013; Michels, Latorre & Maciel, 2012).

O *FACT-B* (versão 4) apresenta um total de 37 itens distribuídos em cinco subescalas: 1) bem estar físico (PWB) - sete itens, 2) bem estar emocional (EWB) - seis itens; 3) bem estar social/familiar (SWB) - sete itens; 4) bem estar funcional (FWB) - sete itens; 5) preocupações adicionais (BCS) (dez itens). Os dados do *FACT-B* dos sujeitos avaliados foram organizados em planilhas e estatisticamente analisados. Para obtenção do escore do *FACT-G*, deve-se somar os escores de PWB, SWB, EWB e FWB. Para a pontuação do *FACT-B* deve-se acrescentar à soma citada anteriormente o escore BCS.

Para classificação socioeconômica, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, baseado na avaliação do poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas com base na pesquisa anual do IBOPE Mídia, que mapeia as características sociodemográficas e econômicas das famílias das 10 principais regiões metropolitanas do país. (Abep, 2014). A comparação estatística entre os grupos foi realizada pela prova U de Mann-Whitney, por se tratar de variável tipo contagem, onde os testes não paramétricos são os mais adequados.

PROCEDIMENTOS:

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade à qual estão vinculadas as pesquisadoras (Processo 4711/2011), as mulheres foram convidadas a participar do estudo (amostra por conveniência), dentre aquelas que estavam comparecendo ao grupo no último ano, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram realizadas de quatro a dez entrevistas por semana em espaço reservado dentro do grupo de apoio e reabilitação, nos meses de outubro de 2011 a março de 2012. Cada entrevista durou cerca de 30 minutos e, ao seu término, a pesquisadora colocava-se à disposição para esclarecimento de dúvidas.

A coleta de dados foi realizada após a reunião do grupo de apoio, que presta atendimento de reabilitação, e em visita domiciliar.

RESULTADOS:

Foram realizadas 40 entrevistas com mulheres do grupo 1 e 40 entrevistas com mulheres do grupo 2. Em relação à escolaridade, em ambos os grupos a maioria das mulheres tem ensino fundamental incompleto (14 pessoas ou 35% no grupo 1 e 13 pessoas ou 32,5% no grupo 2). Isto pode estar relacionado ao fato de que a maior parte dos encaminhamentos ao grupo de apoio do estudo vem do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja demanda é composta, majoritariamente, por população proveniente de classes socioeconômicas com níveis mais baixos de escolaridade. Observa-se um elevado número de mulheres que não exerce atividade remunerada fora do domicílio, 10 mulheres (25%) do grupo 1 e 16 mulheres (40%) do grupo 2 são do lar. Outro resultado a ser destacado é o número de mulheres que exercem atividade autônoma, 14 mulheres (35%) do grupo 1 e 8 mulheres (20%) do grupo 2.

Para a classificação da casuística segundo o nível socioeconômico, foi aplicado o Critério Econômico Brasil (Abep, 2014), que tem por base a posse de bens, não a renda familiar. Essa escala define grandes classes, de modo a atender às necessidades de segmentação por poder aquisitivo: A1 (poder de compra médio de R\$12.926,00); A2 (poder de compra médio de R\$8.418,00); B1 (poder de compra médio de R\$4.418,00); B2 (poder de compra médio de R\$2.565,00); C1 (poder de compra médio de R\$1.541,00); C2 (poder de compra médio de R\$1.024,00); D (poder de compra médio de R\$714,00) e E (poder de compra médio de R\$477,00). Os resultados deste estudo indicaram que a maior parte das mulheres (10 pessoas ou 25% do grupo 1 e 11 mulheres ou 27,5% do grupo 2) pertence à classe C1.

Todas as 80 mulheres entrevistadas (100% da casuística do estudo) foram submetidas à mastectomia, mas com diferentes tipos de cirurgia para a remoção do tumor. O quadro 2 apresenta os dados clínicos relativos à cirurgia referentes aos dois grupos do estudo. Em ambos os grupos predominaram os procedimentos cirúrgicos conservadores (quadrantectomia e nodulectomia), os quais acarretam menores alterações físicas e menor comprometimento de sua capacidade funcional. Nos dois grupos do estudo houve prevalência de tumores no lado esquerdo do corpo, assim como foi constatado no estudo de Panobianco e Mamede (2002), que aborda as complicações

e intercorrências associadas ao edema de membro superior após a mastectomia. Após a caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres do estudo, serão apresentados (quadro 3) os resultados dos testes de correlação, com os escores totais do *FACT-G* (geral) e do *FACT-B* (específico de câncer de mama) para cada um dos grupos do estudo. Através da aplicação do “*Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*” (*FACT-B*) verificou-se que os escores do grupo 2 (com mais tempo de pós-cirúrgico), de todas as dimensões de QVRS avaliadas, foram superiores aos do grupo 1 (menos tempo de pós-cirúrgico). Foi constatada diferença estatisticamente significativa ($p=0,023$) entre os grupos 1 e 2 no que se refere à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, mais especificamente em relação à dimensão de Bem-estar social/familiar (SWB), o que indica que mulheres com mais tempo após a mastectomia tem melhor ajustamento psicossocial) do que aquelas com menos tempo após a cirurgia.

Os resultados do teste de correlação não paramétrico de Spearman indicaram que houve correlação positiva entre o nível socioeconômico (NSE) e dimensão de Bem-estar funcional (FWB) do *FACT-B* no grupo 2 ($p=0,021$), o que indica que, no caso das mulheres com mais tempo de pós-cirúrgico, quanto maior o nível socioeconômico (NSE), melhor sua qualidade de vida no que diz respeito ao seu bem-estar funcional.

DISCUSSÃO:

Os resultados deste estudo indicaram que o tempo transcorrido após o tratamento é um fator importante para a qualidade de vida relacionada à saúde. Achados da literatura corroboram esta afirmação, de que a participação sócio-familiar estava mais comprometida nas mulheres com menos tempo decorrido após a cirurgia (grupo 1) do que aquelas com mais tempo após a cirurgia (grupo 2) (ALMEIDA et al., 2001; ALMEIDA, 2006; BIFFI E MAMEDE, 2010; HOFFMAN, MULLER E RUBIN, 2006; SILVA et al., 2013). Consideramos, de um modo geral, que o passar dos anos permitiu às mulheres alcançar um melhor ajustamento psicossocial, o que lhes abriu a possibilidade de reconstrução de relacionamentos e de retomada de atividades significativas.

Fatores que influenciam a QVRS tendem a diminuir seu impacto com o passar do tempo, reduzindo também o sofrimento físico e psicológico da maioria das mulheres. Esta constatação é valiosa para respaldar a introdução precoce de medidas de apoio, a fim de guiar estratégias de enfrentamento de fatores que potencializam o desconforto e o sofrimento, no intuito de minimizá-los ou contorná-los, favorecendo a recuperação física e emocional da mulher e o ajustamento psicossocial (MAJEWSKI, et al., 2012). A literatura também evidenciou que a aceitação da doença e a condução do tratamento dependem de fatores como equilíbrio emocional, autoestima elevada e sólidas redes de apoio. Dessa maneira, enfatiza-se a importância dos aspectos psicossociais na abordagem clínica de pacientes portadores de câncer (OLIVEIRA et al., 2010). Um fator relevante relacionado ao Bem-estar Funcional, segundo Prado, Almeida, Mamede e Clapis (2004) é que o primeiro ano após a cirurgia costuma ser o período com maior comprometimento funcional e ocupacional para mulheres mastectomizadas,

particularmente devido às limitações de amplitude de movimento do braço do lado operado, que dificultam a realização de atividades de autocuidado e ações preventivas de linfedema. Com a diminuição dos efeitos colaterais e com o decorrer do processo de ajustamento psicossocial, a condição funcional e de desempenho ocupacional melhoram, possibilitando a retomada das atividades ou até mesmo a capacidade de criar novas estratégias para sua realização.

Esse resultado pode ser justificado também pelo fato de que 24 mulheres (60%) do grupo 2 terem passado por procedimentos cirúrgicos conservadores que acarretaram menos alterações físicas e, conseqüentemente, menor comprometimento em sua funcionalidade, permitindo assim a continuidade na realização das atividades cotidianas e a manutenção desta capacidade.

Como afirma Vendrusculo (2011), observa-se que as mulheres deste estudo que também frequentam um serviço de reabilitação, encontram uma importante estratégia para o melhor enfrentamento das limitações físicas impostas pelo câncer de mama, tais como: diminuição da amplitude de movimento do braço homolateral à cirurgia, edema na área da cirurgia, linfedema, entre outros, permitindo às mulheres vivenciar este período de maneira menos agressiva.

Além de comprometer suas capacidades funcionais, a mastectomia e o tratamento causam um impacto significativo tanto na vida da mulher, como no seu grupo familiar, contexto social e grupo de amigos. Os constrangimentos associados à doença estigmatizante muitas vezes levam a mulher a se afastar do seu convívio social. A família também enfrenta tensões excessivas que interferem nas relações dentro da unidade familiar e, mais além dessa unidade, podendo estender-se ao ambiente social no qual está inserida. A confirmação do diagnóstico de câncer de mama confronta as mulheres e suas famílias com decisões difíceis e experiências de enfrentamento. Esta doença se transforma em um grande desafio em suas vidas, por vezes provocando mudanças na configuração das relações familiares e exigindo delas uma capacidade de (re) adaptação às novas e diferentes necessidades (MELO, SILVA E FERNANDES, 2005).

A família faz parte do contexto no qual o indivíduo está inserido e pode servir como uma fonte de apoio para o enfrentamento da doença e de suas conseqüências, antes, durante e depois da intervenção cirúrgica. Logo, o cuidado centrado na família deve dar atenção especial às relações estabelecidas entre eles, pois são determinantes importantes do processo saúde / doença (BIFFI E MAMEDE, 2010).

Amigos são importantes no apoio e suporte a mulheres com câncer de mama, mas o papel principal e indispensável é o da família. Esta tem que se estruturar diante de uma situação dessas, pois são os familiares que vão dar o principal apoio a mulher mastectomizada, quem vão atender as novas necessidades que irão surgir no decorrer da situação, como os cuidados da saúde desta mulher e o ambiente social (SILVA et al., 2013).

Além disso, o apoio multiprofissional oferecido por serviços de reabilitação favorece o enfrentamento desta doença, auxiliando também nos aspectos psicossociais, pois além de conviverem com outras mulheres que vivenciaram o mesmo problema, a

troca de experiências entre elas tende a facilitar o enfrentamento das mudanças emocionais e dos questionamentos que surgem a partir do câncer e seus tratamentos. Estimulam a comunicação e a interação social, encorajam a autoconfiança e a esperança, permitem trocas de experiências entre seus membros sobre aspectos diversos, como o desempenho do trabalho, o tratamento, aparência física e intimidade sexual (VENDRUSCOLO, 2011; PINHEIRO, SILVA, MAMEDE E FERNANDES, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Portanto, a reabilitação do paciente com câncer e seu ajustamento psicossocial dependem, em larga medida, do trabalho da equipe multiprofissional, da qual faz parte o terapeuta ocupacional, que deve se dar de forma integrada e baseada num relacionamento interpessoal satisfatório. Os profissionais de saúde precisam estar cientes da responsabilidade sobre o acolhimento contínuo às pacientes com câncer de mama, compreendendo-as como um ser integral. O apoio multiprofissional e criação de um vínculo coeso entre profissional da saúde, paciente e familiares favorece o enfrentamento desta doença multifacetada, a diminuição dos efeitos colaterais do tratamento, a melhora das condições físicas e das relações sócio-familiares, possibilita a criação de estratégias para a retomada e realização das atividades cotidianas (HOFFMANN, MULLER E RUBIN, 2006).

Nas dimensões analisadas, baseadas na aplicação do “*Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast*” (FACT-B, observa-se que há diversas questões que necessitam ser analisados em sua especificidade e profundidade, como aquelas relativas à satisfação com a vida sexual, apoio emocional da família e amigos, retorno ao mercado de trabalho e lazer. Isso indica que há limitações neste estudo devido à opção pela realização de um estudo quantitativo com a escala escolhida, necessitando de um estudo complementar.

Por fim, este estudo permitiu uma melhor compreensão sobre as alterações que a mastectomia provoca na vida de mulheres com câncer de mama e conclui-se que a qualidade de vida está relacionada tanto aos aspectos funcionais como psicossociais.

REFERÊNCIAS

Almeida, A.M., Mamede, M.V., Panobianco, M.S., Prado, M.A.S., & Clapis, M.J.(2001) Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 9,63-90. doi: 10.1590/S0104-11692001000500010

Almeida, R.A.(2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 9 (2), 99-113.

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. (n.d.) *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*. Recuperado em 5 maio, de 2014, de <http://www.facit.org/FACITOrg>.

Instituto Nacional do Câncer. Tipos de Câncer: câncer de mama. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde. de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>, acessado em 30 abril, de 2014,

Pengo, M.M.S.B., & Santos, W.A. (2004). O papel do terapeuta ocupacional em oncologia In: De Carlo, M.M.R.P., & Luzo, M.C.M., (orgs.), Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares (pp. 233-255). São Paulo: Roca.

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

MARIA LUISA GAZABIM SIMÕES BALLARIN

Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCamp

INTRODUÇÃO

A produção científica relacionada aos procedimentos de avaliação em Terapia Ocupacional em muito avançaram, especialmente nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e em países da Europa. No entanto, no Brasil, segundo Lancman e Benetton (1998), Magalhães (1997) e Chaves et al. (2010), a área de avaliação ainda não recebeu a atenção merecida por parte dos terapeutas ocupacionais. Até então, existe pouca preocupação em documentar progressos de forma objetiva e comparar a eficácia de diferentes formas de avaliação e intervenção junto aos pacientes. De modo geral, pode-se dizer que a avaliação é um processo de coleta de informações no qual os profissionais de saúde buscam identificar problemas relacionados à saúde dos sujeitos alvo de intervenção (NEISTADT; CREPEAU, 2002). No contexto da Terapia Ocupacional o procedimento de avaliação pode ser definido como sendo o processo para obter e interpretar dados necessários para o planejamento da intervenção. Deve ser abrangente e, ao mesmo tempo, seguir uma linha de raciocínio lógico, voltada para obtenção de respostas objetivas e direcionadas que proporcionem conhecimento a respeito do universo ocupacional dos sujeitos de intervenção. Diferentes estratégias devem ser utilizadas para favorecer a emergência de informações sobre o problema que o sujeito apresenta. Enquanto procedimento, a avaliação deve conduzir a uma ação específica, sistemática e consciente, pois assim, compreendida a avaliação pressupõe ir além da patologia, neste sentido, deve-se considerar fatores ambientais, culturais, sociais, história de vida, história ocupacional, aspectos subjetivos, cotidiano, inserção social do sujeito.

OBJETIVOS

Identificar e analisar os procedimentos de avaliação utilizados por terapeutas ocupacionais que atuam em serviços de saúde mental que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Campinas- SP.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa, cujo propósito foi investigar questões relativas à prática clínica de terapeutas ocupacionais, particularmente no que se refere ao procedimento de avaliação. O estudo contemplou a realização de pesquisa bibliográfica e de campo. A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida a partir do levantamento e do trabalho de revisão efetivado nas bases de dados da *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* -

LILACS, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - MEDLINE e *Scientific Electronic Library Online* - SciELO. Já, a pesquisa de campo envolveu a aplicação de um questionário sociodemográfico que continha perguntas abertas e fechadas e a realização de entrevistas semiestruturadas realizadas com 12 terapeutas ocupacionais que concordaram em participar do estudo e, portanto assinaram o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas e posteriormente transcritas. Os dados obtidos foram analisados com base na Análise do Discurso (AD), a partir de uma perspectiva crítico-analítica, referencial teórico e metodológico que possibilita dimensionar os significados e compreender as intencionalidades expressas nos discursos dos entrevistados.

RESULTADOS

Quanto ao perfil dos terapeutas ocupacionais que participaram do estudo constatou-se que a maioria era do sexo feminino, com idades que variavam de 28 a 42 anos. Além disso, atuavam em diferentes serviços da RAPS, tais como: Centros de Atenção Psicossocial - CAPS tipo III e álcool e drogas, Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral e Oficinas de Geração de renda, CAPS Infantil e Unidades Básicas de Saúde. Quanto aos procedimentos relacionados à avaliação constatou-se que as fichas de triagem elaboradas pelas equipes de profissionais dos diferentes serviços, bem como as observações efetivadas no momento do acolhimento do usuário no serviço, as reuniões de equipe e as discussões de casos clínicos subsidiavam, o trabalho do terapeuta ocupacional. Instrumentos e/ou Escalas padronizadas específicos para avaliar os pacientes atendidos pelos 12 terapeutas ocupacionais não foram relatados. Os relatos que se seguem evidenciam este aspecto: "*A gente aqui trabalha em equipe. A gente faz triagem e esta triagem já é a avaliação da equipe. A triagem é feita pela equipe*" (E 05), "*Nodiagnóstico situacional, a gente avalia os prejuízos e rompimentos das atividades do cotidiano daquela pessoa, tentado resgatar o sentido e (re)significando esse momento na vida dela. Então através do que ela traz de vivência de repertório a gente constrói uma possibilidade dentro da Terapia Ocupacional*" (E 09).

DISCUSSÃO

Em parte, depreende-se dos resultados obtidos que os terapeutas ocupacionais entrevistados ao avaliarem os pacientes que atendem dirigem o foco da atenção para o impacto que o sofrimento psíquico traz no cotidiano dos sujeitos, não utilizando para isso, instrumentos e/ou escalas padronizadas. De acordo com Fonseca (2008) na saúde mental os instrumentos de avaliação padronizados ainda são escassos, fato que pode explicar em parte os resultados acima descritos. Por outro lado, a literatura especializada aponta para estudos que utilizam instrumentos padronizados de avaliação no campo da saúde mental, tais como, Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), Escala de Observação Interativa de Terapia Ocupacional (EOITO), Auto-Avaliação do

Funcionamento Ocupacional (SAOF), Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais. Entretanto, Bastos, Mancini e Pyló (2010) ao analisarem o uso do (COPM) par avaliar pessoas em sofrimento psíquico destacam que a limitada literatura sobre sua aplicação restringe a possibilidade de afirmar quais seriam de fato as dificuldades de desempenho ocupacional mais frequentes nesse grupo de clientes. Ressalta-se que a maioria dos instrumentos identificados e analisados possui como referencial teórico o Modelo da Ocupação Humana, além disso, grande parte avalia o sujeito a partir da sua própria percepção sobre seu desempenho. Destaca-se que embora pouco utilizados na prática clínica dos profissionais brasileiros, os instrumentos de avaliação padronizados e validados específicos de terapia ocupacional permitem aquisição de informações relevantes, acerca de diferentes domínios do desempenho ocupacional e contribuem decisivamente na elaboração de planos de intervenção adequados às necessidades do sujeito alvo de intervenção, contribuindo assim com a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Por fim, enfatiza-se a necessidade de sistematizar e fomentar a utilização de procedimentos avaliativos padronizados que contribuam na identificação do impacto que o sofrimento psíquico acarreta na vida ocupacional e no cotidiano dos usuários dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se ainda que os resultados obtidos apontaram para importância de se ampliar as discussões sobre a atuação clínica do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental, sendo indispensável o investimento em pesquisas que abordem os procedimentos específicos utilizados por estes profissionais, contribuindo para a ampliação do campo de conhecimento nesta área e para o aprimoramento da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

BASTOS, S. C. A.; MANCINI, M. C.; PYLÓ, R. M. O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. [Revista Terapia Ocupacional USP](#), São Paulo, v. 21, n 2, p.104-110, 2010.

CHAVES, G. F. S. et al. [Escala de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil](#). Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 240-246, set./dez. 2010.

LANCMAN, S.; BENETTON, M. J. Entrevista da História do Desempenho Ocupacional: validação de Instrumentos em Terapia Ocupacional. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1998. (Curso de Terapia Ocupacional).

MAGALHÃES, L. C. Avaliação de Terapia Ocupacional: o que avaliar e como avaliar. Boletim do Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Belo Horizonte, 1997.

NEISTADT, M.; CREPEAU, E. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 9ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

CONTRIBUIÇÕES DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO DE ALUNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL POR MEIO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO

YULLE XIMENDE RODRIGUES, ELOÍNA MARIA ÁVILA MONTEIRO

Universidade do Estado do Pará

INTRODUÇÃO

Atualmente devido às diversas mudanças que ocorrem no mercado de trabalho, determinadas práticas surgem a exemplo da interdisciplinaridade. Segundo Campos (2010, p. 12), “*está caracteriza-se por ser uma ação recíproca entre disciplinas e/ou áreas do conhecimento que interagem entre si, afim de desenvolver ações integradoras e geradoras de conhecimento*”.

Desta forma, considera-se a interdisciplinaridade como um processo dinâmico que se desenvolve através da inter-relação dos saberes e que busca evitar desenvolver atividades de forma isolada, buscando ainda uma solução para problemas complexos que contempla a interface de saberes, respeitando suas fronteiras.

Para Rodrigues (2011), a abordagem interdisciplinar constitui técnicas e esquemas conceituais na busca de integrar e complementar um processo interativo para um ponto comum na solução dos problemas detectados, visando à obtenção da saúde integral.

Sendo assim, esta abordagem constitui-se como um importante método de trabalho, especialmente no âmbito da Terapia Ocupacional, que tem permitido a esses profissionais uma construção reflexiva que analisa e problematiza as suas práticas cotidianas. Diante disso, estratégias que buscam preparar Terapeutas Ocupacionais a lidar com essa nova realidade, tornam-se fundamentalmente necessárias. Nesse cenário, em decorrência das diversas dificuldades enfrentadas na formação acadêmica que refletem diretamente na prática interdisciplinar de profissionais, desenvolvem-se dentro dos novos projetos políticos-pedagógicos, modernos modelos de ensino, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), vinculado as Universidade federais e estaduais.

De acordo com Berbel (2011), o programa tem por objetivo buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, pesquisa e a extensão/assistência, a fim de proporcionar a integralidade na formação do futuro profissional de saúde, sobre tudo, do Terapeuta Ocupacional, visto que há uma grande parcela de acadêmicos desse curso fazendo parte desse projeto como participantes ativos.

OBJETIVOS

A partir do exposto, o presente trabalho possui por finalidade demonstrar como a prática interdisciplinar contribui na formação de acadêmicos de Terapia Ocupacional. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho com abordagem qualitativa. Segundo Santos (2010, p. 21), este é um método que *“possui um caráter exploratório, isto é, estimula os entrevistados a refletirem livremente sobre determinado assunto apresentado ou vivenciado”*.

Assim, para a elaboração do presente trabalho adotou-se como procedimentos metodológicos a pesquisa exploratória e bibliográfica sobre o tema proposto. Segundo Teixeira (2001, p. 17), *“o estudo bibliográfico é realizado através da leitura e releitura de autores com experiência na área pesquisada para análise e síntese de fontes não vivas”*. Assim, buscou-se respaldo teórico para a elaboração do estudo, afim de, adquirir conhecimentos significativos acerca do tema proposto durante a construção do mesmo. Desta forma, a base para o interesse desse estudo ocorreu mediante experiências vivenciadas diretamente em uma Unidade Básica de Saúde do município de Belém no Pará, durante o período de janeiro de 2014 a junho de 2015, pelo Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) vinculado há Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Durante esse período, foram realizadas diversas atividades tanto na rede de atenção a urgência e emergência, quanto no ambulatório da unidade. No entanto, ressalta-se que foram desenvolvidas ações mais regulares com um grupo de idosos do programa do HIPERDIA. O grupo caracterizava-se por ser aberto e heterogêneo, sendo constituído por aproximadamente 30 idosos, entre homens e mulheres que eram acompanhados por uma equipe interdisciplinar de saúde composta por: Assistente Social, Enfermeiras, Nutricionista, Psicóloga, Terapeuta ocupacional e Educador Físico, além de estagiárias do curso de Terapia Ocupacional da UEPA. Os encontros ocorriam uma vez semanalmente pelo período da manhã, e contava com a presença de todos os profissionais que constituíam a equipe do programa, em que cada um era responsável por desenvolver uma ação temática de acordo com um cronograma pré-estabelecido. Sendo realizado reunião de equipe quinzenalmente para discussão de casos e avaliações.

DISCUSSÃO

A partir da criação do grupo, elaborou-se um programa de atividades terapêuticas, na qual utilizou-se como procedimentos metodológicos: palestras, rodas de conversas, dinâmicas de grupo, oficinas e feiras, com o objetivo de proporcionar momentos de interação social, lazer e autoconhecimento, bem como, trabalhar assuntos referentes ao processo de envelhecimento e seus reflexos no cotidiano, a partir da perspectiva que os grupos de idosos, podem constituírem como espaços de ressignificação da velhice.

Durante as ações houve a constatação direta da inter-relação estabelecida pelos profissionais que faziam parte do programa, sendo possível ainda ratificar a importância da prática interdisciplinar, em que o cuidar do paciente idoso justifica, no

direcionamento do ensino do conhecimento na área de saúde, referenciar uma abordagem metodológica que propicie a compreensão dos fenômenos observados, interpretando-os sob diferentes ângulos da multiplicidade de sua natureza orgânica, social e cultural.

Desta forma, para acompanhar a tendência das políticas públicas em saúde que preconizam a humanização da atenção, a promoção da saúde, educação e desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde, dentre outras, a tônica no discurso e na prática requer a efetiva elaboração e operacionalização interdisciplinar (BRANDÃO, 2010, p. 23).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das experiências vivenciadas, foi possível realizar algumas reflexões sobre a importância da prática interdisciplinar e de seus reflexos na formação acadêmica. Esta experiência pode demonstrar que, a ideia de uma formação interdisciplinar conflui no desenvolvimento de profissionais mais capacitados a trabalharem efetivamente em equipe e a desenvolver projetos que lidem com a dimensão da pluralidade da vida. Conclui-se assim que a prática interdisciplinar é necessária à formação de alunos de Terapia Ocupacional, visto que, potencializa o diálogo entre os diversos campos da área da saúde, possibilitando há troca de experiências por meio da inter-relação estabelecida. Isso permitir que o acadêmico esteja mais consciente do que o espera no futuro profissional e do que esperam dele enquanto Terapeuta Ocupacional. Dessa forma, concorda-se com que Perez (2004, p. 261) aponta ao dizer:

A formação inicial não deve gerar ‘produtos acabados’ mas, sim, deve ser encarada como a primeira fase de um longo processo de desenvolvimento profissional onde a reflexão, a cooperação e a solidariedade sejam fatores sempre presentes na vida do Terapeuta Ocupacional.

Com isso, espera-se que o aluno possa enxergar nesse e em outros programas, a oportunidade de vivenciar novas experiências, aonde lhe é permitido adquirir novos conhecimentos e observar diretamente o impacto positivo da prática interdisciplinar. Sendo assim, acredita-se que projetos como este estimulem a formação diferenciada de acadêmicos de terapia ocupacional, favorecendo que estejam mais preparados para o mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Londrina. PR. **Revista Ciências Sociais e Humanas**. V 32, n. 1, p. 25-40 jan/jun.2011.

BRANDÃO, Lian Gonsalves Santos. A prática interdisciplinar na formação de profissionais da saúde: ações geradoras de conhecimento. *Revista de Terapia*

Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. n. 4, v. 7, UFSCar, 2010.

PEREZ, Suely Cavalcante. **Terapia Ocupacional em ação interdisciplinar: vivencia prática com um grupo de idosos.** Monografia de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlo. Centro de Ciências da Saúde. 2008. p. 12-99.

RODRIGUES, Ana Laura. A interdisciplinaridade no âmbito da saúde e as suas novas perspectivas. **Revista brasileira de medicina.** V. 2, n. 5, p. 12-21. 2011.

SANTOS, Elen Ulisses Fonseca. **O estudo da pesquisa qualitativa: percepções e concepções.** Revista de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. n. 4, v. 7, UFSCar, 2010.

TEIXEIRA, Elisabeth Santos. **As três metodologias.** Belém/PA, UEPA, 2001.

INDEPENDÊNCIA E COGNIÇÃO PÓS-AVC E SUA RELAÇÃO COM A SOBRECARGA, DOR E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES FAMILIARES

CAMILA CAMINHA CARO, DANIEL MARINHO CEZAR DA CRUZ

Universidade Federal de São Carlos

INTRODUÇÃO

O AVC é ocasionado por uma interrupção no fluxo vascular cerebral, de origem isquêmica ou hemorrágica, decorrente de etiologias diversas e fatores predisponentes. O evento é caracterizado por alterações histopatológicas em áreas encefálicas e consequente morte neuronal. As alterações causadas pelo AVC podem ser de origem física, cognitiva ou comportamental, dependendo da área lesionada (BRUST, 2000).

O AVC provoca deficiências sensório-motoras contralaterais à lesão cerebral com impacto no desempenho motor cotidiano (BOUKADIDA et al, 2015). Além das alterações motoras, ocasiona prejuízos cognitivos significativos em cerca de dois terços dos sujeitos (GORELICK et al, 2011).

Essas alterações causam déficits funcionais e impactos na vida cotidiana (BAUMANN et al, 2011). As alterações decorrentes do AVC podem ser de origem temporária ou permanente, exigindo de um longo período de recuperação e dependência prolongada para as atividades de vida diária (JEONG et al, 2015). O suporte familiar é um fator importante na atenção às necessidades dos sujeitos com AVC, especialmente para o auxílio nas atividades de vida diária, apoio emocional e recuperação destes (SUMATHIPALA et al, 2011).

Um estudo indicou que o cuidado dispensado aos indivíduos que sofreram AVC, com comprometimentos motores e cognitivos, pode gerar sobrecarga ao familiar (RIGBY et al 2009), Também são apontados menores índices na qualidade de vida dos cuidadores de sujeitos com AVC quando comparados a grupos saudáveis, mesmo após dois anos da lesão (WHITE et al, 2006).

OBJETIVOS

Verificar a presença de correlações entre o nível de independência e cognição em sujeitos com AVC e o nível de sobrecarga, dor e qualidade de vida de seus cuidadores familiares, bem como identificar se as variáveis: idade do sujeito com AVC e do cuidador, tempo de lesão, de reabilitação e de cuidado dispensado e renda per capita interferem nessa relação.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de correlação com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por sessenta (n=60) sujeitos, dos quais trinta (n=30) eram indivíduos adultos, do sexo masculino, com diagnóstico de AVC há mais de seis meses e inseridos em serviços de reabilitação; e os outros trinta (n=30) os seus respectivos cuidadores familiares, que haviam dispensado cuidados a esses sujeitos há mais de seis meses.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de São Carlos, sob parecer de número 407.176. Os dados foram coletados em dois serviços públicos que oferecem assistência ambulatorial e domiciliar a sujeitos com deficiências físicas de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo – Brasil, com uma população média de 400 a 500 mil habitantes.

Foram utilizados os seguintes instrumentos com os sujeitos com AVC: (1) Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação dos aspectos cognitivos; e (2) Medida de Independência Funcional (MIF) para a independência funcional nas atividades básicas de vida diária. Com os cuidadores utilizou-se a (1) Escala de *Zarit Burden Interview* (ZBI) para avaliar o nível de sobrecarga relacionada ao cuidado; (2) a Escala Visual Analógica da Dor (EVA) para a dor; e o (3) *WHOQOL Bref* (WB) para a qualidade de vida.

As análises dos dados debruçaram-se sob a abordagem quantitativa, utilizando-se do coeficiente de correlação de Pearson.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os dados descritivos.

| | Sujeitos com AVC (n=30) | Cuidadores (n=30) |
|---|--------------------------------|--------------------------|
| | <i>Frequência (%)</i> | <i>Frequência (%)</i> |
| Gênero | | |
| Feminino | - | 27 (90) |
| Masculino | 30 (100) | 3 (10) |
| Estado civil | | |
| Casado/União estável | 23 (77) | 25 (83) |
| Divorciado | 3 (10) | 2 (7) |
| Viúvo | 3 (10) | 2 (7) |
| Solteiro | 1 (3) | 1 (3) |
| Parentesco com o Sujeito com AVC | | |
| Esposa | - | 17 (57) |

| | | |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|
| Filho/Filha | - | 7 (23) |
| Mãe | - | 2 (7) |
| Outros | - | 4 (13) |
| | Média (DP*) | Média (DP*) |
| Idade (anos) | 70,27 (11,48) | 58,70 (13,34) |
| Escolaridade (anos) | 3,16 (1,96) | 4,93 (3,31) |
| Tempo de lesão (meses) | 12,50 (15,31) | - |
| Tempo de reabilitação (meses) | 9,10 (10,63) | - |
| Tempo de cuidado dispensado | - | 15,37 (15,37_ |
| *DP = desvio padrão | | |

Tabela 1 - *Descrição das características sociodemográficos dos participantes (n=60)*

Os sujeitos com AVC e seus cuidadores familiares eram predominantemente casados ou com união estável e com baixos níveis de escolaridade. Os sujeitos com AVC eram preponderantemente idosos, enquanto seus cuidadores eram adultos e em sua maioria do sexo feminino e cônjuges dos sujeitos com AVC.

A Tabela 2 apresenta as correlações entre as variáveis deste estudo.

| | Independência | | Cognição | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| | R | P-value | r | P-value |
| Sobrecarga | -0,203 | 0,281 | -0,173 | 0,362 |
| Dor | 0,199 | 0,293 | 0,248 | 0,186 |
| Qualidade de vida | -0,069 | 0,718 | 0,063 | 0,743 |
| Cognição | 0,882 | 0,000** | - | - |
| Tempo de lesão | -0,177 | 0,350 | -0,039 | 0,838 |
| Tempo de reabilitação | -0,398 | 0,029* | -0,343 | 0,064 |
| Tempo de cuidado | -0,172 | 0,362 | -0,037 | 0,845 |
| Idade do sujeito com AVC | 0,104 | 0,586 | 0,092 | 0,628 |
| | Sobrecarga | | Qualidade de vida | |
| | r | P-value | r | P-value |
| Dor | 0,168 | 0,376 | -0,402 | 0,028* |
| Qualidade de vida | -0,414 | 0,023* | - | - |
| Tempo de lesão | -0,035 | 0,856 | 0,208 | 0,270 |

| | | | | |
|------------------------------|--------|-------|--------|-------|
| Tempo de reabilitação | -0,006 | 0,976 | -0,020 | 0,916 |
| Tempo de cuidado | -0,047 | 0,807 | 0,216 | 0,251 |
| Idade do cuidador | -0,071 | 0,711 | -0,035 | 0,855 |
| Renda | -0,158 | 0,404 | 0,063 | 0,740 |

Legenda: * indica significância de $p < 0,05$, ** indica significância de $p < 0,01$, n = número de participantes, r= coeficiente de correlação de Pearson

Não foram observadas correlações entre as variáveis independência e cognição em sujeitos com AVC e estresse, dor e qualidade de vida dos cuidadores familiares. Contrapondo-se tais achados, alguns estudos apontam correlações entre a sobrecarga do cuidador e o nível de independência funcional e cognição do sujeito com AVC (RIGBY, 2009).

Tais correlações eram esperadas tendo em vista que as alterações cognitivas prejudicam a comunicação e o desempenho em tarefas da vida diária e, conseqüentemente, ocasionam maior nível de independência. Essa condição pode ser considerada um fator que interfere nas relações de cuidado, uma vez que o familiar passará a dispensar mais auxílio, podendo ter limitações na execução de suas atividades cotidianas (BOCCHI, 2004).

Foram observadas correlações entre a independência e cognição do sujeito com AVC, sendo esses dados ratificados pelo estudo de Saxena e colaboradores (2007). Tais correlações podem ser explicadas pelo fato da cognição ser considerada um fator preditor da recuperação funcional, bem como pela necessidade desta no desempenho das atividades cotidianas (SPALLETA et al, 2002).

Também se observaram relações entre a sobrecarga e dor e qualidade de vida dos cuidadores. Corroborando esses resultados, um estudo apontou correlações inversas entre a sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores de sujeitos com AVC (MCCULLAGH et al, 2005). Essas correlações podem ser explicadas pelo fato do cuidado gerar mudanças nos papéis ocupacionais, alterações no cotidiano dos sujeitos, ausência de atividades de lazer, isolamento social, alterações no sono e na saúde, conforme aponta o estudo de Bocchi (2004).

Por fim, foram observadas correlações entre a independência e a variável tempo de reabilitação. Essas correlações eram esperadas, tendo em vista que se entende que sujeitos mais dependentes necessitam de um maior tempo de tratamentos de reabilitação, especialmente aqueles com alterações cognitivas.

Em relação às outras variáveis não foi observada nenhuma correlação significativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constatou que uma maior independência foi correlacionada a melhores índices cognitivos e a um maior tempo de reabilitação em sujeitos com AVC. Esses achados demonstram a importância dos componentes cognitivos e da reabilitação na recuperação funcional dos sujeitos pós-AVC.

Também se verificou que maiores níveis de sobrecarga foram correlacionados a piores níveis de qualidade de vida em cuidadores. Considerando esses achados, pode-se ressaltar a importância de intervenções direcionadas aos familiares que cuidam de pessoas com AVC visando à redução da sobrecarga e melhora da qualidade de vida.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a compreensão das relações entre as alterações causadas pelo AVC e a qualidade de vida e sobrecarga do cuidador familiar a partir das evidências encontradas. Também se espera que os dados apresentados possam promover direcionamentos para novas políticas públicas e ações no contexto da terapia ocupacional em relação ao sujeito com AVC com alterações cognitivas e, com ênfase, na atenção ao cuidador familiar pelo terapeuta ocupacional.

REFERÊNCIAS

BAUMANN, M.; LURBE-PUERTO, K.; ALZAHOURI, K.; AÏACH, P. Increased Residual Disability Among Poststroke Survivors and the Repercussions for the Lives of Informal Caregivers. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v.18, n.2, p.162–171, 2011.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, 2004.

BOUKADIDA, A.; PIOTTE, F.; DEHAIL, P.; NADEAU, S. Determinants of sit-to-stand tasks in individuals with hemiparesis post stroke: a review. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v.58, n.3, p.167-72, 2015.

BRUST, J. C. M. Circulation of the brain. In: KANDEL, E. R.; SCHAWARTZ, J. H. JESSEL, T. M. **Principles of neural science**. 4 ed. New York: Mc Graw-Hill, 2000.

GORELICK, P. B.; SCUTERI, A.; BLACK, S. E. et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v.42, n.9, p. 2672-713, 2011.

JEONG, Y. G.; JEONG, Y. J.; KIM, W. C.; KIM, J. S. The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. **Journal of Physical Therapy Science**, v.27, n.5, p.1543-47, 2015.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, n.27, p.117-26, 1986.

MCCULLAGH, E.; BRIGSTOCKE, G.; DONALDSON, N.; KALRA, L. Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. **Stroke**, v. 36, p.2181-2186, 2005.

RIGBY H; GUBITZ G; ESKES G; REIDY Y; CHRISTIAN C; GROVER V; PHILLIPS S. Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. **International Journal of Stroke**, v.4, n.3, p.152-158, 2009.

SPALLETTA, G.; GUIDA, G.; ANGELIS, D.; CALTAGIRONE, C. Predictors of cognitive level and depression severity are different in patients with left and right hemispheric stroke within the first year of illness. **Journal of Neurology**, v.249, n.11, p.1541-1551, 2002.

SAXENA, S. K.; NG, T. P.; KOH, G.; YONG, D.; FONG, N. P. Is improvement in impaired cognition and depressive symptoms in post-stroke patients associated with recovery in activities of daily living? **Acta Neurologica Scandinavica**, v.115, n.5, p.339-46, 2007.

SUMATHIPALA, K.; RADCLIFFE, E.; SADLER, E.; WOLFE, C. D.; MCKEVITT, C. Identifying the long-term needs of stroke survivors using the international classification of functioning, disability and health. **Chronic Illness**, v.8, n.1, p.31-44, 2011.

WHITE, C. L.; POISSANT, L.; COTÉ-LEBLANC, G.; WOOD-DAUPHINEE, S. Long-Term Caregiving After Stroke: the impact on caregivers' quality of life. **Journal of Neuroscience Nursing**, v.38, n.5, p.354-60, 2006.

INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SAÚDE DA GESTANTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*EMANUELE MARIANO DE SOUZA SANTOS, ADRIANA GOMES LIMA, ANA
CLÁUDIA SANTOS, LAIS FERNANDA SILVEIRA SANTOS RAMOS, MARÍLIA
SANTANA RODRIGUES*

Universidade Federal de Sergipe

INTRODUÇÃO

As reflexões aqui trazidas são fruto da experiência vivenciada durante o estágio em Saúde Coletiva e Contextos Sociais do curso de Terapia Ocupacional de uma universidade pública do nordeste brasileiro. Durante a formação dos discentes são utilizados métodos ativos no processo de ensino-aprendizagem, proporcionando uma formação que vai além da disciplinarização, propiciando a interlocução entre os saberes e assegurando ao discente uma visão de homem biopsicossocial voltado não só para a patologia, mas principalmente na constituição do homem enquanto ser social (COUTINHO, 2012). Dessa forma, as atividades acadêmicas são desenvolvidas pautadas nas políticas de saúde vigentes e, em parceria com os serviços de saúde, educacional e social do município. Neste estágio, buscou-se articular ações assistenciais no território de abrangência e integradas às equipes da Estratégia de Saúde da Família, bem como ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

As ações assistenciais no território é uma ferramenta pertencente ao cenário da atenção à saúde básica no Brasil, que por sua vez, vem se transformando ao longo das últimas décadas, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, à criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, sendo organizada uma rede de atenção básica que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção da saúde, a incorporação do agente comunitário de saúde, entre outras (ALCÂNTARA; BRITO, 2012). Por sua vez, O CRAS, uma das esferas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cumpre a função de oferecer serviços de proteção social básica a famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, porém com permanência de vínculos com a comunidade e a família, e objetiva reestruturar o grupo familiar, elaborar e fortalecer referências morais e afetivas para que ele adquira autonomia em suas funções (ARAÚJO; OLIVEIRA; PATRÍCIO, 2011).

Nesse contexto, entendemos que a Terapia Ocupacional é uma profissão que tem interlocução com diversas áreas do saber, como a saúde, a educação, o social, entre outras, e na Atenção Básica, visa contribuir com a construção de ações de cuidado individual, grupal e ou coletivo a partir dos potenciais do território (ALCÂNTARA;

BRITO, 2012). Sendo assim, foi desenvolvida uma intervenção por estagiários do curso de Terapia Ocupacional durante um estágio curricular com um grupo de gestantes assistido em um CRAS do município de Lagarto/SE.

A gestação é um período marcado por intensas modificações fisiológicas, sociais e também psicológicas, onde cada gestante reage diferentemente a novos estímulos e exigências, considerando que essas reações podem depender muito do contexto individual e sociocultural, das circunstâncias nas quais ocorre a gestação e das relações com os familiares (MARTINS; CAMARGO, 2014). Contudo, a gravidez também é um evento social, envolve o coletivo, uma vez que mobiliza a atenção do meio, no qual a mulher vive e daqueles com os quais esta se relaciona, se estendendo a toda a sociedade (ZAMPIERI, 1998).

O período gestacional torna-se de extrema importância para que a gestante tenha uma assistência à saúde de modo integral. Este momento pode ser propício para ações de promoção e educação em saúde em prol do seu próprio benefício e do bebê. Para a Organização Mundial de Saúde, o cuidado na gestação deve ser multidisciplinar e multiprofissional, com atenção integral, levando em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico. Deve também ser apropriado, tendo vista as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos, compartilhar a tomada de decisão com as mulheres, respeitando a privacidade, dignidade e confidencialidade destas (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a vivência desse processo complexo é facilitada através da participação em grupos, os quais possibilitam maior aprendizagem e desenvolvimento pessoal, além de favorecerem a participação dos indivíduos no processo educativo em saúde, por meio das experiências vivenciadas no seu cotidiano, ampliando as possibilidades das pessoas se autoconhecerem e diversificarem mais suas relações (SAID, 1995).

OBJETIVOS

Relatar a experiência de estagiários junto a um grupo de gestantes durante um estágio curricular em saúde coletiva e contextos sociais do curso de Terapia ocupacional.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da intervenção da Terapia Ocupacional no Estágio Curricular em Saúde Coletiva e Contextos Sociais de uma universidade pública do nordeste, com um grupo de gestantes no município de Lagarto/SE. O contato com o grupo se deu por meio de uma equipe da ESF e ocorreu num CRAS. O grupo foi composto por oito gestantes, com faixa etária entre 16 a 40 anos. O período gestacional variou entre o quarto e o oitavo mês.

As oficinas ocorreram no mês de abril de 2015, uma vez por semana e duração de 1 hora e 30 minutos cada. Os temas abordados foram: vínculo materno-infantil; rotina e papéis ocupacionais; amamentação e imagem corporal. Essas temáticas nortearam a construção criativa e individual a cada encontro da história da saúde gestacional de cada uma, envolvida por diferentes contextos e realidades, sendo demonstradas por meio de desenhos, escritas, costuras e colagens impressas em tecidos e culminando num quadro de retalhos, descritas a seguir:

1ª Oficina: Teve como objetivo estimular a prática de trocas afetivas entre a mãe e o bebê ainda na vida intrauterina. Realizou a dinâmica da “*corda*”, que simbolizava o cordão umbilical, elo principal entre a mãe e o bebê. As gestantes foram estimuladas a tocarem a barriga e embaladas ao som de músicas relaxantes vivenciaram minutos de afetos e envolvimento com o bebê. Em seguida, roda de conversa sobre a experiência de cada gestante e início da construção do quadro de retalhos para expressão das emoções e sentimentos vivenciados durante este momento.

2ª Oficina: Teve como objetivo identificar os papéis ocupacionais desempenhados no período peri e pós-gestacional. Delimitaram-se os dez principais papéis ocupacionais que constituem o cotidiano das gestantes (estudante, trabalhador, cuidadora, serviço doméstico, amiga, membro de família, religião, feminina, lazer, trabalhadora). Por meio de dinâmica de “*perguntas e respostas*”, foram discutidos os principais papéis ocupacionais desempenhados pelas mesmas, suas preferências e dificuldades enfrentadas para desenvolver tais papéis, além da mudança de rotina. Em sequência, foi retomada a construção do quadro de retalhos, para representação da temática em discussão.

3ª Oficina: Teve como objetivo trabalhar a temática do aleitamento materno e imagem corporal da gestante. Foi realizada uma roda de conversa, estimulada a partir de uma dinâmica de “*mitos e verdades*”, as gestantes foram estimuladas a debater e expor sua opinião acerca da temática, possibilitando um momento de troca de saberes popular e científico. A atividade foi concluída com a continuidade da construção do quadro de retalhos.

4ª Oficina: Teve como objetivo o feedback sobre a intervenção realizada pelo grupo de estagiários, relatando as experiências, os sentimentos vivenciados e a importância das temáticas abordadas para a construção da história gestacional de cada gestante, a qual foi imprimida no quadro de retalhos. Ao final foi proposta, em combinação com a psicóloga do serviço, uma confraternização e sessão de fotografias com o quadro de retalhos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento desta experiência, foi realizada, por intermediação da equipe da ESF, uma aproximação entre os estagiários e o grupo de gestante já em funcionamento no CRAS, coordenado pela psicóloga do serviço. Tomou-se conhecimento da característica do grupo e da contribuição que poderia ser dada com a proposta de intervenção no estágio. Em síntese, a experiência possibilitou aos

estagiários a realização de práticas focadas para a atenção à saúde da gestante. As metodologias utilizadas nas oficinas favoreceram o aprendizado por meio da troca de saberes entre os pares (gestantes-gestantes, gestantes-estagiários), e a interação em um espaço participativo e produtivo no envolvimento das atividades.

As intervenções possibilitaram observações acerca de como as gestantes se percebiam a cada temática trabalhada, e as produções expressivas impressas no quadro de retalhos reforçaram estas observações. Assim, na primeira intervenção, cujo objetivo era estimular e proporcionar a troca de afeto entre a mãe e o bebê, esta relação apresentava-se incipiente. A maioria das gestantes apresentou resistência em expressar carinho por meio do toque na barriga. Portanto, ao longo do processo dinâmico, estimulou-se o envolvimento e interesse das gestantes por meio da reflexão quanto à importância da troca de afeto para o desenvolvimento do seu filho. No momento destinado a construção do quadro de retalhos, verificou-se a dificuldade em expressar a temática. No entanto, o momento possibilitou a reflexão sobre o fortalecimento do vínculo afetivo das gestantes, evidenciado nas construções do quadro de retalhos, pois possibilitou que as mesmas externassem sentimentos acerca das suas gestações, com depoimentos sobre o planejamento e o desejo ou não de cada gestação. A segunda intervenção resultou na identificação da organização da rotina de cada gestante apontando os papéis ocupacionais mantidos, abandonados e os que pretendiam ser resgatados. Com relação aos papéis mantidos, de forma geral, as gestantes pontuaram o de cuidadora, serviço doméstico e membro da família. Já com relação aos abandonados, encontraram-se o de trabalhadora, feminina, lazer e estudante pontuados pela maioria das gestantes. Quanto aos papéis que pretendiam resgatar no futuro, encontrou-se na descrição de algumas o papel de estudante, trabalhadora e de lazer. Para a maioria das gestantes os papéis de feminina, cuidadora, serviço doméstico e lazer foram indicados como importantes e nenhum dos papéis listado foi destacado sem nenhuma importância. Contudo, foi observado que o desempenho ocupacional dos papéis relacionados ao trabalho e as relações sociais na família encontravam-se prejudicados.

Na terceira intervenção, as gestantes já se mostravam mais interativas participativas. A dinâmica utilizada favoreceu uma maior participação de todas no grupo, beneficiando um momento de troca entre o conhecimento trazido por elas e o conhecimento científico sobre imagem corporal e amamentação, ampliando para a temática sobre gestação e sexualidade. Mesmo em meio às diversas visões, foi predominante o espaço de respeito e escuta entre os pares, levando-as a reflexões, as quais foram impressas no quadro de retalhos.

No quarto encontro, as gestantes pontuaram individualmente sobre o desempenho participativo nas oficinas e na construção da história da saúde gestacional impressas no quadro a partir das temáticas abordadas, apontando para o crescimento individual e coletivo no grupo, expondo as percepções e os sentimentos durante todo o processo de intervenção.

As atividades desenvolvidas no grupo possibilitaram a reflexão sobre a importância do período gestacional para desenvolvimento da criança, assim como o

grupo propiciou um espaço aberto e singular para o desenvolvimento individual e social de cada gestante e do seu potencial criativo e expressivo necessários para o enfrentamento das situações a serem vivenciadas na gestação e para a manutenção da saúde.

Concorda-se com Reis *et al.* (2010), que a gestação pode ser um momento propício para ações de promoção à saúde, pois a gestante se mostra receptiva às mudanças e ao processamento de informações que possam ser revertidas em seu benefício e benefício do bebê. Além disso, a mesma pode tornar-se multiplicadora de informações e ações que possam levar a uma vida com qualidade, estendendo-se aos seus familiares. Pois, a aquisição de hábitos e escolhas saudáveis implicam diretamente na mudança de comportamento, levando à promoção e manutenção de saúde do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir a intervenção, percebeu-se a importância da atuação terapêutica ocupacional num cenário multifacetado da questão social para a diversificação das ações desenvolvidas no campo da saúde. A abordagem grupal demonstrou ser uma excelente ferramenta, pois possibilitou a cooperação e fortalecimento do vínculo entre seus membros, a participação e conquista de direitos.

A experiência mostrou a possibilidade de intervenção da terapia ocupacional com grupos de gestantes e remeteu para a reflexão de que esses grupos devem abranger, em outros momentos, todos os atores envolvidos no período gestacional, como companheiros e familiares, bem como considerar as questões socioeconômicas, educacionais, culturais e o contexto no qual estão inseridos, pois a troca de experiências e conhecimentos propicia a todos a melhor compreensão deste período da vida, a expressão e elaboração de sentimentos e medos, o esclarecimento de dúvidas e o enfrentamento de dificuldades.

Nesta perspectiva, a intervenção no estágio possibilitou aos discentes o conhecimento do território, levando-os ao planejamento e desenvolvimento de ações de forma ampliada e compartilhada, através de um olhar pautado na territorialização, visualizando a dinâmica da comunidade, fazendo-os pensar em uma intervenção terapêutica ocupacional no contexto social encontrado. Logo, desenvolver uma prática pautada no cuidado coletivo, territorial e interdisciplinar, é primordial para o entendimento ampliado da saúde e a garantia da atenção integral à saúde da gestante.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, D.B.; BRITO, C.M.D. Projeto brincar e contar: a terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v.20, n.3, p. 455-461, 2012.

ARAÚJO, L.S.; OLIVEIRA, T. S.; PATRÍCIO T.A.S. Estudo sobre a prática da Terapia Ocupacional no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no município de Belém. **Revista do Nufen**. v.01, n.02, 2011.

BALMANT, F. D. R.; BULGACOV, Y. L. M. Vivências em atividades artístico-expressivas: uma prática voltada para o desenvolvimento humano. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento Humano**. v.6, Porto Alegre:UFRGS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Ministério da Saúde, 2005.

COUTINHO, I.J. Relato de experiência sobre a utilização da metodologia da aprendizagem baseada em problemas no curso de Terapia Ocupacional da EBMSP. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional**, Salvador. V.1, n. 1, p. 76-85, 2012.

MARTINS, L.A; CAMARGO, M.J.G. O significado das atividades de Terapia Ocupacional no contexto de internamento de gestantes de alto risco. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v.22, n.2, p. 361-371, 2014.

REIS, D.M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 269-276, 2010.

SAID, F.A. **No “ser com”, o cuidar pelo re-significar do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação**. Florianópolis, UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

ZAMPIERI, M.F.M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Florianópolis, UFSC, 1998, 179p.

INTERVENÇÃO PRECOCE BILÍNGUE DE UMA CRIANÇA SURDA - ESTUDO DE CASO

*MARILENE CALDERARO MUNGUBA, LAYANE LIMA SABOIA, KARINE MARTINS
SALDANHA, JESSIKA MARIA MENDES DE OLIVEIRA, SARAH MARIA DE
OLIVEIRA, CHRYSTIANE MARIA VERAS PORTO*

Universidade de Fortaleza

INTRODUÇÃO

A relevância dos conceitos linguagem e cultura é ressaltada por Woodward (2011, p.56), ao afirmar que “[...] vivemos a nossa subjetividade em um contexto social no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência que temos de nós mesmos e no qual nós adotamos uma identidade”. O surdo constrói a sua identidade envolvendo traços culturais como a língua, formas de relacionamento e de percepção de mundo baseadas em fatores visuais e gestuais de sua comunidade. A comunicação do surdo por meio da língua de sinais possibilita a expressão do seu ser, na totalidade, porque trata-se da voz cultural, que não é possível silenciar (SACKS, 2010, p.104). A pessoa com surdez severa a profunda é singular devido às suas diferenças culturais e linguísticas, fundamentadas na visualidade, o que promove impactos sociais do uso das línguas de sinais (RODRIGUES; QUADROS, 2015).

Historicamente, as investigações têm se voltado para identificar e propor formas de mediação na convivência de surdos e ouvintes, em especial enfocadas nas formas de comunicação. Sabóia *et al* (2014) ressaltam que a perspectiva clínica se sobrepôs à sócio antropológica durante séculos, o que levou o movimento surdo a buscar e propor uma “reabilitação” capaz de abraçar, a partir dos primeiros anos de vida, o surdo, respeitando o contexto ao qual está inserido em sua cultura.

A intervenção precoce da criança surda tem sido realizada com vertentes diferentes – uma clínica que considera a surdez uma deficiência a ser reabilitada; e a outra, que considera a surdez uma peculiaridade cultural de uma minoria linguística e cultural. O presente estudo fundamenta-se na segunda vertente e foca-se em possibilitar à criança surda o acesso precoce à sua língua materna (LM) e, conseqüentemente, à sua cultura para promover o desenvolvimento harmônico dessa criança. Consoante Cruz (2011), Quadros e Cruz (2011), se a criança surda não convive com a língua de sinais, o *input* linguístico é insuficiente ou inadequado para que o processo de aquisição da linguagem ocorra mediado por sua língua natural.

Sennyey *et al* (2007) ressalta que áreas do desenvolvimento como social, cognitiva e da linguagem podem ser afetadas na criança surda. O principal desafio é o estabelecimento do diagnóstico precoce para iniciar uma intervenção a partir do primeiro mês de vida, o que se caracteriza como Estimulação Precoce.

Na estimulação precoce, consoante Munguba (2007, p.386), “busca-se a continuidade no processo natural do desenvolvimento, objetivando promover-lo de forma harmônica e adaptado ao meio sem antecipar etapas evolutivas”. Munguba (2007) ressalta a importância da mediação proposta por Vigotski no processo de desenvolvimento e aprendizagem e enfatiza o papel do meio no papel da autoconstrução do conhecimento.

Devido às peculiaridades sensoriais da criança surda, que tem na sua percepção visual a forma de conhecer e lidar com o mundo, com a estimulação de outras vias sensoriais, acredita-se que o surdo tenha a possibilidade de vivenciar melhor etapas da sua vida. A equipe multiprofissional precisa atentar para a compreensão do contexto em que vive o surdo, considerando o papel da família no ambiente familiar e na estimulação precoce da língua de sinais como forma de benefício para o desenvolvimento da criança desde o início da vida.

A intervenção precoce da criança surda tem sido realizada com vertentes distintas – uma clínica que considera a surdez uma deficiência a ser reabilitada e outra sócio antropológica, que considera a surdez uma peculiaridade cultural de uma minoria linguística e cultural. O presente estudo fundamenta-se na segunda vertente e foca-se em possibilitar à criança surda o acesso precoce à língua de sinais (LS) e, conseqüentemente, à sua cultura para promover seu desenvolvimento.

OBJETIVOS

Descrever a evolução comunicativa de uma criança surda submetida à estimulação precoce bilíngue.

METODOLOGIA

Estudo de Caso vinculado ao subprojeto de pesquisa “Estratégias de atuação terapêutica ocupacional e intervenção precoce na clínica do surdo”, com o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR N°341/2007. Trata-se de um Estudo de Caso (MARCONI; LAKATOS, 2011), com abordagem qualitativa (BAUER; GASKELL, 2014; MINAYO, 2010).

O estudo, em andamento ocorre semanalmente com início em fevereiro de 2015, no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI. A intervenção é voltada para uma criança do sexo masculino, inicialmente com oito meses de idade, diagnosticada com Síndrome de Goldenhar, portanto com anomalias auriculares, hipotonia, com surdez profunda bilateral e atraso no desenvolvimento psicomotor; com seguimento nos serviços de Fonoaudiologia e Estimulação Precoce do NAMI, ambos estimulando a oralidade da criança. A intervenção bilíngue é realizada por uma professora e três acadêmicos - uma de Terapia Ocupacional, uma de Fonoaudiologia e um de Medicina, e profissionais - uma fisioterapeuta surda e uma publicitária envolvida com a comunidade surda.

Realizou-se observação direta (MARCONI; LAKATOS, 2011), as informações foram registradas em diário de campo (MINAYO, 2010), e, em seguida, submetidas à análise do discurso (BARDIN, 1977). Na realização do estudo, respeitaram-se os preceitos éticos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, N. 466/12 (BRASIL, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo de caso foi organizado para ser apresentado nas perspectivas do acompanhamento da mãe e da criança, esta em três momentos de intervenção. O acompanhamento tem sido fundamentado no conceito de cultura surda que tem a base no conceito de diferenças culturais e sociais, peculiares às minorias culturais e é delineado por Strobel (2008) como o jeito que o surdo percebe e interage com o mundo, adequando-o às suas percepções visuais, o que leva à definição das identidades e cultura do povo surdo, e é vivenciada na comunidade surda que numa determinada área geográfica se constitui por surdos e ouvintes que são parte do movimento surdo e têm interesses comuns.

Mãe da criança

Devido ao reduzido nível de informação da mãe da criança sobre a intervenção precoce bilíngue, esta, inicialmente, demonstrava reservas em iniciar o acompanhamento. A explicação de dois membros da equipe, fluentes em Libras, sobre a proposta bilíngue, possibilitou a receptividade da mãe. Foi apresentada à equipe, especialmente a profissional de fisioterapeuta que é surda e bilíngue, que utilizou a Libras e o Português, alternadamente, para demonstrar a mãe a abordagem bilíngue. Este fator foi determinante para a compreensão e aceitação das diferenças e cultura surda. Passou a ter expectativa de que seu filho também desenvolva fluência nas duas línguas. Abordou-se o implante coclear, prótese computadorizada capaz de substituir parcialmente o órgão sensorial da audição.

Quanto às diferenças, Skliar (2011, p. 28) ressalta que “quase ninguém reconhece vozes cuja origem não seja as suas próprias [...] quase ninguém encarna a pegada que deixam outras palavras, outros sons, outros gestos, outros rostos”. Ressalta-se a necessidade de que a pessoa surda tenha acesso à cultura surda precocemente para que, segundo Gesser (2012, p.5) “desperte a atenção e memória visuais: [...] é necessário um esforço para o desenvolvimento da percepção visual do mundo – um olhar, uma expressão fácil, sutis mudanças na configuração das mãos são traços que podem alterar o sentido da mensagem”. A língua de sinais (LS) para o surdo é a sua língua natural, o que é preconizado pela abordagem bilíngue.

[...] inicialmente, os surdos devem desenvolver a língua de sinais como primeira língua (L1) nas relações sociais estabelecidas, preferencialmente, com surdos adultos usuários da língua [...].

A partir do desenvolvimento dessa língua, o ensino-aprendizagem escolar da língua portuguesa em sua modalidade escrita pode ser iniciado, [...] como segunda língua das pessoas surdas (L2)” (LODI, 2013, p.166).

Realizou-se a sensibilização da mãe quanto à cultura surda e as peculiaridades linguísticas e culturais de seu filho. A concepção da mãe sobre a LS evoluiu. Ela demonstra maior entendimento e maior compreensão sobre a relevância da aquisição da língua, da cultura e da identidade surda por parte do seu filho.

1ª sessão - acolhimento: no primeiro encontro, realizado na sala de estimulação precoce, a criança demonstrava ansiedade, chorando e permaneceu no colo da mãe. A equipe de atendimento que acompanha a criança é multidisciplinar, composta por terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta (surda) e publicitária, além de acadêmicos da Terapia Ocupacional (2), da Medicina (1) e da Fonoaudiologia (1) todos fluentes em Libras.

O atendimento foi iniciado pela profissional surda e pela coordenadora do projeto, terapeuta ocupacional, ouvinte e fluente na LS. As profissionais utilizaram brinquedos que despertavam o interesse da criança, estimulando a percepção visual, mostrava-se o objeto e o movimento característico deste e, simultaneamente, era apresentado o sinal referente para a criança entender o significado do objeto, buscando desenvolver a comunicação expressiva. Durante o atendimento a criança olhava para a profissional surda e depois para a mãe, muito atenta à sinalização, entendendo a ligação entre o objeto e o sinal comprovando a importância da aquisição da LS. Na intervenção identificou-se déficit na comunicação receptiva da criança quando abordada em português.

Explicou-se à mãe sobre a necessidade da estimulação da Libras não só nos atendimentos, mas também em casa e com a família. Foi explanada a importância do contato com a cultura e comunidade surda, e oportunidade de seu filho se constituir bilíngue.

A criança desenvolve sua linguagem, conforme as suas necessidades; entre a mãe e a criança, esta comunicação é natural; criança se faz entender mediante o uso de gestos, choro e o olhar. A criança surda não irá comunicar-se por meio do som das palavras, buscando alternativas para atingir seus objetivos e começa a desenvolver sua língua natural, a LS. Assim, independente de como a criança desenvolverá a sua comunicação, é por meio dela que tem acesso à sua cultura, agindo ativamente na sua construção como indivíduo.

Para Vigotski (apud DIZEU; CAPORALI, 2005), a trajetória principal do desenvolvimento psicológico da criança é uma progressiva individualização e se transforma em individual, intrapessoal. A linguagem da criança é essencialmente social e se desenvolve no plano das interações sociais. Para Quadros (2011) A criança surda não recebe a mesma qualidade e quantidade de estímulos como os ouvintes, portanto deve ser estimulada em uma língua de fácil acesso: a língua de sinais. Consoante Nicholas e Geers (2003), é frequente um modelo inadequado de LS, pois a maioria dos pais ouvintes de crianças surdas não tem familiaridade com esta língua.

2ª sessão - receptividade: A criança surda chegou acompanhada da mãe e foi recebida pela equipe que sempre a cumprimenta em Libras, proporcionando a interiorização da LS. Inicialmente oferecem para a criança os brinquedos utilizados no encontro anterior; a criança responde positivamente e começa a perceber e a sinalizar com expressões não manuais e corporais, e tocando nos brinquedos, sorrindo e mais atenta aos sinais que representavam o avião e o carro, demonstrando sentir-se mais à vontade no ambiente e maior tempo de tolerância, favorecendo um contato mais prolongado com a Libras. A mãe passa a compreender a diferença entre as duas culturas e a importância da Libras como a primeira língua, percebendo a evolução do filho.

O ato de brincar é determinante para o desenvolvimento da criança, como ressalta Takatori (2012, p.61), “[...] uma atividade espontânea, criativa e que tem um fim em si mesma e que poderá favorecer a participação singular da criança no contexto social e cultural, [...]”. Deve ser associado ao processo de aquisição da linguagem infantil. A aquisição dos primeiros sinais representa o limite entre os estágios pré-linguístico e o linguístico; as produções do período linguístico referem-se a qualquer sinal do padrão adulto que é articulado pelo bebê em um contexto consistente e que é entendido pelos interlocutores com algum significado, embora variável (QUADROS, 2011).

3ª sessão - comunicação: a criança demonstra mais familiaridade com o ambiente. A mãe senta com ela no tatame e a criança demonstra se sentir segura por ficar menos tempo no colo de sua mãe. Utilizou os mesmos brinquedos, introduzindo uma bola colorida. Os profissionais conversaram em Libras com a criança, que sorria e ficava muito atenta aos sinais. Nos três encontros, se utilizava muito o sinal de “mãe”, apontando para sua mãe. Em determinado momento, ao identificar este sinal, olhou afetuosamente para sua mãe, demonstrando a construção de uma comunicação expressiva. O primeiro estágio da aquisição da linguagem aparece por volta dos três meses de vida, período considerado pré-linguístico, sons são os balbucios, os quais ocorrem para todos os seres humanos, na modalidade oral ou sinalizada, em crianças ouvintes e surdas. Nesse sentido, Fernandes e Correia (2005, p. 19) apontam que, [...] a capacidade humana para a aquisição da linguagem é intrínseca ao indivíduo, [...] o domínio de uma língua em toda a sua potencialidade é tão imprescindível ao desenvolvimento que a natureza humana prevê para todos esta dupla possibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem bilíngue tem sido considerada a mais adequada para a intervenção precoce desta criança surda, promovendo o acesso à língua natural para favorecer seu desenvolvimento harmônico.

As reações por meio de comunicação não verbal - olhares, sorrisos e mudanças posturais - se tornaram frequentes, o que aponta para uma evolução significativa na comunicação receptiva da criança por meio da LIBRAS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRASIL. *Resolução Nº466* - Conselho Nacional de Saúde, dezembro de 2012. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2015.

CRUZ, C. R. Avaliação e intervenção da linguagem na criança surda em uma abordagem bilíngue. In: MOURA, M. C.; CAMPOS, S. R. L.; VERGAMINI, S. A. A. *Educação para surdos: práticas e perspectivas II*. São Paulo: Santos, 2011. p. 31-48.

GESSER, A. *O ouvinte e a surdez: sobre ensinar e aprender a Libras*. São Paulo: Parábola, 2012.

LODI, A. C. B. Ensino da língua portuguesa como segunda língua para surdos. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Orgs.). *Tenho um aluno surdo, e agora?*. Introdução à Libras e educação de surdos. São Carlos: EdUFSCar, 2013. p.165-183.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNGUBA, M. C. Abordagem da terapia ocupacional na disfunção auditiva. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.385- 398.

NICHOLAS, J. G.; GEERS AE. Hearing Status, Language Modality and Young Children's Communicative and Linguistic Behavior. *Journal For Deaf Studies and Deaf Education*, v. 8, p.422-37, 2003.

QUADROS, R. M.; CRUZ, C. R. *Língua de sinais: instrumentos de avaliação*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, C. H.; QUADROS, R. M. Diferenças e linguagens: a visibilidade dos ganhos surdos na atualidade. *Revista Teias*, v. 16, n. 40, p. 72-88, 2015.

SABÓIA, L. L. et al. Terapia ocupacional e a estimulação precoce bilíngue para crianças surdas – relato de experiência, *Cadernos de Terapia ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, Suplemento Especial 2, p.406-411, 2014.

SACKS, O. *Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos*. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SENNYEY, A. L. et al. *Neuropsicologia e inclusão: tecnologias em (re)habilitação cognitiva*. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

SKLIAR, C. Conversar e conviver com os desconhecidos. In: FONTOURA, H. A. (Org.). *Políticas públicas, movimentos sociais: desafios à pós-graduação em educação em suas múltiplas dimensões*. Rio de Janeiro: ANPED Nacional, 2011. p.27-37.

STROBEL, K. L. *As imagens do outro sobre a cultura surda*. Florianópolis, SC: UFSC, 2008.

TAKATORI, M. *O brincar na terapia ocupacional: um enfoque na criança com lesões neurológicas*. São Paulo: Zagodoni, 2012.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. T. (Org.) *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. 10 ed. Petrópolis. RJ: Vozes, 2011. p.7-72.

INTERVENÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL JUNTO AO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA CARDÍACA

LÍVIA MELLO PONTES, LAIS SENA LEA, MARLY LOBATO MACIEL

Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo. Anualmente a cardiopatia isquêmica, doença arterial coronariana (DAC), hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos (OPAS, 2003). No Brasil, assim como em outros países da América Latina, observou-se, nas últimas décadas, uma importante mudança no perfil da mortalidade da população, caracterizado pelo aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Dentre as DCNT, destacam-se as DCV e a hipertensão arterial (HA) com uma prevalência estimada de 35% na população acima de 40 anos. Isso representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença no país (BRASIL, 2006).

A residência multiprofissional em saúde (RMPS) configura uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, com objetivo de qualificar profissionais a trabalhar na atenção primária, média e alta complexidade do SUS. No Pará está ligada a Universidade do estado do Pará (UEPA) onde encontramos seis áreas de concentração que dentre estas, cinco estão inseridas no contexto hospitalar como a de atenção a saúde cardiovascular na FHCGV o qual é o local onde do presente estudo foi realizado.

A Terapia Ocupacional (T.O) é uma das categorias profissionais encontrada na RMPS, esta se embasa no princípio de que o envolvimento em ocupações estrutura a vida cotidiana, favorece bem-estar e qualidade de vida, as ocupações são divididas em áreas de ocupações onde encontraremos as Atividades de vida diária (AVD'S) que são todas aquelas atividades direcionadas ao cuidado do indivíduo para com seu próprio corpo (AOTA,2010).

Neste contexto das práticas em Terapia Ocupacional destaca-se a atuação na clínica cirúrgica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, que se dedica a internação e atendimento dos pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia, incluindo a cirurgia cardíaca, referência na FHCGV.

OBJETIVO

Relatar experiências durante os atendimentos terapêutico ocupacionais aos pacientes internados na clínica cirúrgica em cuidados pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca no período de janeiro a maio de 2015.

METODOLOGIA

Os atendimentos terapêuticos ocupacionais são realizados na clínica cirúrgica da FPEHCGV, pelo residente durante rodízio da RMPS em atenção à saúde cardiovascular, em conjunto com o terapeuta ocupacional preceptor da clínica. As diferentes abordagens ocorrem durante cinco dias por semana, intercalando entre atendimentos individuais e grupais, com pacientes internados na clínica, com diagnóstico de cardiopatia aguardando procedimento cirúrgico, de ambos os gêneros, com idades distintas, de no mínimo 13 anos de idade.

RESULTADOS

No contexto de um hospital referência em cardiologia como o FHCGRV, a T.O encontra uma realidade de pacientes com hábitos alimentares prejudiciais, sedentários, em uso de tabaco ou álcool e/ou alto nível de estresse o que ocasiona prejuízos à saúde cardiovascular afetando diretamente sua rotina e ocupações as quais o paciente era envolvido antes da internação.

Sendo assim, este profissional direciona suas intervenções a reestruturação da rotina, orientações em saúde, aplicação de técnicas de conservação de energia, de redução de estresse e formação de rede social de suporte. Dentre os tipos de intervenção com essa clientela destacamos: o uso terapêutico de si mesmo e o uso terapêutico das atividades (DE CARLO; LUZO, 2004).

Dentre as atividades utilizadas como recurso na clínica destacam-se as abordagens grupais, no qual são realizados relaxamentos, leituras reflexivas, oficinas terapêuticas, exibição de filmes, entre outras. Tendo em vista serem estratégias que possibilitam facilitar a melhor compreensão do diagnóstico, a minimização da ansiedade diante do acontecimento cirúrgico, bem como são capazes de fortalecer aspectos emocionais, muitas vezes fragilizado diante do adoecer.

Outra importante atuação na clínica cirúrgica é a orientação das AVD's no período pós-operatório. Esta dá-se através de uma cartilha, com importantes temas da rotina ocupacional do paciente, como: sono, atividades domésticas, atividades físicas, atividade sexual, deambulação, entre outros.

Nestas orientações é de extrema importância que as informações sejam dadas ao paciente de forma clara, podendo ser realizada através de dinâmicas, ou de modo ilustrativo, afim de favorecer a adesão ao tratamento no pós alta, evitando o retorno do paciente à uma nova internação.

DISCUSSÃO

A abordagem do terapeuta ocupacional junto aos pacientes seja de maneira coletiva (em grupos) ou individual é uma forma de ampliar a rede de suporte oferecida ao usuário no momento da hospitalização.

Há algum tempo se tem observado que a mudança do modelo assistencial da saúde depende da produção da saúde. Portanto, faz-se necessário ofertar certas abordagens e delas obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo. Assim, entende-se que o campo de saberes e práticas da clínica é parte fundamental na organização da produção da saúde, associado aos outros saberes, sem excluir nenhum campo específico, visto a complexidade dos problemas de saúde, só torna possível resolvê-los, contando também com multiplicidade de saberes e fazeres (MERHY; FRANCO, 2003).

Considerações Finais: A partir deste relato foi possível destacar que as atividades terapêuticas ocupacionais junto a pacientes em pré e pós operatório cardíaco, traz a possibilidade de complementar a abordagem clínica do sujeito, favorecendo um tratamento holístico do indivíduo cardiopata. Alcançando a ressignificação do adoecer e a inclusão do tratamento em sua rotina, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida do mesmo.

REFERENCIAS

AOTA. Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. 2nd. **The American Journal Occupational Therapy**. Nov/Dec, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2006.

DE CARLO, M.; LUZO, M. C. (orgs.). **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Rocca, 2004.

Merhy, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65. Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2003.

O BRINCAR E SUAS IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA LUIZA RODRIGUES TORRES, BIANCA DE ABREU NETO, JÚLIA LETÍCIA DA SILVA ONÓRIO, MARIA ROSA DA SILVA, MARIA HELENA ROSA DA SILVA

Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas

INTRODUÇÃO

O Sorriso de Plantão é um projeto de extensão da Universidade Federal de Alagoas - UFAL com parceria com a Universidade de Ciências da Saúde - UNCISAL, resultado de uma experiência vivida por uma estudante de medicina com os doutores da Alegria. É multidisciplinar, composto por estudantes de qualquer graduação particular ou pública e atua em cinco hospitais no estado de Alagoas. O objetivo do Projeto é levar alegria para crianças que estão hospitalizadas e fazer com que essas crianças esqueçam um pouco daquele lugar que as afasta de seus amigos e familiares, ou seja, o hospital. Com isso, para que toda essa magia aconteça, os palhaços doutores passam por uma capacitação para saber lidar com o hospital e de como se caracterizar um palhaço doutor. O Sorriso de Plantão é fundamental para as crianças que estão hospitalizadas, porque os palhaços doutores através do lúdico trazem alegria para cada criança. Quando a criança é abatida por uma doença e se encontra hospitalizada vive uma situação de estresse e angústia que se traduz em suas vivências corporais que podem levá-la à inibição ou agitação psicomotora, sendo que, essas descargas motoras e suas pulsões agressivas intensificam-se e manifestam-se como dor e perseguição, a separação da família e principalmente da mãe fere psicicamente a criança que descarrega na agitação, isso pode abrandar aos poucos ou criar um bloqueio na criança tornando-a tônica. (FERREIRA; HEINSIUS, 2010). Nesse momento sua família também passa por um processo de alteração para se fazer presente, mudando sua rotina e sofrendo junto à criança. O tempo de permanência no ambiente hospitalar pode resultar em alterações futuras como comprometimento do desenvolvimento. Conhecer os fatores que contribuem na promoção e tornam o ambiente mais humanizado podem diminuir o sofrimento causado pelo adoecimento. (DOMINGUES; MARTINEZ, 2001) É importante uma intervenção adequada que vise diminuir os efeitos da hospitalização. Sabendo que o terapeuta ocupacional visa atender o indivíduo no seu aspecto biopsicossocial e tem conhecimento nas áreas de anatomia, fisiologia e desenvolvimento humano sua atuação é imprescindível na pediatria hospitalar. (ROSSIT; KOVACS, 1998). Esse profissional pode avaliar as brincadeiras de acordo com a cultura, nível de desenvolvimento, características da doença, observando as restrições que o ambiente hospitalar apresenta e a potencialidade de cada criança. Além de prevenir e cuidar dos problemas que interferem no desempenho funcional, atuando no ambiente em conjunto a família. Por isso, o objetivo principal é a busca de uma melhor qualidade de vida, promoção e prevenção do desenvolvimento

735

infantil (neuropsicomotor, social e afetivo) em crianças hospitalizadas. Logo, pode-se perceber que os recursos utilizados são os de baixo custo cujo objetivo é favorecer a estimulação sensorial, motora, comunicação e elaboração de acordo com cada caso, estimulando a atividade através do lúdico (DOMINGUES; MARTINEZ, 2001). A ludicidade se expressa no brincar, sendo esse brincar já terapêutico (FERREIRA; HEINSIUS, 2010).

O profissional da terapia ocupacional, grupo em maior número no Sorriso de Plantão, pode se colocar como um facilitador da expressão e de uma reelaboração do processo vivido pela criança, através de recursos terapêuticos e assim para a ressingularização do sujeito, utilizando atividades expressivas, lúdicas e artísticas para favorecer a exteriorização da experiência vivida por ela, possibilitando compartilhá-las, beneficiando a comunicação. (SANTOS, et. al., 2010)

O lúdico é um termo que significa brincar. Dentro desse contexto está incluso o jogo, a brincadeira, o brinquedo e o divertimento. Sendo todos esses, significativos para o desenvolvimento psíquico, afetivo e social da criança e é através deles que a criança explora, associa, aprende e sente prazer no que está fazendo. No entanto, a ludicidade não é apenas uma necessidade da criança, mas sim de todo ser humano porque ela não só proporciona a diversão, traz consigo importantes conceitos que são primordiais para a pessoa, independente da idade. Logo tem papel fundamental no que se refere à aprendizagem e desenvolvimento pessoal, social e cultural, facilitando a comunicação expressão e desenvolvimento psicomotor da criança. O lúdico é o meio de a criança sentir-se à vontade num determinado ambiente, explorando-o para conhecer o que antes era estranho para ela. Para que a criança desenvolva o aspecto lúdico e que esse seja aprimorado ao longo da vida é necessário que ela se relacione tanto com seu meio, quanto o espaço no qual vive. (BUENO, 2013).

Escrever sobre essa experiência é uma forma de mostrar o valor da brincadeira sobre a criança em qualquer meio, mesmo o ambiente hospitalar, e revelar o quão é indispensável a atuação do terapeuta ocupacional, pois, esse promove a criança como ser prático, que possui atividades cotidianas que são interrompidas com a hospitalização.

OBJETIVO

O relato tem por finalidade apontar a importância da atuação da Terapia Ocupacional para crianças hospitalizadas em um serviço de saúde pública no município de Maceió- Alagoas através da promoção do brincar.

METODOLOGIA

Os encontros aconteceram todos os sábados, das 14 às 17h, onde cada palhaço doutor incorpora em um personagem e cria a sua própria história para serem usados durante toda a sua permanência no projeto. Para a construção do relato, levamos em

conta a vivência correspondente do mês de março a agosto de 2015, totalizando ao todo 27 encontros vivenciados pelas acadêmicas.

Para a abordagem teórica do assunto, foi feita uma revisão de literatura que abordassem o contexto da criança hospitalizada, o brincar e a atuação da Terapia Ocupacional.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da vivência, foi observado que na atuação dos plantões, o palhaço doutor se permite voltar no tempo e interage diretamente com a criança através da ludicidade, ele que brinca, pula e sorri, se faz intermediador e proporciona à criança a interação entre si, o objeto e o meio, muitas vezes o brinquedo é utilizado além de sua finalidade, sendo este apenas um meio para a criança se deixar “ser criança” e através do brincar explorar sua criatividade e se expressar através do corpo. Há momentos que nem o brinquedo é necessário, a própria imaginação da criança permite-a fantasiar, se expressar e associar suas introspecções com um mundo imaginário que a brincadeira traz.

O palhaço doutor pode se fazer brinquedo utilizando do seu corpo, sua voz, sons produzidos por ele, através de ritmos, mímicas faciais, dança, na qual a criança é agente ativo que o acompanha na dança, canta ou escolhe a música. As mães entram na brincadeira e até a sua ludicidade é despertada. Podemos utilizar diversos recursos como, jogos educativos, desenhos para colorir, bolhas de sabão, bola, balão de sopro, livros para contação de histórias, músicas e muitos outros.

Algumas crianças são fáceis de serem conquistadas, basta um sorriso, que já correm e abraçam, outras, estão atônicas, abatidas, desconfiadas e chorosas. Nesses casos, para conquistá-la tem que agir aos poucos, isso pode ser feito através dos recursos ou pelo acompanhante, se ainda assim a criança persistir talvez ela consiga interagir com outro palhaço doutor, se ainda continuar quieta, talvez no decorrer do plantão se solte. Existem motivos para ela estar assim, pode ser dor, angústia, cansaço, saudade e independente da causa seu desejo deve ser respeitado.

A criança, geralmente está passiva nos hospitais, os profissionais aparecem para realizar os procedimentos e ela não tem escolha, é submetida a todo custo, já com o palhaço doutor, ela tem essa autonomia e este obedece a ela, isso a trás confiança, afetividade e aumenta o vínculo entre os dois. Há situações na qual o palhaço doutor se depara com a criança em procedimentos invasivos que utilizam agulha, curativos e que causam dor, diante dessa situação deve ter e transmitir calma para que a criança não dificulte o procedimento, passando segurança como dar a mão para que ela segure, dizer palavras que a tranquilizem, sempre usando a criatividade, com histórias que desperte a atenção da criança e a promova um maior quadro de segurança e tranquilidade. Assim, os integrantes do projeto terminam o plantão com o coração cheio e a sensação de dever cumprido, aprendendo um pouco mais a cada dia e lá fica a alegria que a brincadeira proporciona, sabendo que, o brincar ou a ludicidade faz com que a criança se desenvolva em todos seus aspectos. A cada experiência um vínculo é construído, uma

história é contada e a recompensa é sempre um sentimento de felicidade e sorrisos no rosto de cada um.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, além de levar alegria, entretenimento e diversão o projeto sorriso de plantão com os seus palhaços doutores propiciam para as crianças hospitalizadas o despertar lúdico, através das brincadeiras, fantasias e imaginação aproximando e ajudando-as na interação e exploração do meio para maior desenvolvimento psicomotor.

REFERÊNCIAS

Sorriso de Plantão. Disponível em <<http://www.sorrisodeplantao.com.br>>, acesso em 9 de julho de 2015.

FERREIRA, C. A. M.; HEINSIUS, A. M. **Psicomotricidade na saúde**. Rio de Janeiro, Wak editora, 2010.

SEGURA, P. S. **A utilização de recursos ecológicos para a otimização da intervenção psicomotora**. Revista Científica Indexada Linkania Master, ano 2, n. 03, 2012.

FRANCISO, B. R. **Terapia Ocupacional**. - 2º edição, Rev. Atual – Campinas, SP: Papyrus, 2001.

ROSSIT, R. A. S.; KOVACS, A. C. T. B. **Intervenção essencial de terapia ocupacional em enfermaria pediátrica**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 7, n. 2, 1998.

DOMINGUES, A. C. G.; MARTINEZ, C. M. S. **Hospitalização Infantil: Buscando Identificar e caracterizar experiências de Terapia Ocupacional com crianças internadas**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 9, n. 1, 2001.

OFICINA DE LIBRAS - ESTRATÉGIA DE OTIMIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE SURDOS E OUVINTES NO SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL COM EQUIPE INTERDISCIPLINAR

MAIRA AUGUSTO DO CARMO

UNIFOR - Universidade De Fortaleza

INTRODUÇÃO

A relevância dos conceitos de linguagem e cultura é ressaltada por Woodward (2011, p. 56), ao afirmar que “[...] vivemos a nossa subjetividade em um contexto social no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência que temos de nós mesmos e no qual nós adotamos uma identidade”. O surdo constrói a sua identidade envolvendo traços culturais como língua, formas de relacionamento e percepção de mundo baseadas em fatores visuais e gestuais de sua comunidade. A comunicação do surdo por meio da língua de sinais possibilita a expressão do seu ser, na totalidade, porque se trata da voz cultural, que não é possível silenciar (SACKS, 2010, p. 104) A pessoa com surdez severa a profunda é singular devido às suas diferenças culturais e lingüísticas, fundamentadas na visualidade, o que promove impactos sociais do uso da língua de sinais. (RODRIGUES; QUADROS, 2015)

Cultura surda se constitui no jeito que o surdo entende e modifica o mundo às suas percepções visuais que contribuem para a definição das identidades e cultura do povo surdo (STROBEL, 2008, P. 24). Esta cultura tem a base no conceito de diferenças culturais e sociais, peculiares às minorias culturais.

Quanto às diferenças, Skliar (2011, p. 28) ressalta que “quase ninguém reconhece vozes cuja origem não seja as suas próprias [...] quase ninguém encarna a pegada que deixam outras palavras, outros sons, outros gestos, outros rostos”. Identificar as diferenças como algo positivo é tarefa árdua, em especial quando se trata de reconhecer que o outro é apenas diferente, não inferior.

No entanto, Cruz (2011), Quadros e Cruz (2011), se a criança surda não convive com a língua de sinais, o *input* lingüístico é insuficiente ou inadequado para que o processo de aquisição da linguagem ocorra mediada pela sua língua natural. Essa criança deve ter a oportunidade de contato posterior com a língua oral auditiva de seu país, como segunda língua (L2), se constituindo bilíngue. Nesse contexto as línguas de sinais se constituem com a complexidade de qualquer língua oral auditiva, como afirma Sacks (2010, p. 37).

[...] as verdadeiras línguas de sinais são, de fato, completas em si mesmas: sua sintaxe, gramática e semântica são completas, possuindo, porém, um caráter diferente do de qualquer outra língua falada ou escrita. Assim, não é possível transliterar uma língua falada para a língua de sinais palavra por palavra ou frase por frase – suas estruturas são essencialmente diferentes.

Dáí a necessidade de que a pessoa surda tenha acesso á cultura surda precocemente, para que, [...] desperte a atenção e memória visuais: como os falantes de

línguas orais-auditivas desenvolvem geralmente mais atenção e memória auditivas, é necessário um esforço para o desenvolvimento da percepção visual do mundo – um olhar, uma expressão fácil, sutis mudanças na configuração das mãos são traços que podem alterar o sentido da mensagem (GESSER, 2012, p. 5)

Para tanto, a Pedagogia Visual tem se constituído em importante ferramenta de mediação da aprendizagem baseada nas experiências visuais “[...] pois esta estratégia tem no signo visual um elemento determinante no processo de ensinar e aprender” (MUNGUBA; PORTO; PRADO E VASCONCELOS, 2014, p. 4).

Os aspectos discutidos até agora, tem sido um desafio à formação profissional da saúde, na perspectiva transdisciplinar. Albuquerque et al (2010) salientam que uma proposta de mudança na formação que inclui um modelo de atenção à saúde, apresentando o compromisso com as necessidades do usuário, provoca um novo perfil de profissional de saúde comprometido com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado. Assim, segundo Barbieri (2006), as propostas de reformulação de currículos universitários da área da saúde surgiram em conjunto com as propostas de reformulação do Sistema de Saúde. Tais propostas têm se pautado não só na consideração da diversidade regional e municipal, mas na articulação das políticas integradas nacionalmente pelo Conselho Nacional de Saúde.

Destacam Santos, Devincenzi e Batista (2011), que há carência qualitativa destes profissionais, que atuem adotando com base nas diretrizes do SUS, proporcionando um olhar voltado para as dificuldades e problemas no âmbito biológico, físico, social e ambiental da população. Nesta perspectiva, deve-se considerar que o atendimento ao usuário e sua família ocorre de forma integral e contínua, buscando desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase na saúde coletiva. Navarro, Illesca e Cabezas (2009) acrescentam que em um contexto de trabalho multiprofissional, são estabelecidas relações de horizontalidade e colaboração entre diversas profissões de saúde, o que provoca maior coesão e solidariedade entre os estudantes, bem como o desenvolvimento de habilidades sociais.

Entretanto, segundo Paranhos e Mendes (2010), a experiência de inserção dos estudantes no contexto dos serviços de forma integrada aos membros e equipes de saúde somente provocará aprendizagem se acontecer de forma ativa. Nesse caso, os estudantes necessitam se confrontar com situações reais de saúde tanto individuais como coletivas.

OBJETIVOS:

Descrever as estratégias da oficina de Libras para otimização da comunicação entre surdos e ouvintes no NAMI.

METODOLOGIA

O estudo é caracterizado por ser aplicado, que para Oliveira (2007), tem o objetivo de gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas

específicos; envolve verdades e interesses locais. Trata-se de uma abordagem qualitativa, que tem interesse em conhecer as qualidades do seu objeto de investigação, partindo de hipóteses levantadas pelo pesquisador (BAUER; GASKELL, 2014). As oficinas aconteceram mensalmente, as sextas-feiras, no período da tarde, no Núcleo de Atenção Médica Integrada- NAMI, no setor de Terapia Ocupacional. As oficinas eram mediadas por duas alunas e uma professora orientadora do curso de terapia ocupacional, sendo uma aluna surda; uma acadêmica do curso de fonoaudiologia; uma fisioterapeuta surda, e uma publicitária.

Foram totalizados cinco encontros mensais voltados para profissionais do serviço, sendo eles, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e atendentes da recepção.

Durante esse período foram trabalhados os seguintes temas: cultura e identidade surda, sinais básicos e cumprimentos, e casos situacionais do serviço. As oficinas eram compostas de explicações, aula expositiva, situações-problema, diálogo e treino em libras, tira-dúvidas, e comentários sobre o conteúdo exposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oficinas, que foram direcionadas para situações cotidianas encontradas no serviço, serviram de base para uma comunicação prévia, receptiva e inclusiva para o surdo, facilitando também, o diálogo e a compreensão do profissional ouvinte. Foram trabalhadas na oficina temáticas relacionadas as demandas do serviço, com possíveis dúvidas e informações do surdo para o atendente e/ou profissional ouvinte e do atendente e/ou profissional ouvinte para o usuário surdo. Cada encontro mensal abordava uma nova temática, sendo elas: Cultura e Identidade Surda, Sinais básicos de apresentação e cumprimento e casos situacionais. Durante cada oficina, havia espaço para que os profissionais tirassem dúvidas e comentassem sobre o que estava sendo realizado.

Para o registro das falas, serão usadas a inicial da profissão do profissional participante, seguido com uma numeração (ex.: Terapia Ocupacional, TO 1).

Sobre cultura e identidade surda:

“No serviço, antes da gente participar da oficina e conhecer esses conceitos, víamos o surdez como deficiência, e não como uma cultura”. (Fi 1)

“Achei interessante entender um pouco sobre a cultura surda e sobre essa língua que eu não sabia nada”. (TO 2)

“Existem diferenças que eu não sabia, principalmente porque a gente vê outra coisa na nossa formação acadêmica”. (Fo 3)

A pesquisadora surda Strobel (2008, p.26) afirma que “a cultura surda exprime valores, crença que, muitas vezes, se originaram e foram transmitidas pelos sujeitos surdos de geração passada ou de seus líderes surdos bem sucedidos, através das associações de surdos”. Cultura é um conceito que destaca formas de constituição de subjetividades que auxiliam na determinação e organização de grupos (SÁ, 2006). Em se tratando do surdo, este conceito tem um significado diferenciado, já que ele se

constitui na cultura surda que se trata do conjunto de significações simbólicas veiculadas pelo uso de uma língua, de estratégias e códigos sociais utilizados pelos surdos para viverem numa sociedade feita por e para ouvintes (SANTANA; BERGAMO, 2005). Assim, conhecer a cultura surda e aprender a utilizar esse conhecimento na abordagem ao povo surdo, assim como na sensibilização de familiares, profissionais e comunidade ouvinte, é determinante na proposta abordada. Percebe-se então, pelas falas destacadas, a importância da definição de alguns elementos da cultura surda, tanto para compreensão como para desmistificar termos preconceituosos comuns na sociedade atual.

Sobre os sinais básicos de apresentação e casos situacionais abordados nas oficinas:

“Como é legal aprender esses sinais. Eu ‘tô’ amando!”. (Fo 4)

“E como eu pergunto se o meu paciente está melhor?”. (TO 5)

“Agora podemos treinar umas com as outras aqui no setor.” (Fo 6)

“Essas aulas estão sendo um diferencial. Todo serviço deveria ter.” (Fi 7)

“Eu sempre sonhei que, tivéssemos essas oficinas aqui no serviço. E hoje eu vejo dando certo.” (TO 6).

A implantação das oficinas dentro de um setor de terapia ocupacional, baseado em um serviço interdisciplinar, tem viabilizado informações precisas sobre a cultura surda e língua de sinais, e também tem tornado esse local, um serviço diferenciado e qualificado, preparado para atender uma demanda surda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto das oficinas de libras tem possibilitado ao grupo de pesquisadores enriquecer e partilhar os estudos realizados durante o tempo de projeto. Trata-se então de uma proposta inovadora, incomum nos serviços de saúde; sendo um diferencial aos setores de atendimentos oferecidos hoje a população e em especial a clientela surda. Fala-se portanto de inclusão e de qualificação de atendimentos voltados para a reabilitação, sendo uma maneira de preparar o profissional para intervir junto ao paciente surdo, diminuindo assim as barreiras da comunicação. É intenção que o projeto volte a acontecer mensalmente e seja expandido para atender profissionais também de outros setores do Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI.

REFERÊNCIA

ALBUQUERQUE, V. S. et al. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos da Unifeso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 3 n.3. set/dez, 2010.

BARBIERI, F. B. *A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. 2006

BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 12. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRASIL. *Resolução Nº 466* – Conselho Nacional de Saúde, dezembro de 2012. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 2 set. 2015.

CRUZ, C. R. Avaliação e intervenção da linguagem na criança surda em uma abordagem bilíngüe. In: MOURA, M. C.; CAMPOS, S. R. L.; VERGAMINI, S. A. A. *Educação para surdos: práticas e perspectivas II*. São Paulo: Santos, 2011. p. 31-48.

GESSER, A. *O ouvinte e a surdez: sobre ensinar e aprender a Libras*. São Paulo: Parábola, 2012.

MUNGUBA, M. C.; PORTO, C. M. V.; PRADO E VASCONCELOS, W. C. *Pedagogia Visual – um jeito surdo de ensinar e aprender libras na Unifor*. In: Encontro de Práticas Docentes, 6., 2014, Fortaleza. *Anais eletrônicos...* Fortaleza, UNIFOR, 2014. Disponível em: <[HTTP://hp.unifor.br/encontros2014/](http://hp.unifor.br/encontros2014/)>. Acesso em 20 set. 2015.

OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto. V.18, n.1, p. 109-115, Jan/Fev., 2010.

QUADROS, R. M.; CRUZ, C.R. *Língua de sinais: instrumentos de avaliação*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, C. H.; QUADROS, R. M. Diferenças e linguagens: a visibilidade dos ganhos surdos na atualidade. *Revista Teias*, v. 16, n. 40, p. 72-88, 2015.

SÁ, N. L. *Cultura, poder e educação de surdos*. São Paulo: Paulinas, 2006
SANTANA, A. P.; BERGAMO, A. Cultura e identidade surdas: encruzilhada de lutas sociais e teóricas. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 26, n. 91, p. 565 – 582. 2005.

SACKS, O. *Vendo Vozes: uma viagem ao mundo dos surdos*. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SANTOS, I. G.; DEVINCENZI, M. U.; BATISTA, N. A. Interface da saúde e educação. In: SILVA, G. T. R.; ESPÓSITO, V. H. C. *Educação e saúde: cenários de pesquisa e intervenção*. São Paulo: Martinari, 2011, p. 349-360.

SKLIAR, C. Conversar e conviver com os desconhecidos. In: FONTOURA, H. A. (Org.). *Políticas públicas, movimentos sociais: desafios à pós-graduação em educação em suas múltiplas dimensões*. Rio de Janeiro: ANPEd Nacional, 2011. p. 27-37
STROBEL, K. L. *As imagens do outro sobre a cultura surda*. Florianópolis, SC: UFSC, 2008.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. T. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. 10 ed. Petrópolis. RJ: Vozes, 2011. P. 7-72.

PERCEPÇÕES TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR: PERSPECTIVAS EM ATIVIDADES ARTÍSTICAS

FLÁVIA DOS SANTOS COELHO, CAROLINA BARBOSA SAMPAIO, PALOMA DE LIMA MENDES MEDEIROS DE SOUZA, CLÉVIA DANTAS LUZ DE MATOS

Universidade do Estado do Pará

INTRODUÇÃO

O momento da hospitalização é uma situação de grande desamparo para o paciente e para os seus familiares, pois o hospital é considerado um local que proporciona medo e insegurança. Segundo Medeiros (2011), o ambiente hospitalar influencia na saúde do sujeito, pois é visto como um ambiente “frio e sem vida”, que pode desencadear estresse e agravos psíquicos, causando ainda mais sofrimento para o paciente.

A estrutura física de um hospital na maioria das vezes, não contribui para uma boa qualidade de vida do usuário. Medeiros (2011) também retoma o pensamento de Oliveira (2008) ao falar que alguns ambientes não satisfazem as necessidades de quem o utiliza, e conseqüentemente acontece uma desestruturação interna do hospitalizado, repercutindo em suas relações familiares e principalmente nas suas relações com os profissionais do hospital.

Outro fator que contribui no mal estar dos internados é a quebra do seu cotidiano e de papéis ocupacionais, pois como mostra o estudo de Rocha e Mello (2004) “todas as ações desenvolvidas dentro de um hospital fazem parte de alguma rotina e respondem a padrões preestabelecidos que visam garantir a ordem”. Desta forma, essa rotina exercida no hospital é indiferente as peculiaridades de cada sujeito, a qual é focada pelos padrões clínicos de controle das doenças e de organização do espaço. Quando se trata de associar a situação de internação com incapacidades físicas e psíquicas, o paciente sente-se limitado por depender de outras pessoas para realizar suas atividades de vida diária (AVD's), sente-se incomodado pela falta de autonomia e privacidade e até mesmo, surgem sentimentos de vazio e abandono por conta do afastamento de sua realidade (ROCHA; MELLO, 2004).

Devido a essa problemática, surge a necessidade de construir um olhar voltado a integração do corpo doente - que precisa de cuidados- á um corpo que possui identidade histórica, carregada de desejos, interesses, sentimentos e vontades, a qual considera que o indivíduo hospitalizado precisa ser visto com um olhar mais cauteloso e humanizado (ROCHA;MELLO, 2004).

Com isso, destaca-se que a Política de Humanização (PNH), segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), é uma política de assistência que tem como objetivo qualificar as práticas de gestão e atenção à saúde, correspondendo à produção de novas atitudes por parte de toda a equipe multiprofissional e de novas éticas no campo de trabalho, as quais podem superar os problemas e desafios do cotidiano.

Humanizar é muito mais do que proporcionar um trabalho altamente eficaz, mas também, além de outros fatores, é se tornar sensível frente às demandas emitidas pelos usuários dos serviços de saúde e ainda pelos fatores externos, como sociais, ambientais e políticos, por exemplo, que podem de certa forma dificultar a dinâmica das instituições de saúde (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011; FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Tendo como bases conceituais que visam a reorganização dos processos de trabalho em saúde, a PNH propõe ações que melhorem a experiência cotidiana de indivíduos que utilizam os serviços de saúde, sejam eles pacientes, trabalhadores ou gestores. Nesse sentido, ela propõe práticas centradas na modificação física de um dado espaço e/ou na sensibilização das relações interpessoais. Logo, essas modificações servem para fortalecer o Sistema único de Saúde (SUS) pautados nas formas de produzir e prestar serviços à população (FILHO; BARROS; GOMES, 2009; PASCHE; PASSOS, HENNINGTON, 2011).

Nesse sentido, destaca-se a utilização de atividades artísticas como recurso terapêutico que, sob os construtos da humanização, favorecem as potencialidades e habilidades ocupacionais do indivíduo no âmbito hospitalar. Por meio destas, pode-se proporcionar ao paciente uma assistência mais completa, de maneira a ressignificar seu cotidiano de forma humanizada, promovendo a potencial criativo no processo de internação (ELMESCANY, 2010).

OBJETIVOS

Descrever as percepções terapêuticas ocupacionais acerca de ações humanizadas no âmbito hospitalar, por meio das atividades artísticas.

METODOLOGIA

O trabalho consiste em uma amostra do projeto de pesquisa “Humanizartes”, realizadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, durante o período de Março de 2014 à Março de 2015, com o objetivo de humanizar o ambiente hospitalar através de práticas pautadas em atividades artísticas.

Para isto, utilizou-se de atividades artísticas baseadas no desenho, pintura e confecção de cartões junto a pacientes e acompanhantes internados no hospital. Sendo assim, para a construção deste trabalho, observou-se o desempenho de pacientes-participantes da pesquisa que estivessem internados nos setores de abrangência do projeto, como as enfermarias Santa Maria I e II do local. O referido trabalho foi aprovado pelo comitê de ética conforme o código Caae 30399114000005171.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de ações artísticas efetivas na FSCMP, sob as diretrizes de humanização, pôde-se observar a ressignificação do cotidiano hospitalar, principalmente

por meio da utilização de atividades artísticas com os usuários internados, no que diz respeito à quebra de paradigmas sobre o hospital como um local inóspito, onde a rotina apresenta-se de maneira repetitiva e ociosa, carregado de tensões, as quais estão associadas aos procedimentos clínicos dolorosos e a possibilidade de morte, mediante a determinada condição de saúde.

Corroborando com isso, Silva (2012) aponta que ao adoecer, o indivíduo encontra-se envolvido por complexas mudanças impostas pela doença, principalmente biológicas, além de alterações que envolvem os contextos em que este está inserido. Todos esses contextos interligam experiências de vida, relações sociais, crenças e valores pessoais de cada indivíduo, e os quais podem, até mesmo, ser afetados pelo processo de adoecer. Desse modo, ao ser internado, o indivíduo passa a enfrentar uma nova realidade geradora de mudanças repentinas e drásticas que ocasionam uma ruptura no cotidiano deste, e também o distanciamento da família.

Sendo assim, percebeu-se que as ações humanizadas praticadas no hospital puderam proporcionar à oferta de um ambiente mais agradável e acolhedor aos pacientes, além da minimização da condição de ociosidade, que geralmente este sujeito está submetido, e ao estresse hospitalar.

Por meio de atividades artísticas, pode-se observar, através dos relatos dos pacientes, que houve uma significativa minimização das tensões hospitalares vivenciadas por eles, visto que, por meio do fazer estes expressaram melhor bom humor, mostrando-se mais ativos e participativos, além de aumentar suas perspectivas de recuperação perante o quadro vivenciado, evidenciados por meio do aumento da esperança e de pensamentos positivos.

Com isso, Valladares e Silva (2011), afirmam que as oficinas artísticas no ambiente hospitalar se apresentam como uma ação inovadora em práticas de saúde e como um “recurso” de humanização, uma vez que possibilitam o resgate de habilidades pessoais dos pacientes, a expressão, a comunicação e a sua capacidade criativa, o que contribui no processo de quebra da rotina hospitalar e na ociosidade ocasionada por esta.

Também foi possível observar que as propostas de atividades artísticas efetivadas neste local, contribuíram para a quebra de paradigmas na inovação de cuidados, o resgate do acolhimento e a singularidade de atenção a cada indivíduo, pois, puderam favorecer as potencialidades e habilidades do paciente, torna-lo mais produtivo e ativo, e contribuir para que este também seja um agente transformador de seu tratamento, fatores esses fundamentais para o restabelecimento da saúde. Nesse sentido, Martins, Ferreira e Oliveira (2008), em seu estudo realizado com usuários e equipe técnica de um hospital afirmam que, as atividades realizadas por meio das artes possibilitaram uma melhora no estado de humos dos usuários, facilitando a sua adaptação e suas ocupações no hospital, promovendo assim a diminuição das tensões nesse ambiente, de modo a estimular o potencial criativo e a criatividade frente os fatores advindos do processo de internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações humanizadas realizadas no ambiente hospitalar, por meio da utilização da arte, contribuíram para a promoção da saúde dos usuários e a oferta de um ambiente mais acolhedor, visto que pôde-se proporcionar a minimização dos agentes estressores, a quebra da rotina hospitalar e a ressignificação do cotidiano vivenciado neste ambiente, os quais puderam ser observados a partir do empoderamento desses sujeitos nas atividades desenvolvidas.

Por meio do fazer, pode-se identificar o potencial terapêutico das atividades artísticas e, sob a influência das diretrizes de humanização, proporcionou-se aos pacientes participar, ativamente, do seu processo de tratamento de maneira a incitar a reflexão sobre sua essência humana, a qual é pautada por possibilidades e potencialidades.

REFERÊNCIAS

ANDREATTA, A.P. implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5052/1/000430143-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2015.

ELMESCANY, Érica. A arte na promoção da resiliência: um caminho de intervenção terapêutica ocupacional na atenção oncológica. **Rev. NUFEN** v.2 no.2 São Paulo, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2175-25912010000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 19 de abril de 2015.

FILHO, S. B. S.; BARROS, M. E. B. de.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Rev. Interface.** v. 13, n. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>> . Acesso em: 06 de março de 2015.

MARTINS, M.T.R.; FERREIRA, A.J.A.; OLIVEIRA, V.L.H. de. Desconstruindo e reconstruindo com arte: mais um passo para a humanização hospitalar. **Interagir: Pensando a extensão.** n. 3, p. 75-78, 2008. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/ojs/index.php/interagir/article/view/1675/1318>> Acesso em: 19. Abri. 2015.

MEDEIROS, J. A **vivência do ambiente hospitalar pela equipe de enfermagem.**Goiânia, 2011. Disponível em: <http://www.cpgss.ucg.br/ArquivosUpload/2/file/MCAS/Julia%20Maria%20Medeiros.PDF>. Acesso em: 04 de março de 2015.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.

16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>> . Acesso em: 06 de março de 2015.

ROCHA, E.; MELLO, M. A. Os sentidos do corpo e da intervenção hospitalar. DE CARLO, M.; LUZO, M.C. (orgs.). **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Rocca, 2004. Acesso em: 06 de março de 2015.

SILVA, P.J.C de. Sob a sombra do patológico: sujeito e verdade no adoecer. **Revista Latinoam. Psicopat.** Fund.: São Paulo, v. 15, n. 3, p. 540-548, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n3/07.pdf>.> Acesso em: 19 de Abril de 2015.

VALLADARES, A. C. A; SILVA, M. T. de. A arte-terapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. **Revista Gaúcha de Enfermagem (online)**: Rio Grande do Sul, v. 32, n.3, p. 443-450, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300002>.> Acesso em: 19 de Abril de 2015.

PERFIL DE CUIDADORES DE SUJEITOS COM AVC ATENDIDOS EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO FÍSICA DE UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO ESTADO DE SÃO PAULO

CAMILA CAMINHA CARO, DANIEL MARINHO CEZAR DA CRUZ

Universidade Federal De São Carlos

INTRODUÇÃO

O AVC é uma doença crônica que causa sequelas temporárias ou permanentes e necessita de um longo período de recuperação, muitas vezes caracterizado por uma dependência prolongada, tanto para suas atividades cotidianas quanto para contatos sociais, apoio emocional e ajuda financeira (JEONG et al, 2015). Nesse contexto faz-se necessário um cuidador para auxiliar esse sujeito, sendo a família a principal responsável por esses cuidados (PERLINI; FARO, 2005).

O cuidador familiar é definido como o indivíduo com vínculos parentais que assume a responsabilidade direta ou indireta pelo cuidado de um membro da família que se encontra doente ou dependente (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Esse cuidado, geralmente, é desempenhado por um único indivíduo, sem a ajuda de outros familiares ou de profissionais com formação especializada (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

Tradicional e historicamente, o papel de cuidadora é atribuído à mulher. Geralmente, quando esta reside no mesmo domicílio do sujeito em condição de dependência, torna-se cuidadora, seja do cônjuge, pais ou até mesmo filhos e irmãos. Devido a razões predominantemente culturais, o papel da mulher como cuidadora ainda é uma atribuição esperada pela sociedade (KARSCHI, 2003).

Tornar-se um cuidador de sujeito com AVC pode acarretar uma série de alterações na vida do sujeito que assume esse papel. Estudos apontam alterações nos papéis ocupacionais dos membros da família e nas relações maritais, impacto financeiro, comprometimento da vida profissional, além tempo para o autocuidado e lazer (BOCCHI, 2004; FALCÃO et al, 2004; PERLINI; FARO, 2005; BAUMANN et al, 2011).

Estudos apontam que o cuidado dispensado a indivíduos que sofreram AVC caracterizado por longos períodos, pode gerar sobrecarga e comprometimentos à saúde do familiar (PERLINI; FARO, 2005). Outro estudo também aponta que esse cuidado também pode ocasionar impactos na qualidade de vida dos cuidadores, uma vez que se observaram menores índices desta quando comparados a grupos controle (WHITE et al, 2006).

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo traçar o perfil sociodemográfico, de cuidados e de saúde

de cuidadores de sujeitos com diagnóstico de AVC do sexo masculino que são atendidos em serviços especializados em reabilitação de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Adotou-se uma pesquisa transversal descritivo-analítica, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por trinta (n=30) cuidadores de sujeitos com AVC do sexo masculino, com idade acima de 18 anos, que acompanhassem há mais de seis meses um familiar adulto, do sexo masculino, com um único episódio de AVC, sem outras doenças incapacitantes e inseridos em serviços de reabilitação.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de São Carlos, sob parecer de número 407.176. Os dados foram coletados em dois serviços públicos que oferecem assistência ambulatorial e domiciliar a sujeitos com deficiências físicas de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo – Brasil, com uma população média de 400 a 500 mil habitantes.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: (1) Ficha de identificação contendo dados sociodemográficos, aspectos relacionados ao cuidado e à saúde dos cuidadores; (2) Escala de Zarit Burden Interview (ZBI) para avaliar o nível de sobrecarga relacionada ao cuidado; (3) Escala Visual Analógica da Dor (EVA) para a dor; e (4) WHOQOL Bref (WB) para a qualidade de vida. As análises dos dados debruçaram-se sob a abordagem quantitativa, utilizando-se da análise descritiva simples.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os dados descritivos obtidos através da ficha de identificação dos participantes.

| Cuidadores (n=30) | |
|-----------------------------|-----------------------|
| | <i>Média (DP*)</i> |
| Idade (anos) | 58,70 (13,34) |
| Escolaridade (anos) | 4,93 (3,31) |
| Tempo de cuidado dispensado | 15,37 (15,37) |
| | <i>Frequência (%)</i> |
| Gênero | - |
| Feminino | 27 (90) |
| Masculino | 3 (10) |
| Estado civil | - |
| Casado/União estável | 25 (83) |
| Divorciado | 2 (7) |

| | |
|---|---------|
| Viúvo | 2 (7) |
| Solteiro | 1 (3) |
| Parentesco com o Sujeito com AVC | - |
| Esposa | 17 (57) |
| Filho/Filha | 7 (23) |
| Mãe | 2 (7) |
| Outros | 4 (13) |
| Qualificação profissional | - |
| Baixa | 27(90) |
| Alta | 3(10) |
| Exercício Profissional | - |
| Antes do início dos cuidados | 26 (87) |
| Após o início dos cuidados | 10 (33) |
| Problemas de Saúde | - |
| Sim | 25(73) |
| Não | 5(7) |
| Problemas emocionais | - |
| Sim | 10(33) |
| Não | 20(67) |
| Sono | - |
| Contínuo | 9(30) |
| Interrompido | 21(70) |
| 8 horas diárias | 2(2) |
| Acima de 8 horas | 8(27) |
| Abaixo de 8 horas | 20(67) |
| *DP = desvio padrão | |

Os cuidadores familiares eram predominantemente do sexo feminino, adultos, casados ou com união estável e cônjuges dos sujeitos com AVC, o que corrobora o estudo de Perlini e Faro (2005). Esses achados podem ser explicados em detrimento da amostra ser composta exclusivamente por indivíduos com AVC do sexo masculino, sendo o cuidado advindo principalmente do cônjuge.

Também se observaram baixos índices de escolaridade entre amostra, assim como no estudo de Perlini e Faro (2005). Outro aspecto identificado foi a baixa qualificação profissional, bem como redução de 87% para 33% das atividades profissionais após o início dos cuidados. Confirmando esses dados, o estudo de Grunfeld e colaboradores (2004) também apontou uma taxa de 5% de redução das atividades laborais dos cuidadores após estes assumirem os cuidados do familiar

adoecido. Esse fato se dá pela necessidade de auxílio contínuo ao familiar, bem como pela dificuldade em conciliar tais atividades.

No que se refere aos aspectos de saúde, observou-se que 73% da amostra apresentava problemas de saúde, enquanto 33% problemas de cunho emocional. O sono era caracterizado por interrupções e por períodos inferiores à 8 horas diárias. Esses fatores podem ser explicados pelo fato do cuidar acarretar alterações na rotina dos indivíduos, levando-os a alterações na saúde física e emocional (BOCCHI, 2005).

A Tabela 2 apresenta os dados descritivos dos instrumentos utilizados por este estudo: (1) Escala de Zarit Burden Interview (ZBI); (3) Escala Visual Analógica da Dor (EVA); e (4) WHOQOL Bref (WB).

Tabela 2 – Dados descritivos dos instrumentos

| Cuidadores (n=30) | | |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|
| | <i>Média (DP*)</i> | <i>Frequência (%)</i> |
| Sobrecarga | 29,6(17,26) | - |
| Ausência a pouca | - | 9(30) |
| Moderada | - | 15(50) |
| Moderada a severa | - | 4(13) |
| Severa | - | 2(7) |
| Dor no corpo | 5,45(3,90) | - |
| Qualidade de vida | 62,06(17,26) | - |
| Físico | 64,63(23,84) | - |
| Psicológico | 61,81(19,67) | - |
| Ambiental | 60,56(17,08) | - |
| Social | 61,15(20,31) | - |
| *DP = desvio padrão | | |

Observou-se o predomínio de sobrecarga moderada entre os cuidadores e uma média de 26,9 pontos. O estudo de Pereira e colaboradores (2013) apresentou dados próximos aos desta pesquisa. Esses níveis elevados de sobrecarga podem explicados pelo longo período de dedicação aos cuidados, bem como por aspectos relacionados ao cuidado, como o isolamento social; as mudanças e insatisfações sociais; as dificuldades financeiras; os déficits na saúde e no autocuidado do cuidador, assim como aspectos relacionados ao desgaste físico e emocional ocasionado pelo cuidado (BOCCHI, 2004).

Outro fator observado foram os altos níveis de dor entre a amostra, assim como índices mais baixos de qualidade de vida nos domínios físico e social do WB. Esses fatores podem ser compreendidos como sintomas secundários a sobrecarga, tendo em vista estudos que relacionam tais variáveis (MARTINS, RIBEIRO, GARRET, 2003;

BOCCHI, 2004). Esses aspectos também podem ser explicados pelas demandas físicas decorrentes do cuidado, bem como pelas alterações na participação em atividades sociais, atividades físicas, cuidados com a saúde, dentre outros (BOCCHI, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que este estudo possa contribuir para a compreensão dos aspectos sociodemográficos, de cuidados e de saúde em cuidadores de sujeitos com AVC do sexo masculino a partir das evidências encontradas, a fim de identificar possíveis alterações na vida destes sujeitos que assumem o cuidado de seus familiares. Também se espera que os dados apresentados possam promover direcionamentos para novas políticas públicas e ações no contexto da terapia ocupacional em relação ao cuidador familiar do sujeito com AVC.

REFERÊNCIAS

BAUMANN, M.; LURBE-PUERTO, K.; ALZAHOURI, K.; AÏACH, P. Increased Residual Disability Among Poststroke Survivors and the Repercussions for the Lives of Informal Caregivers. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v.18, n.2, p.162–171, 2011.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, 2004.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do Idoso doente no domicílio, na voz de cuidadores familiares. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.6, n.2, p.254-271, 2004.

FALCAO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p.95-101, 2004.

GRUNFELD, E.; COYLE, D.; WHELAN, T.; CLINCH, J.; REYNO, L.; EARLE, C. C.; WILLAN, A.; VIOLA, R.; CORISTINE, M.; JANZ, T.; GLOSSOP, R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. **Canadian Medical Association Journal**, v.170, n.12, p.1795-1801, 2004.

JEONG, Y. G.; JEONG, Y. J.; KIM, W. C.; KIM, J. S. The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. **Journal of Physical Therapy Science**, v.27, n.5, p. 1543-47, 2015.

KARSCH, U. M. S. Idosos dependentes: famílias cuidadoras. *Cadernos de Saúde Pública*. v.19, n.3, p.861-866, 2003.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal. Parte 1. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.35, n.2, p.257-264, 2001.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.4, n.1, p.131-148, 2003.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.39, n.2, p.154-163, 2005.

WHITE, C. L.; POISSANT, L.; COTÉ-LEBLANC, G.; WOOD-DAUPHINEE, S. Long-Term Caregiving After Stroke: the impact on caregivers' quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing*, v.38, n.5, p.354-60, 2006.

PERFIL DE HOMENS COM AVC ATENDIDOS POR SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO FÍSICA DE UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO ESTADO DE SÃO PAULO

*CAMILA CAMINHA CARO
DANIEL MARINHO CEZAR DA CRUZ*

Universidade Federal De São Carlos

INTRODUÇÃO

O AVC é ocasionado por uma interrupção no fluxo vascular cerebral, de origem isquêmica ou hemorrágica, decorrente de etiologias diversas e fatores predisponentes. O evento é caracterizado por alterações histopatológicas em áreas encefálicas e consequente morte neuronal. As alterações causadas pelo AVC podem ser de origem física, cognitiva ou comportamental, dependendo da área lesionada (BRUST, 2012).

Aproximadamente 15 milhões de indivíduos sofrem esse tipo de doença cerebrovascular no mundo, com prevalência em países de industrialização tardia (GRYSIEWICZ et al, 2008). Dentre esses, cerca de cinco milhões vão a óbito e os outros cinco milhões ficam incapacitados permanentemente.

No Brasil, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade, com dados que demonstram uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, além de taxa de fatalidade de 18,5% 30 dias após a lesão e 30,9% aos 12 meses, com índice de recorrência de 15,9% após o primeiro episódio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Em vista disso, ocasiona grandes impactos sociais e econômicos no país.

A prevalência do AVC é mais comum em indivíduos idosos e sua incidência dobra a cada década após os 55 anos (RODGERS, 2004). Com o envelhecimento populacional, a doença tornou-se um importante problema de saúde pública. Embora mais incidente em idosos, estudos também tem evidenciado a presença significativa em indivíduos jovens e adultos, com idade entre 20 e 59 anos (FALCÃO et al, 2004).

O AVC apresenta diferenças em relação ao gênero, sendo mais prevalente entre os sujeitos do sexo masculino, conforme dados da American Heart Association (ROGER et al, 2012). Outra diferença refere-se à independência funcional, uma vez que estudos mostram que as mulheres metade da probabilidade de serem independentes nas atividades básicas de vida diária e de retornarem às suas atividades, sendo a incapacidade mais frequente ou mais grave do que no sexo masculino (FALCÃO, 2004).

O AVC provoca deficiências sensório-motoras contralaterais à lesão cerebral com impacto no desempenho motor cotidiano (BOUKADIDA et al, 2015). Além das alterações motoras, ocasiona prejuízos cognitivos significativos em cerca de dois terços dos sujeitos (GORELICK et al, 2011). Essas alterações podem ser de origem temporária ou permanente, exigindo de um longo período de recuperação e causando déficits

funcionais e impactos na vida cotidiana, especialmente para as atividades de vida diária (BAUMANN et al, 2011).

Diante dessas questões, a reabilitação é apontada como importante fator na melhora da qualidade de vida desses indivíduos, podendo ser definida como o conjunto de ações que são desenvolvidas para o restabelecimento e manutenção das funções motoras, cognitivas e sensoriais, reintegração do sujeito ao seu círculo familiar e social, bem como para educação do sujeito e sua família (CAETANO et al, 2007).

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo traçar o perfil sociodemográfico, clínico e funcional de sujeitos com AVC, atendidos por serviços municipais especializados em reabilitação de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Adotou-se uma pesquisa transversal descritivo-analítica, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por trinta (n=30) homens adultos, com diagnóstico de AVC há mais de seis meses, sem outras doenças neurológicas e incapacitantes associadas e inseridos em serviços de reabilitação há mais de 6 meses.

A pesquisa foi realizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de São Carlos, parecer número 407.176. Os dados foram coletados em dois serviços públicos que oferecem assistência ambulatorial e domiciliar a sujeitos com deficiências físicas de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo – Brasil, com uma população média de 400 a 500 mil habitantes.

Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: (1) Ficha de Identificação, contendo dados sociodemográficos, características do AVC e aspectos relativos à saúde; (2) Mini Exame do Estado Mental (MM); e (3) Medida de Independência Funcional (MIF). As análises dos dados debruçaram-se sob uma abordagem quantitativa, utilizando-se da análise descritiva simples.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os dados descritivos obtidos através da ficha de identificação dos participantes.

| Sujeitos com AVC (n=30) | |
|--------------------------------|--------------------|
| | <i>Média (DP*)</i> |
| Idade (anos) | 70,27 (11,48) |
| Escolaridade (anos) | 3,16 (1,96) |

| | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| Tempo de lesão (meses) | 12,50 (15,31) |
| Tempo de reabilitação (meses) | 9,10 (10,53) |
| | Frequência (%) |
| Estado civil | - |
| Casado/União estável | 23 (77) |
| Divorciado | 3 (10) |
| Viúvo | 3 (10) |
| Solteiro | 1 (3) |
| Qualificação profissional | - |
| Baixa | 29(97) |
| Alta | 1(3) |
| Exercício profissional | |
| Antes do AVC | 30 (100) |
| Após o AVC | 3 (10) |
| Tipo de AVC | - |
| Isquêmico | 17 (57) |
| Hemorragico | 6 (20) |
| Não especificado | 7 (23) |
| Hemisfério Cerebral Lesionado | - |
| Direito | 15(50) |
| Esquerdo | 14(47) |
| Não especificado | 1(3) |
| Déficit Motor | - |
| Hemiparesia/hemiplegia esquerda | à 15(50) |
| Hemiparesia à direita | 12(40) |
| Ausência de déficit motor | 3(10) |
| Problemas de Saúde | - |
| Sim | 26(87) |
| Não | 4(13) |
| *DP = desvio padrão | |

A amostra de sujeitos com AVC mostrou-se preminentemente idosa, casada, aposentada e com baixos níveis de escolaridade e de qualificação profissional, assim como em outro estudo nacional com sujeitos com AVC (CRUZ et al, 2014).

Também se observaram baixos índices de retorno às atividades laborais após o evento cerebrovascular. O estudo de Cruz e colaboradores (2014) corrobora esses dados, apontando perda do papel de trabalhador após o AVC. Esse fator pode ser explicado pela baixa escolaridade e empregos em cargos auxiliares, que exigem mais

esforço físico do que intelectual, e desse modo, incidem em influências negativas para o desempenho do papel social do trabalho (VELTRONE; ALMEIDA, 2010).

As lesões eram predominantemente isquêmicas, à direita, com sequelas de hemiparesia à esquerda e tempo de lesão e de reabilitação entre 6 e 12 meses, sendo também preeminente a presença de comorbidades associadas ao AVC como hipertensão, cardiopatias e diabetes mellitus. Nesse sentido, a prevalência do AVC no sexo masculino, bem a presença dessas comorbidades, pode estar relacionada à maior exposição a fatores de risco para a doença, bem como menores índices de cuidados com a saúde, conforme Figueiredo (2008).

A Tabela 2 apresenta os dados descritivos dos instrumentos utilizados por este estudo: (1) Mini Exame do Estado Mental (MM); e (2) Medida de Independência Funcional (MIF).

Tabela 2 – Dados descritivos dos instrumentos

| Tabela 2 | | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Sujeitos com AVC (n=30) | | |
| | <i>Frequência (%)</i> | <i>Média (DP*)</i> |
| Independência Funcional | - | 81,83 (34,96) |
| Independência | 11(37) | - |
| Dependência | 18(63) | - |
| Cognição | - | 62,06 (17,26) |
| Presença de déficits | 23(77) | - |
| Ausência de déficits | 7(23) | - |
| *DP = desvio padrão | | |

Através dos instrumentos observaram-se altos índices de alterações cognitivas e dependência funcional entre os sujeitos com AVC, assim como no estudo de Costa, Silva e Rocha (2011) e Cruz e Diogo (2009).

Esses dados podem ser explicado pela idade avançada dos sujeitos com AVC deste estudo, uma vez que esta apresenta uma relação muito próxima com dependência funcional e o declínio cognitivo (RABALDI, 2008). Outro possível fator para explicar esses dados consiste na alta prevalência de lesões no hemisfério cerebral esquerdo, haja vista que estas ocasionam maiores prejuízos cognitivos e funcionais entre os indivíduos que sofreram AVC (SPALLETTA et al, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que este estudo possa contribuir para a compreensão dos aspectos sociodemográfico, clínico e funcional em sujeitos com AVC do sexo masculino a partir das evidências encontradas. Também se espera que os dados apresentados possam promover direcionamentos para novas políticas públicas e ações no contexto da terapia ocupacional em relação ao sujeito com AVC.

REFERÊNCIAS

BAUMANN, M.; LURBE-PUERTO, K.; ALZAHOURI, K.; AÏACH, P. Increased Residual Disability Among Poststroke Survivors and the Repercussions for the Lives of Informal Caregivers. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v.18, n.2, p.162–171, 2011.

BOUKADIDA, A.; PIOTTE, F.; DEHAIL, P.; NADEAU, S. Determinants of sit-to-stand tasks in individuals with hemiparesis post stroke: a review. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v.58, n.3, p.167-72, 2015.

BRUST, J. C. M. Circulation of the brain. In: KANDEL, E. R.; SCHAWARTZ, J. H. JESSEL, T. M. **Principles of neural science**. 4 ed. New York: Mc Graw-Hill, 2000.

CAETANO, J. A.; DAMASCENO, M. M. C.; SOARES, E.; FIALHO, A. V. M. Rehabilitation process experience after a cerebral vascular accident: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.2, 2007.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.5, 2011.

CRUZ, D. M. C.; VASCONCELOS, F. E. O.; CARO, C. C.; SILVA, N. S.; LYMPIUS, J. Entre perdas e ganhos: os papéis ocupacionais de pessoas pós-acidente vascular encefálico. **Revista FSA**, v.11, n.2, p.329-349, 2014.

CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.5, p.666-672, 2009.

FALCAO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p.95-101, 2004.

FIGUEIREDO, W. S. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GORELICK, P. B.; SCUTERI, A.; BLACK, S. E. et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v.42, n.9, p. 2672-713, 2011.

GRYSIEWICZ, R. A.; THOMAS, K.; PANDEY, D. K. Epidemiology of Ischemic and Hemorrhagic Stroke: incidence, prevalence, mortality, and risk factors. **Neurologic Clinics**, v.26, n.4, p.871-95, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Brasil, 2013.

RABADI, M. H.; RABADI, F. M.; EDELSTEIN, L.; PETERSON, M. Cognitively impaired stroke patients do benefit from admission to an acute rehabilitation unit. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v.89, n.3, p.441-448, 2008.

RODGERS, H. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a populationbased study. **Stroke**, v.35, p.7-11, 2004.

ROGER, V. L.; GO, A. S.; LLOYD-JONES, D. M.; BENJANMIM, E. J.; BERRY, J. D.; BORDEN, W. B. et al. Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 125, n. 1, 2012.

SPALLETTA, G.; GUIDA, G.; ANGELIS, D.; CALTAGIRONE, C. Predictors of cognitive level and depression severity are different in patients with left and right hemispheric stroke within the first year of illness. **Journal of Neurology**, v.249, n.11, p.1541-1551, 2002.

VELTRONE, A. A.; ALMEIDA, M.A. Perfil da pessoa com deficiência no mercado de trabalho na cidade de São Carlos. **Revista de Educação Especial**, Santa Maria, 2010, v. 23, n. 36, p. 73-90.

PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AS EXPERIÊNCIAS NO PET-SAÚDE

PALOMA DE LIMA MENDES MEDEIROS DE SOUZA, FLÁVIA DOS SANTOS
COELHO, GISELY GABRIELY AVELAR CASTRO

Universidade Do Estado Do Pará

Introdução

Durante a avaliação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró- Saúde), notou-se a importância da inserção também dos discentes nos serviços assistenciais de saúde e de formas de financiamento que contribuíssem para a efetivação da interação ensino-serviço. Desta forma, como estratégia complementar do Pró-Saúde, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), criado por iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, a partir da Portaria Interministerial nº 1.802 (RODRIGUES *et al*, 2013). Como uma forma de integrar e efetivar as ações do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde caracteriza-se pela formação de grupos interdisciplinares, os quais fomentam aprendizagens tutoriais em áreas prioritárias para o SUS. A origem do programa busca envolver diversas profissões na área da saúde, ressaltando-se o terapeuta ocupacional, as quais tem por objetivo criar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), proporcionando aos discentes o aprimoramento das práticas profissionais por meio de estágios e vivências nas instituições de ensino superior em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (RODRIGUES *et al*, 2013).

O PET-SAÚDE tem como premissa apoiar a integração da tríade ensino, serviço e comunidade, para as experiências formativas e capacitação de acadêmicos e profissionais frente às necessidades dos serviços de saúde e às demandas da comunidade. Assim, o PET-Saúde visa não somente a formação de profissionais de saúde para uma melhor qualificação técnica, científica e acadêmica, mas também objetiva desenvolver o senso crítico, o desempenho da cidadania, o incentivo ao exercício da função social através da educação superior, orientada pelo princípio entre ensino, pesquisa e extensão. O programa busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes, os quais são denominados preceptores junto à população ativa (FERREIRA *et al*, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2008) são objetivos do PET-Saúde: Possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; Estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior,

orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; Desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; Contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; Sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; dentre outros.

Objetivos

Relatar as contribuições do PET-SAÚDE para a formação acadêmica em Terapia Ocupacional.

Metodologia

O presente trabalho consiste em um relato da experiência de acadêmicas do 3º ano de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA), em duas Estratégias Saúde da Família na cidade de Belém- PA, ocorrido no período de maio de 2014 a junho de 2015, pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE).

Como métodos assistenciais à comunidade e práticas terapêuticas ocupacionais, utilizou-se atividades de Salas de espera de cunho dinâmico (caracterizadas pelo envolvimento tanto da equipe profissional da ESF, quanto das acadêmicas e usuários do serviço), dinâmicas grupais, grupos terapêuticos, capacitação aos Agentes Comunitários de Saúde, rodas de conversas sobre diversas temáticas, dentre elas, o aleitamento materno, higiene do bebê, estimulação precoce, estágios do desenvolvimento infantil, saúde do trabalhador, o estresse como fator agravante para hipertensão, déficits cognitivos, prevenção de quedas, além de visitas domiciliares a diversos públicos, como as gestantes, os idosos e adolescentes.

Para a realização dessas atividades nas Estratégias Saúde da Família, teve-se como recurso a utilização de folders, cartazes, elaboração de um vídeo de sensibilização sobre a saúde do trabalhador, orientações ambientais nas visitas domiciliares, demonstração de cuidados básicos com o recém-nascido e orientações sobre algumas áreas de desempenho ocupacional dos usuários, como atividades de vida diária, o trabalho e participação social, a fim de que fossem esclarecidas algumas dúvidas dos participantes, para a realização satisfatória nessas questões.

Como fundamentação teórica para o desenvolvimento desse trabalho, buscou-se artigos na Língua Portuguesa dos seguintes sites: Google Acadêmico, Bireme e Scielo. Em seguida, foi dada prioridade a trabalhos mais recentes, publicados nos últimos cinco anos (2010-2015) Os descritores usados na pesquisa foram do Descritores em Ciências da Saúde- DeCS consistindo em: Programas; Estratégia Saúde da Família e Terapia Ocupacional.

Resultados e Discussão

A partir das práticas desenvolvidas nas Estratégias Saúde da Família percebeu-se uma ampliação do olhar terapêutico ocupacional, no que tange as reais demandas dos usuários dos serviços de Saúde, principalmente na Atenção primária. Essa perspectiva está associada ao estudo de Caldas *et al.* (2012), a qual afirma que essas metodologias ensino-aprendizagem no PET-Saúde favorecem o encontro com a realidade, o diálogo e o trabalho interdisciplinar.

Notou-se que o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde favoreceu não só a formação acadêmica das discentes, mas também um maior domínio de suas futuras práticas profissionais, associando-se com as mudanças pessoais, capazes de aprimorar a identificação das demandas dos indivíduos frente as suas ocupações e relacioná-las com cotidianos peculiares, inseridos em comunidades específicas, com realidades diversas, as quais, na maioria das vezes, estão associadas a escassez de recursos financeiros, de informação e de acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, Caldas *et al.* (2012) ratificam louváveis oportunidades de ensino-aprendizagem por discentes inseridos no PET-SAÚDE, os quais, em suas práticas, utilizam-se de arcabouços teórico-metodológico, além de um raciocínio clínico acerca das realidades que enfrentam. Dessa maneira, isto influencia para o aprimoramento de suas práticas profissionais, a fim de melhor assistir os usuários dos serviços de saúde. No que diz respeito ao desempenho dos usuários das Estratégias, diante das contribuições e serviço da Terapia Ocupacional, estes mostraram-se sempre dispostos e interessados pelas atividades terapêuticas ocupacionais, mesmo sendo coordenadas por acadêmicas do PET-SAÚDE, o que nos possibilitou maior domínio em relacionar a teoria com a prática, conseguindo então alcançar com satisfação a tríade proposta como objetivo no programa: o ensino, serviço e comunidade.

Ainda sobre o trabalho especificamente da Terapia Ocupacional no programa, verificou-se inúmeras possibilidades de atribuições de papéis ocupacionais aos indivíduos, visto que muitas vezes, os usuários do serviço levantaram demandas sobre essa temática, e que por meio dos grupos de atividades terapêuticas, conseguiam observar suas habilidades para execução de atividades manuais, artísticas, corporais, com objetivo de proporcionar novas possibilidades a esses indivíduos. Ou seja, por meio do fazer, o indivíduo pode deparar-se com suas peculiaridades, possibilidades e potencialidades. Pode redescobrir-se enquanto ser atuante no mundo. Logo, as atividades terapêuticas possuem o potencial de estimular a criatividade humana, no qual o homem se reinventa podendo deparar-se com sua essência (LIBERMAN, 2010).

Observou-se também os diversos significados que eles atribuem às suas ocupações, levando sempre em consideração seus contextos sociais, culturais, pessoais e temporais, os quais afetam diretamente em seu engajamento ocupacional, aprimorando então a percepção holística das acadêmicas sob os indivíduos. Campos e Foster (2008) citados no estudo de Caldas *et al.* (2012) analisam a inserção de alunos em Equipes de Saúde da Família e consideram que estas experiências acarretam em mudanças na

maioria dos estudantes, os quais passam a compreender a abordagem do usuário como um ser biopsicossocial.

Considerações Finais

Logo, torna-se de fundamental importância a presença de acadêmicos das diversas áreas da saúde nestes programas universitários, pois é o meio pelo qual o discente terá possibilidade de se deparar com as reais demandas dos usuários dos serviços de saúde e perceber a verdadeira dinâmica dos serviços assistenciais na Atenção primária.

No que concerne à Terapia Ocupacional, a relevância está em assimilar as teorias estudadas na academia, estabelecendo as relações entre fundamentos e práticas, relacionadas às responsabilidades do profissional em compreender o ser humano de forma holística, considerando seus aspectos biopsicossociais no engajamento de suas ocupações.

Referências

CALDAS, Juliana; LOPES, Aline; MENDONÇA, Raquel; FIGUEIREDO, Adriana; LONTS, Juliana; FERREIRA, Efigênia; FIGUEIRA, Taís. A Percepção de Alunos Quanto ao Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 33 36 (1, Supl. 2) : 33-41; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a06v36n1s2.pdf>. Acesso em: 30 de setembro de 2015.

FERREIRA, Vinícius; BARRETO, Renata; OLIVEIRA, Emilie; FERREIRA, Pedro; SANTOS, Larissa; MARQUES, Vitor; SOUZA, Monaliza; MENEZES, Vanessa; SOARES, Karla; OLIVEIRA, Laís; SOUZA, Lorena; MENDES, Rízia; PINTO, Edmundo; BITTENCOURT, Maria; TAPIOCA, Silvana; ALMEIDA, Rita; LINHARES, Andréa; FARIAS, Alessandra; SANTANA, Meire. PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 147 36 (1, Supl. 2) : 147-151; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a21v36n1s2.pdf>. Acesso em: 30 de setembro de 2015.

LIBERMAN, F. O corpo como pulso. **Revista Interfaces**, v.14, n. 33, p. 449-460, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a17v14n33.pdf>> Acesso em: 30 de setembro de 2015.

Ministério da Saúde. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.802, DE 26 DE AGOSTO DE 2008. Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html.

Acesso em: 30 de setembro de 2015.

RODRIGUES, Ana Áurea; JULIANO, Iraildes; MELO, Marisa; BECK, Carmem Lúcia; PRESTES, Francine. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 184 36 (1, Supl. 2) : 184-192; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a27v36n1s2.pdf>. Acesso em: 30 de setembro de 2015.

PROMOÇÃO DA CIDADANIA PELO FAZER: A TERAPIA OCUPACIONAL NA CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DE SUJEITOS SOCIAIS

*RONISSON DANIEL FERNANDES, TAINARA BRITES DE FREITAS, KELLY DO
VALLE, RENATA CARUSO MECCA, MARCIA CABRAL DA COSTA*

Universidade Federal Do Rio De Janeiro

INTRODUÇÃO

Os eventos Ação Comunitária da Luta Antimanicomial e a Feira da Família são realizados anualmente desde 2013. A Ação comunitária da Luta Antimanicomial tem como intuito divulgar e construir novas formas de cuidado e convivência com pessoas com transtornos mentais junto com as comunidades cobertas pela ESF através de atividades culturais em parceria com os serviços de saúde mental do município.

Concomitantemente acontece a Feira da Família que consiste num levantamento do repertório cultural das famílias referidas à ESF expresso nas atividades que seus membros realizam artesanalmente e que mantém a dinâmica tradição-inovação impressa na sua história. Os produtos destas atividades são expostos na feira, com a possibilidade de geração de renda e ensino das técnicas de realização. Os eventos produzem um espaço de visibilidade e circulação para pessoas com deficiência e em vulnerabilidade social no território; empoderamento de lideranças; e sensibilização das equipes da ESF para promoção de saúde em articulação com a cultura local.

A experiência relatada foi desenvolvida como forma de aproximação da Universidade com a comunidade, contribuindo para a formação dos estudantes para o SUS e alinhada às demandas de saúde do território. Compondo ações do curso de Terapia Ocupacional no Pró- Saúde III da UFRJ junto à Estratégia Saúde da Família (ESF) do Centro Municipal de Saúde Madre Tereza de Calcutá, na Ilha do Governador, na cidade do Rio de Janeiro, a experiência com os dois eventos compreende importantes elementos de reflexão sobre como a Terapia Ocupacional em ações territoriais pode promover a criação de espaços de trocas sociais, valorização e conhecimento das diversas culturas que compõem o território, favorecendo o enraizamento e a produção de mais cultura a partir do encontro das diferenças, o que permite aprender a conviver e compartilhar identidades múltiplas (CANCLINI, 2003; BARROS et al., 2007).

OBJETIVOS

Ao apresentar a experiência desenvolvida como atividade de extensão do curso de Terapia Ocupacional da UFRJ junto a ESF, e em articulação com os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e comunidade, este trabalho se propõe a colaborar ao debate da importância de vincular práticas de atenção à saúde com o fortalecimento de redes de solidariedade e suporte social, fomentando diálogo entre diferentes atores

sociais e empoderamento dos sujeitos envolvidos. Em consonância com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e necessidade de avanço de suas propostas, destaca ainda a importância de ações culturais como forma de dinamizar os modos de conceber a loucura no território, e as estratégias de cuidado em saúde mental junto às equipes da ESF, desconstruindo um olhar marcado pela incapacidade e periculosidade.

MÉTODO

Dois grupos de acadêmicos bolsistas foram responsáveis em fazer a articulação com os serviços e expositores e assegurar este espaço participativo. O grupo da Luta Antimanicomial se responsabilizou pelo contato e visitação aos serviços de saúde mental do município, em especial os CAPS, apresentando a proposta do evento e convidando profissionais e usuários à participação das reuniões com o grupo gestor, e levantando o interesse por apresentar atividades ou produtos no dia do evento. O grupo da Feira da Família se responsabilizou em fazer um levantamento de possíveis expositores referidos ESF do CMS Madre Tereza de Calcutá e divulgação da proposta junto à comunidade e profissionais do CMS, dentre os quais principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes últimos foram atores-chave para o levantamento e cadastramento dos expositores através de fichas que destacavam as atividades artesanais realizadas pelos membros da comunidade e por dar suporte à participação de sujeitos em sofrimento psíquico, com dificuldades motoras ou que necessitavam da articulação de uma rede para viabilizar a produção artesanal e sua venda. Além disso, articularam os recursos do território junto aos líderes comunitários para a divulgação e realização dos eventos.

Em sua organização e planejamento contou com um grupo de trabalho gestor que se reuniu mensalmente composto por moradores, líderes comunitários e equipe da ESF. Os eventos são realizados com atividades culturais organizadas em parceria com a unidade, usuários, trabalhadores e serviços de saúde mental do município. Os eventos e as atividades expostas ocorrem na praça de uma das comunidades cobertas pela ESF do CMS Madre Tereza de Calcutá, admitindo também apresentação de produtos a serem comercializados como forma de geração de renda aos expositores.

RESULTADOS

A proposta dos eventos está alinhada a uma concepção de saúde não restrita à ausência de doença e a uma proposta de cuidado cuja ênfase não está no processo de cura e sim no processo de invenção da saúde e de novas formas de sociabilidade (AMARANTE, 1996, apud CAMPOS, 2007).

Destaca-se neste trabalho que as atividades humanas são compreendidas no interior de processos reais de vida, utilizadas como instrumento de emancipação pessoal e social através de um cuidado singular de cada participante que promove o reconhecimento de seu fazer associado à cultura local, referido às histórias grupais,

articulado ao meio social e ao contexto da vida cotidiana (HELLER, 2014; BARROS et al. 2002a; 2002b). Esta síntese pretende colocar como importante instrumento de reflexão para Terapia Ocupacional o lugar do fazer no cotidiano.

O cotidiano é estruturado pelas atividades humanas que são marcadas por questões universais do ser humano e singulares de cada sujeito. A investigação das atividades significativas (CANÍGLIA, 2005) presentes no cotidiano dos serviços de Saúde Mental e dos moradores cobertos pela ESF do CMS Madre Tereza de Calcutá e sua utilização na construção de redes de troca e de afetos promove o fortalecimento do tecido social e a problematização de noções de cidadania, participação democrática e acessibilidade aos espaços públicos e aos serviços.

Na proposta da Feira da Família destaca-se o acesso das comunidades a serviços e bens culturais, conhecimento e reconhecimento de sua produção e modos de vida que compõem seu cotidiano como patrimônio cultural local, na perspectiva da diversidade cultural e da cultura como direito social básico (DORNELES, 2011).

Ambos os eventos prevêem o empoderamento de oficinas que já acontecem na ESF, ampliando sua produção e difusão; e a sensibilização das equipes da ESF para construção de espaços de promoção de saúde e participação social a partir de atividades culturais que resgatam os potenciais criativos das comunidades numa ação coletiva e territorial.

Em 2015, os eventos contaram com 23 expositores das comunidades, 4 atividades apresentadas pelos alunos de Terapia Ocupacional da UFRJ cursando a disciplina de Terapia Ocupacional em Saúde Mental, 6 apresentações culturais dos serviços de Saúde Mental, produtos e atividades resultantes das ações da ESF, entre elas Oficina de Mulheres, Oficina de Horta e a Academia Carioca. Em comparação ao evento de 2014, houve um aumento no número de expositores, como mostra a tabela a seguir:



Esta participação heterogênea, envolvendo diferentes vinculações sociais e institucionais foi um dos resultados imediatos obtidos com o evento, resultou ainda o fortalecimento de parcerias importantes para a articulação entre os serviços, a comunidade e a universidade, deu visibilidade à comunidade do potencial transformador dos serviços e de suas múltiplas ações, geralmente restritas intra-muros do serviço. Os dados mostram um aumento no envolvimento dos moradores na realização do evento, ao que se deve em grande parcela como um resultado obtido com o protagonismo de lideranças próprias da comunidade em comprometimento com divulgação, acionamento de recursos locais. Os eventos geraram ainda uma aproximação entre os moradores da comunidade local com o CMS e os ACS, que também pode ser compreendido como um dos efeitos horizontalizantes da proposta.

CONCLUSÕES

Os eventos possibilitaram dinamizar o debate sobre a loucura e a exclusão social no território, e a mobilização das comunidades junto à subprefeitura para modificações no espaço público da praça em que foram realizados, visando a acessibilidade de todos, em especial, as pessoas com deficiência. A partir de uma articulação política entre líderes comunitários, moradores e equipes de saúde para a co-gestão dos eventos, a unidade de saúde parceira foi convidada a ser unidade modelo de gestão participativa, o que foi avaliado pela sua direção como fruto da parceria com os projetos da Universidade.

Os produtos e atividades expostos não servem apenas como fonte de renda, agregam também valor no modo como sujeitos concebem a si enquanto cidadãos e têm reconhecidos seus fazeres cotidianos como potencialidades. O envolvimento dos diversos atores da comunidade e a escolha pelo grupo gestor da frase de Niemeyer "A vida não é justa e o papel principal que justifica um pouco esse curto passeio é a solidariedade" (2007) para a camiseta dos eventos resumem alguns efeitos obtidos com a proposta: a desconstrução de estigmas; o desejo e a aposta em espaços coletivos onde a comunidade é concebida como lugar de apoio e de relações de solidariedade. As iniciativas do Curso de Terapia Ocupacional junto ao Pró/ PET- Saúde configuram-se como resistência a processos de engessamento e captura dos modos de produção do cuidado pela lógica da produtividade, insistindo no paradigma estético (GUATARRI, 2005) como norte para sensibilizar os atores, dar visibilidade a seus modos de saber-fazer alinhados à perspectiva do acolhimento e da integralidade e articulá-los na construção de terrenos férteis para a produção de saúde e convivência com e nas diferenças.

REFERÊNCIAS

BARROS, D.D.; GHIARDI, M.I.G.; LOPES, R.E. Terapia ocupacional social. **Revista Ter. Ocup. USP**, v.13, n.3, p.95-103, set/dez. 2002a.

BARROS, D.D.; LOPES, R.E.; GALHEIGO, S.M. Projeto Metuia – Terapia Ocupacional no Campo Social. **Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 26 v.26 n.3, p. 36-369, jul/set.2002b.

BARROS, D.D.; ALMEIDA, M.C.; VECCHIA, T.C. TO Social: diversidade, cultura e saber técnico. **Revista Ter. Ocup. USP**, v.18, n.3, set/dez 2007.

CAMPOS, G. W. S. A Clínica do Sujeito: Por uma clínica reformada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (ORG). **Saúde Paidéia**. 3 ed. São Paulo, 2007. p.51-67.

CANCLINI, N.G. **A globalização imaginada**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

CANÍGLIA, M. Introdução ao estudo da atividade humana – conceitos básicos. In: _____. **Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar**. Belo Horizonte, 2005. p.86-101

DORNELES, P. S. **Identidades inventivas: territorialidades na Rede Cultura Viva na Região Sul**. Tese de doutorado. Porto Alegre: UFRGS/ POSGea, 2011.

GUATARRI, F. **As três ecologias**. São Paulo: Papirus; 2005.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. 10ed. São Paulo. Editora Paz e Terra, 2012.

NIEMEYER, O. Citações e referências a documentos eletrônicos. Online: disponível na internet via <http://extra.globo.com/noticias/brasil/niemeyer-100-anos-solidariedade-justifica-passeio-da-vida-639640.html#ixzz3nbgcWIRu> Arquivo acessado em 04 de outubro de 2015.

REFLEXÕES DE UMA EQUIPE DE RESIDENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL SOBRE A PRÁTICA EM UMA UNIDADE DE ENSINO E ASSISTÊNCIA

BIANCA CRISTINA OLIVEIRA VIELMOND, ANA CLÁUDIA MARTINS E MARTINS, ANA PAULA NASCIMENTO DE LIMA, DANIELLE FERREIRA DE SOUZA, ILA IANDARA ARAÚJO DE SOUZA, ROBERTA DE OLIVEIRA CORRÊA

Universidade do Estado do Para

INTRODUÇÃO

De acordo com Brasil (2005), o Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo uso de sua posição de protagonista na construção das políticas orientadoras da formação de profissionais de saúde cada vez mais capacitados e preparados para desenvolver uma saúde de qualidade, tem reafirmado sua preocupação com a lógica da saúde individual e coletiva prestada aos usuários, através da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Desenvolvida em 2004 e reformulada em 2007, a PNEPS nasce com o objetivo de aproximar suas ações e serviços com as instituições formadoras, no sentido de provocar alterações nas práticas dominantes dos sistemas de saúde, através da problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe, assim como promover mudanças na formação em saúde (BRASIL, 2005). Dessa forma, seu principal foco é a transformação de práticas reais pautadas nas necessidades da população.

Lino et. al (2009), afirmam que a PNEPS pode ser compreendida, ainda, como um dispositivo para transformação da área da saúde, onde todas as ações são realizadas com vista à melhoria do padrão de assistência. Uma das estratégias encontradas para que tal melhoria venha a ocorrer foi a criação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), caracterizada como dispositivo de transformação das práticas da área da saúde, que visa proporcionar, na continuidade da formação dos profissionais, a qualificação para o trabalho voltado para o SUS (LOBATO, 2010).

De acordo com o autor supracitado, através da RMS, o SUS torna-se formulador ativo dos projetos político-pedagógicos de formação dos trabalhadores, oportunizando práticas condizentes com seus princípios, não sendo mais considerado apenas um campo de práticas. Assim, através da promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 foi criada a Residência em Área profissional da Saúde e instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a Residência apresenta como principal objetivo a formação de profissionais que venham a apresentar uma atuação diferenciada no Sistema, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e consequente reorientação das lógicas técnico-assistenciais.

O presente trabalho, objetiva relatar, assim, a experiência e vivência de 3 Terapeutas Ocupacionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado do Pará, além de evidenciar os objetivos dos trabalhos realizados, entre eles tornar o paciente sujeito ativo no seu processo de tratamento, levando-o a compreender sua patologia, possibilidades reais de recuperação, limites funcionais e a busca de significação deste indivíduo para o sentido do ser, que vai possibilitá-lo absorver, tomar posse, ter às mãos o seu próprio mundo, o seu cotidiano.

MÉTODO

O estudo trata-se de um relato de experiência, que inclui a vivência de residentes de Terapia Ocupacional. Duas das respectivas residentes pertencem ao Programa Saúde da Família e uma ao Programa de Cardiologia, e foram devidamente supervisionadas por duas preceptoras, Terapeutas Ocupacionais dos Laboratórios atuantes. Tal experiência deu-se na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), localizado no bairro do Marco no município de Belém, Estado do Pará. Esta, vinculada ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) – UEPA, sendo caracterizada como um serviço de referência na assistência a pacientes com disfunções motoras e funcionais no Estado do Pará. A UEAFTO constitui-se de vários setores, dentre os quais se destacam o Laboratório de Atividades de Vida Diária (AVD) e o Laboratório de Psicomotricidade, espaços constituintes das vivências relatadas no presente trabalho.

O Laboratório de Atividades de Vida Diária (AVD) caracterizado também como um ambiente de cuidado, com estrutura análoga a uma casa adaptada, constituída de sala, cozinha, quarto e banheiro. Dispõe de infraestrutura com acessibilidade e recursos terapêuticos para prevenir e tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do paciente em relação às atividades de vida diária, trabalho e lazer.

Enquanto o Laboratório de Psicomotricidade é caracterizado como um ambiente para atendimento em grupo através de vivências corporais, constituída de uma sala ampla com espelho e diversos recursos psicomotores como por exemplo: bola, bambolê, bastão. Esse trabalho terapêutico ocupacional, visa a exploração, percepção, conscientização corporal, socialização e reflexão quanto aos riscos de adoecimento, limitação, gerenciamento da dor, potencialidades e desempenho ocupacional, levando ao auto conhecimento e apropriação de si mesmo.

Desta forma, o trabalho do Terapeuta Ocupacional nesses setores se dá através de prática das AVD's e vivências corporais, mas com o cuidado de não poder se orientar somente pelo objetivo de tornar o indivíduo capaz de realizar alguma atividade, mas, principalmente, auxiliá-lo e apoiá-lo para perceber sua competência de autonomia frente a sua capacidade de autocuidado, diante das exigências de seu cotidiano, o tornando sujeito de seu processo de tratamento, levando-o a compreender sua patologia, suas possibilidades reais de sua recuperação.

O estudo foi construído durante um período de prática, que ocorrera entre os meses de Março a Junho de 2015, onde se realizavam intervenções grupais, conduzidas pelas residentes e Terapeutas Ocupacionais dos referentes Laboratórios. Participaram dos grupos, adultos do sexo feminino e masculino, com idade entre 30 a 70 anos, usuários da UEAFTO e já pertencentes aos Laboratórios de AVD's e de Psicomotricidade.

Os atendimentos ocorreram duas vezes por semana, com duração de aproximadamente 45 minutos cada sessão, sendo a frequência de participação em torno de 8 a 15 usuários a cada encontro. Estes apresentavam, em grande maioria, diagnósticos de patologias da coluna vertebral, como lombalgia, cervicalgia, escoliose, cifose e hérnia de disco, além de patologias osteoarticulares como artrose, artrite e osteoporose.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência aqui apresentada descreverá a atuação das residentes de Terapia Ocupacional nos Laboratórios de AVD'S e de Psicomotricidade. As intervenções serão dispostas em duas categorias a partir da atuação nos Laboratórios supracitados:

Educação em Saúde: O grupo como espaço para compartilhamento de experiência e aprendizado mútuo

A partir da demanda dos usuários, juntamente com as queixas relatadas pelos mesmos, o próprio processo de formação das residentes e os anseios profissionais das preceptoras, propôs-se no Laboratório de AVD, a Educação em Saúde como forma de intervenção. Foram abordados temas como: estresse, coluna vertebral e suas estruturas e patologias (lordose, cifose, lombalgia, escoliose), esporão de calcâneo, artrite e artrose, conservação de energia e proteção articular. Durante esses momentos, os assuntos eram explanados de forma simplificada e objetiva, trazendo diagnósticos, causas, sintomas, prevenções e tratamentos, sendo elucidados de forma mais abrangente a partir dos relatos dos usuários no momento da atividade.

Durante os atendimentos, as terapeutas ocupacionais instigavam cada participante a falar de si, descrever a história de sua enfermidade e sua situação atual, explicar quais eram suas principais restrições não só motoras mais emocionais; suas dificuldades em casa (incluindo as relações com os familiares) e os tratamentos aos quais já se submeteu. Observou-se que, de modo geral, as principais queixas eram de dores constantes na coluna, perda de força e dores crônicas nos membros superiores. Outra questão seriam dúvidas e temores em relação ao seu diagnóstico. Segundo Fernandes e Backes (2010), a educação em saúde pode ser entendida por alguns sujeitos como conhecimento sobre as doenças, suas prevenções, os cuidados, a necessidade de um tratamento adequado e suas consequências; sobre o sistema de saúde público e como acessá-lo; sobre os limites individuais para poder parar, pensar e ter consciência das atitudes em relação à saúde.

As autoras citam ainda, que outra parte dos sujeitos compreende a educação em saúde como o entendimento sobre o problema de saúde que a acomete; sobre as mudanças que precisam fazer para terem mais saúde; do porque se tomar um medicamento; de como se cuidar evitando agravos.

Assim, a Educação em Saúde se apresenta como uma forma pela qual se pode alcançar e capacitar indivíduos e grupos para se auto organizarem, e desenvolverem ações a partir de suas próprias prioridades, além de orientar, sensibilizar e estimular à participação dos sujeitos nas ações dirigidas à melhoria de suas condições de vida e saúde.

Em relação ao grupo, emergiram significados importantes como o da responsabilização profissional e social frente à saúde coletiva e a necessidade dos próprios profissionais e da população de questionar sobre o processo saúde-doença. De se buscar a ampliação das ações de educação e promoção em saúde, especialmente quanto à prática de diferentes metodologias, a fim de alcançar os objetivos propostos. Os usuários mostraram-se extremamente participativos e questionadores, expressando de forma clara a necessidade que o paciente apresenta de tecer e adquirir conhecimento acerca de seu processo saúde-doença. Muitos, por exemplo, haviam sido diagnosticados há vários anos e mesmo assim ainda não detinham conhecimento básico sobre suas patologias.

Reafirma-se, assim, a importância da implantação nos serviços de saúde de metodologias ativas que permitam o estreitamento de laços e rompimento das barreiras científicas entre profissionais e usuários.

O uso de atividades psicomotoras em grupo como disparadores de bem-estar

Maximino (2004) afirma que o trabalho da Terapia Ocupacional em setting grupal pode ser eficaz. Ao longo dos atendimentos, tateiam-se vários caminhos de mobilização, sendo assim, o grupo pode funcionar como caixa de ressonância, ampliando as possibilidades de intervenção.

Desta forma, a Terapia Ocupacional traz a reflexão que não se deve procurar simplesmente corrigir ou normalizar um corpo, mas também produzir de novos corpos, novos fazeres ,num ato reabilitatorio de fazer com que as ações e o corpo que as realiza, levam a um novo sistema auto-organizado que seja produtor de intensidade na vida do sujeito. (ALMEIDA, 2004).

Assim, a experiência do corpo, com suas diferentes possibilidades de expressão corporal, favorece a compreensão dos vários sentidos elaborados na relação consigo mesmo, com o outro e com o próprio mundo. E assim, a Terapia Ocupacional neste campo das práticas corporais, pode provocar no sujeito uma maior possibilidade de transformação, descobertas, e mudanças nos diversos aspectos: emocionais, sensoriais, social e afetivo.

Os grupos de atividades corporais, sobre a intervenção terapêutica ocupacional podem, ainda, contribuir para maximização da capacidade de expressão corporal e verbal de maneira mais criativa, possibilita o compartilhar de experiências/vivências.

Fatos que viabilizam um contato consigo mesmo e com o outro, revelando assim possibilidades e limitações, incrementando a criatividade e o sentimento de pertencimento social (CARDOSO; FREITAS; TIRADO, 2002).

Nas sessões do grupo que ocorreram no Laboratório de Psicomotricidade, foram realizados atividades psicomotoras e sensoriais, alongamento, relaxamento orientação postural, além de esclarecimentos sobre dúvidas trazidas durante os atendimentos. Como os participantes do referido grupo também participavam do que acontecia no Laboratório de AVD, propôs-se, então, durante todos os atendimentos, um link, espécie de ligação entre os debates ocorridos lá e a questões mais práticas, envolvendo o corpo e sua expressividade, possibilitados pelo ambiente e princípios da Psicomotricidade. Procurou-se, assim, demonstrar e sensibilizar o usuário acerca dos estressores que deveriam ser evitados, a fim de se obter uma melhor qualidade de vida em seu cotidiano.

A ideia seria adotar um estilo de vida mais saudável, sem definir regras morais de conduta e com a possibilidade de se conviver melhor com uma dor crônica, por exemplo. Não se trata de cuidar de uma lombalgia, e sim de um indivíduo inteiro que foi atingido por uma enfermidade e, que sem uma ação global, o tratamento se torna ineficaz e árduo para o mesmo.

De acordo com Cassiano (2008), o Terapeuta Ocupacional busca promover saúde utilizando recursos terapêuticos para estimular as capacidades remanescentes do sujeito, tendo como objetivo a eficiência nas atividades cotidianas, possibilitando através desses recursos, a potencialização de níveis de independência, participação e auto realização.

Assim, nessa dinâmica de se “fazer junto” nos grupos de Terapia Ocupacional, cabe a esse profissional analisar e compreender o complexo processo que se cria, considerando essa dinâmica que se instala no processo de interação entre os integrantes do grupo e a realização de uma atividade (BRUNELLO, 2002). Compreende-se, portanto, que cabe ao profissional de Terapia Ocupacional, reconhecer as potencialidades remanescentes e possibilidades reais de desempenho nas atividades cotidianas, que possam ser restauradas ou adaptadas, e promover intervenções maximizando a independência e autonomia de seus clientes/usuários.

CONCLUSÃO

A experiência de fornecer orientações simples e diretas, num ambiente acolhedor, sem abrir mão da responsabilidade e dos direitos de cada um, demonstrou êxito nas formas utilizadas de intervenção com os grupos. Observou-se que se formou um espaço privilegiado de troca, expressão e validação das singularidades dos sujeitos presentes.

Evidenciou-se ainda, a importância das práticas nos Laboratório de AVD e Psicomotricidade para a formação profissional das residentes, visto que essas possibilitaram uma atuação diferenciada no Sistema Único de Saúde, com um contato

mais próximo com o paciente e a possibilidade concreta de um trabalho em equipe, assim como a utilização prática da Educação Permanente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcus Vinicius Machado. **Corpo e arte em terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BRASIL, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRUNELLO, M. I. B. Terapia ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica de papéis em um grupo de atividade. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 9-14, jan./abr. 2002.

CASSIANO, J. G. A Contribuição da Terapia Ocupacional para a Manutenção da Capacidade Funcional do Idoso. In: DRUMMOND, A. F.; REZENDE, M. B. **Intervenções da Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

CARDOSO, A. P.; FREITAS, L. C.; TIRADO, M. G. A. Oficina de som e movimento: um espaço de intervenção terapêutica ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 2, p. 51-5, maio/ago. 2002.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília jul-ago; 63(4): 567-73, 2010.

LINO, M.M.; BACKES, V.M.S.; FERRAZ, F.; PRADO, M.L.; FERNANDEZ, F.M.; SILVA, L.A.A. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**, 7(1): 115-136, mar/jun, 2009.

LOBATO, C.P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política** [tese]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2010.

MAXIMINO, V. S. **Grupo de atividades com pacientes psicóticos.** São José dos Campos: Univap, 2004.

REPENSANDO A SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

*YULLE XIMENDE RODRIGUES, RAHIME CRISTINE DO ROSÁRIO SARQUIS,
ROSE MARILYN SILVA FIGUEIRA, WIVIANE KELLY PEREIRA, MARIA SIMONE
LOPES DA SILVA*

Universidade do Estado do Pará

Introdução

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial, é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, sendo um espaço de referência e tratamento para pessoas com sofrimento psíquico.

De acordo com Brasil (2008), o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um lugar para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Portanto, o CAPS tem por finalidade prestar atendimento em regime de atenção diária ao usuário; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

Além disso, o CAPS, busca também oferecer suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área e coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território (BRASIL, 2008, p. 13).

Assim, esse serviço surge com uma nova abordagem de atenção ao usuário e ao seus familiares, sendo este gerenciado por projetos terapêuticos que oferecem cuidado clínico personalizado e mais eficiente.

Baseado nessa perspectiva, ações estratégicas como educação em saúde por exemplo, vem demonstrando-se extremamente relevante nesse contexto, desmistificando pensamentos e possibilitando novos olhares sobre a atenção ao sujeito na saúde mental.

Objetivos

A partir do exposto, o presente trabalho possui por finalidade demonstrar a importância de ações de educação em saúde em um CAPS.

Metodologia

Trata-se de um trabalho com abordagem qualitativa. Segundo Santos (2010, p. 21), este é um método que *“possui um caráter exploratório, isto é, estimula os entrevistados a refletirem livremente sobre determinado assunto apresentado ou vivenciado”*.

Assim, para a elaboração do presente trabalho adotou-se como procedimentos metodológicos a pesquisa exploratória e bibliográfica sobre o tema proposto. Segundo Teixeira (2001, p. 17), *“o estudo bibliográfico é realizado através da leitura e releitura de autores com experiência na área pesquisada para análise e síntese de fontes não vivas”*. Assim, buscou-se respaldo teórico para a elaboração do estudo, afim de, adquirir conhecimentos significativos acerca do tema proposto durante a construção do mesmo.

Desta forma, por meio desse trabalho buscou-se demonstrar as ações desenvolvidas em um CAPS, sobre tudo, as atividades de educação em saúde realizadas, como forma de trocar experiências e conhecimentos entre usuários, estagiários e profissionais.

Ressalta-se que que as atividades realizadas na instituição, são referentes ao estágio curricular do 4º ano do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA) em um centro de atenção psicossocial, localizado no município de Belém no Pará, entre o período de abril a junho de 2015.

A instituição possui sede própria, sendo inaugurada em junho de 1999, sendo constituída hoje por uma equipe transdisciplinar composta por: Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Fisioterapeutas, Educador Físico, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médicos Psiquiatras. A instituição tem por objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando para isso o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Discussão

Durante a prática desenvolvida na instituição, criou-se um programa de ações e atividades voltadas aos usuários e aos seus familiares, sendo estas desenvolvidas na sala de espera do consultório psiquiátrico do centro. Para isso, utilizou-se como instrumentos metodológicos: rodas de conversas, dinâmicas e atividades interativas, que possibilitasse a abordagem de assuntos relacionados ao sofrimento psíquico. Sobre isso, elaborou-se um quadro temático com os próprios usuários, sobre os assuntos a serem trabalhados ao longo do período do estágio pelas acadêmicas, que envolvia temas como: a reforma psiquiátrica como instrumento de revolução; a relevância da família para o engajamento do usuário no tratamento de saúde mental; a importância do uso adequado de medicamentos (antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos), entre outros.

As atividades eram desenvolvidas duas vezes semanalmente pelo período da tarde, na qual contava com a presença dos usuários e familiares e frequentemente de duas estagiárias e da Terapeuta Ocupacional supervisora, em que utilizava-se como recursos auxiliares: cartazes explicativos, *folders* informativos e apresentações de vídeos.

Ressalta-se que após o término do cronograma de temas, outro foi elaborado a partir das demandas e necessidades observadas anteriormente durante a execução das atividades na sala de espera. Constatou-se ainda o impacto que tais ações tiveram para os usuários e seus familiares, sendo observado a relevância dos assuntos abordados. Através dessas ações, buscava-se proporcionar momentos de interação social e conhecimento a partir da perspectiva de que, as rodas de conversa estabelecidas nessas atividades, constituíam-se como espaços de ressignificação do adoecimento, e consequentemente do conceito de saúde, à medida que a inter-relação presente nos encontros, favorecia a construção de um novo olhar sobre a percepção de saúde mental.

Considerações Finais

A partir das experiências vivenciadas nessa prática, foi possível realizar algumas reflexões sobre a importância do CAPS na rede de atenção à saúde mental, assim como a relevância de estratégias de educação em saúde nesse cenário como forma de gerar novas ideias, possibilitando um momento de troca de conhecimento e experiências práticas.

Quanto a publicação de trabalhos relacionados a essa temática, observou-se que a publicação é relativamente escassa, sendo necessário por tanto, o desenvolvimento de trabalhos que abordem mais sobre esse assunto, visto que, o mesmo vem demonstrando-se importante, sobre tudo, no âmbito da Terapia Ocupacional. Com essas atividades e/ou ações desenvolvidas nas salas de espera, produz-se um grande e variado conjunto de relações de troca, o que é bom para o próprio usuário e familiar, bem como, para profissionais e estagiários do CAPS. As parcerias estabelecidas durante esses momentos ajudam há todos como um todo a reforçar seus laços sociais e afetivos, produzindo assim maior inclusão social. Por isso, tais atividades tornam-se fundamentalmente necessárias para a criação de uma rede de saúde mental mais integrada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, v. 2, p. 3-87.

SANTOS, E. U. F. **O estudo da pesquisa qualitativa: percepções e concepções**.

Revista de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. n. 4, v. 7, UFSCar, 2010.

TEIXEIRA, Elisabeth Santos. **As três metodologias**. Belém/PA, UEPA, 2001.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: O RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE TERAPIA OCUPACIONAL ACERCA DO ESTRESSE

*BIANCA CRISTINA OLIVEIRA VIELMOND, ANA CLÁUDIA MARTINS E MARTINS
ANA PAULA NASCIMENTO DE LIMA, DANIELLE FERREIRA DE SOUZA, ILA
IANDARA ARAÚJO DE SOUZA, ROBERTA DE OLIVEIRA CORRÊA*

Universidade do Estado do PARÁ

INTRODUÇÃO

Em determinadas ocasiões, as pressões biopsicossociais são responsáveis por desequilíbrios na homeostase do indivíduo, prejudicando seu desempenho nas mais variadas circunstâncias. Essas pressões geradoras de estresse são vivenciadas em diversas oportunidades tanto na vida pessoal, social e profissional. Em 1936, o fisiologista canadense Hans Selye introduziu o termo “stress” no campo da saúde para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um estressor ou a uma situação estressante. Posteriormente, o termo passou a ser utilizado tanto para designar esta resposta do organismo como a situação que desencadeia os efeitos desta (MONTEIRO *et al.*, 2007).

O estresse é desencadeado a partir de “estressores” advindos do meio externo (como frio e calor), do ambiente social (como o trabalho insalubre) e do mundo interno (como as alegrias, os medos e angústias). Stacciarini e Tróccoli (2010) expõem três formas de definição para estresse: (1) como estímulo, com o enfoque no impacto dos estressores; (2) como resposta, quando examina a tensão produzida pelos estressores; e (3) como processo, quando entendido a partir da interação entre pessoa e ambiente. Essas diferenças de abordagem têm propiciado o questionamento se o estresse é uma demanda do ambiente, uma característica do indivíduo ou uma interação entre indivíduo e o ambiente.

A partir disso, este estudo objetiva relatar a vivência de 3 Terapeutas Ocupacionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado do Pará, a partir de intervenções realizadas com a utilização de um protocolo, a fim de se conhecer o nível de estresse e as situações geradoras deste, vivenciadas pelos usuários do Laboratório de Atividade de Vida Diária (AVD).

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de 3 Terapeutas Ocupacionais residentes do primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), realizado no mês de junho de 2015, na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), pertencente ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) – UEPA. Duas das residentes supracitadas pertencem ao Programa Saúde da Família e outra ao

Programa de Cardiologia e foram devidamente supervisionadas por duas preceptoras, Terapeutas Ocupacionais da Unidade.

A UEAFTO é um espaço para a formação de alunos dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UEPA. Nela, são promovidas ações de assistência à comunidade, supervisionados por profissionais e professores. Dentre os serviços oferecidos na Unidade, destaca-se o Laboratório de Atividade de Vida Diária (AVD), local onde se deu a experiência deste trabalho.

O referido laboratório constitui-se em um ambiente de cuidado criado no CCBS com estrutura análoga a uma casa, constituído de espaço físico adaptado com sala, cozinha, quarto e banheiro, bem como apresentando infraestrutura de acessibilidade e recursos terapêuticos que objetivam prevenir e tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do paciente em relação às atividades de vida diária, trabalho e lazer.

Além de possibilitar ao paciente a perspectiva do emponderamento, tornando-o sujeito ativo no seu processo de tratamento, levando-o a compreender seu processo saúde-doença e as possibilidades reais de resignificação. Dessa forma, o Laboratório de AVD constituiu-se, sobretudo, em um espaço potencializador de autoestima, socialização e de troca de experiência.

Neste ambiente, realizaram-se um total de 3 intervenções com um grupo formado por 12 usuários, com idade entre 40 e 70 anos, todos já atendidos no referido setor, seja de forma individual ou em grupo. Na primeira intervenção, aplicou-se um protocolo padronizado, denominado “Teste do Estresse”.

O “Teste do Estresse” é um protocolo elaborado pelo serviço de Psicologia do Hospital do Coração, que visa nortear o paciente acerca do nível de seu estresse durante o dia a dia. Através de 10 perguntas simples, sobre as reações que se pode ter diante de situações corriqueiras, como problemas no trânsito, auto exigência, preocupação com coisas banais, pressa, dificuldade de se auto expressar, disponibilidade para lazer, temor pela segurança e medo de mudanças repentinas. O mesmo apresenta 4 possibilidades de resposta, sendo essas: “raramente”, “ocasionalmente”, “muitas vezes” e “sempre”, cada uma equivalendo a uma pontuação que vai, respectivamente de 1 a 4 (TESTE DO ESTRESSE, 2009).

Ao final do teste soma-se as pontuações de cada pergunta e chega-se, assim, ao provável nível de estresse do usuário. Caso o mesmo apresente uma pontuação de 0 a 10, diz-se que seu nível de estresse é baixo, se alcançar pontuação entre 11 e 20, configura-se estresse médio, já pontuações de 21 a 30 caracterizam estresse alto e, por sua vez, de 31 a 40, estresse muito alto.

Durante a segunda intervenção, as Terapeutas Ocupacionais abordaram questões como o conceito de estresse, seus sinais e sintomas, tratamento e formas de preveni-lo, gerando assim discussões e reflexões a respeito deste tema. Por fim, durante a terceira intervenção, realizou-se dinâmica, onde os participantes foram divididos em subgrupos, afim de dialogar e expor suas percepções acerca do tema e do Teste previamente para o subgrupo e posteriormente, para o grupo maior.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de uma melhor exposição do presente trabalho, os dados obtidos durante a experiência relatada serão expostos em acordo com a sequência dos atendimentos realizados, iniciando pela aplicação do teste e finalizando com a dinâmica.

Teste do Estresse: O momento da aplicação

Após explicar aos usuários a dinâmica do teste, sua importância e função, o mesmo foi realizado. Observou-se os participantes bastante intrigados e curiosos, acerca do provável resultado. Durante a aplicação, algumas dúvidas chegaram a surgir, como em relação aos conceitos da resposta: “ocasionalmente” e o sentido da pergunta “Tenho dificuldade para lidar com mudanças repentinas?”. Ao serem devidamente esclarecidas, tais dúvidas não interferiram no andamento do teste.

Dos 12 usuários (100%) que realizaram o teste, 6 apresentaram ao final estresse alto, o que representa a metade exata do número de participantes (50%); 5 apresentaram nível de estresse muito alto, representando aproximadamente 42% do total de participantes e apenas um usuário apresentou estresse médio, o que representa apenas 5% do número total.

Esses dados demonstram que em nossa sociedade pós-moderna, infelizmente, o estresse tem se tornado um problema de saúde bastante comum. Sadir et al (2010) apresentam dados preocupantes, como o fato de que, somente na população da cidade de São Paulo, o estresse está presente em 40 % da população e, provavelmente, alastrando-se cada vez mais.

Neste primeiro momento, os usuários foram orientados a refletir acerca de seus resultados, como poderiam estar prevenindo momentos de tensão extrema, conflitos familiares e todos os outros problemas que, por ventura, tornam-se estressantes e acabam por afetar a saúde e qualidade de vida.

Durante este momento, os mesmos mostraram-se reflexivos, chegando a contar casos pessoais, momentos em que o estresse manifesta-se com mais evidência, como em brigas familiares.

Conversando mais detalhadamente sobre o estresse: Uma roda de conversa

Levando em consideração os resultados e reflexões obtidos no primeiro encontro, neste segundo momento oportunizou-se discussões e reflexões, por meio de roda de conversa, acerca do conceito de estresse, seus sinais e sintomas, tratamento e formas de preveni-lo.

Tal momento mostrou-se relevante, pois notou-se que muitos participantes apresentavam um conceito muito restrito de estresse, relacionando-o apenas com as tensões do dia a dia e momentos onde se perdia a calma. Deixando, dessa forma, de

relacioná-lo, por exemplo, aos sinais corporais que este causa e as possíveis complicações à saúde.

O estresse é basicamente uma reação do organismo que ocorre frente a situações que exijam dele adaptações além do seu limite. Atualmente, os estudos sobre estresse abrangem não apenas as consequências no corpo e na mente humana, mas também suas implicações para a qualidade de vida da sociedade. O estresse pode, assim, afetar a saúde, a qualidade de vida e a sensação de bem-estar como um todo (MENDONÇA; SOLANO, 2013).

Sadir et al (2010) afirmam ainda que no Brasil as pessoas estão cada vez mais estressadas, devido grande parte da população não possuir conhecimento de como lidar adequadamente com suas fontes de tensão.

Assim, buscou-se neste encontro, favorecer nos usuários reflexões de como criar estratégias em seu próprio cotidiano para driblar o estresse, além de deixá-los livres para expor suas percepções e dificuldades acerca das situações do dia a dia.

Como é característico a esse grupo, surgiram diversas falas de acontecimentos pessoais. Uma das usuárias chegou a relatar, por exemplo: “É só eu me estressar com essa minha sobrinha e pronto, minha cabeça parece que vai estourar! Sei na hora que a minha pressão vai “lá pra cima”.

Relatos como esse, sobre sinais e sintomas que alguns sentiam quando passavam por momentos estressantes, evidenciam a compreensão adquirida das consequências do estresse no organismo, confirmando a produtividade e o alcance dos objetivos planejados para o grupo.

Outro usuário chegou a levantar a questão das dificuldades interpessoais que o estresse acaba por gerar: “Hoje em dia é difícil você não se estressar, né?! Todo mundo tá correndo pra lá e pra cá, com seus próprios problemas, e às vezes descontamos uns nos outros”.

Houveram também relatos sobre depressão, gerada por episódios demasiadamente estressantes, como a perda do papel ocupacional devido invalidez e dificuldades motoras: “Eu me sentia um nada, não tinha vontade de fazer absolutamente nada, foi muito difícil. Você tem uma vida, uma condição financeira e perde tudo. Você fica desnorreado. Tudo que eu queria fazer era ficar deitado”.

De acordo com Mendonça e Solano (2013): As consequências de altos níveis de estresse crônico são percebidas pelas licenças médicas e absenteísmo, queda de produtividade, desmotivação, irritação, impaciência, dificuldades interpessoais, relações afetivas conturbadas, divórcios, doenças físicas variadas, depressão, ansiedade e infelicidade na esfera pessoal.

O que aprendemos com tudo isso? A dinâmica final.

No último encontro com esta proposta, realizou-se dinâmica, onde os participantes foram divididos em subgrupos, a fim de dialogar e expor suas percepções acerca do tema e do Teste previamente para o subgrupo e, posteriormente, para o grupo maior.

Inicialmente pediu-se aos subgrupos que elencassem os pontos do Teste que mais se repetiram entre eles, os pontos que mais eles veem como causadores de estresse. Dessa forma, foram escolhidos os seguintes pontos: Segurança, ausência de momentos de lazer, dificuldade em se expressar e pressa em tudo que se faz. Tais pontos são devidamente reconhecidos pela ciência e estudiosos do estresse como reais causadores e influenciadores desse estado. Banin (2011) afirma que atualmente se sabe que o estresse tem várias etiologias, podendo se desenvolver frente a condições internas capazes de atuar como geradoras de estados tensionais significativas. Tais fontes incluem a ansiedade, o pessimismo, os pensamentos disfuncionais, o padrão de comportamentos de pressa, a competição, a falta de assertividade, e diversos outros, capazes de gerar um estado de tensão com consequências físicas e psicológicas.

Em seguida, já em uma roda de conversa com todo o grupo, os usuários expressaram suas reflexões acerca de como estão lidando com o estresse em seu dia a dia, após os encontros.

Uma participante relatou: “...hoje eu já me sinto melhor até pra dormir. Lembro que preciso me controlar, respirar mil vezes se for preciso. É uma questão de controle mesmo”.

E outro também relatou melhora nos relacionamentos familiares: “Eu já vejo que diminui o meu estresse em casa, tenho mais paciência com as meninas (filhas)”. Relatos como esses, reafirmam o que autores como Fernandez e Backes (2010) expõem, que a Educação em Saúde se apresenta como uma forma pela qual se pode alcançar e capacitar indivíduos e grupos para se auto organizarem, e desenvolverem ações a partir de suas próprias prioridades, além de orientar, sensibilizar e estimular à participação dos sujeitos nas ações dirigidas à melhoria de suas condições de vida e saúde.

Outro falou sobre sua experiência no grupo: “A experiência no grupo me ajudou a me aproximar da minha família e falar das minhas dificuldades”. Uma outra participante foi ainda mais além: “...eu não conseguia falar dos meus problemas, eu guardava tudo pra mim e o grupo me ajudou a perceber que alguns problemas são parecidos, apesar das pessoas serem diferentes”. Benevides, et al (2010) afirma que o grupo terapêutico realmente tem essa característica, de compartilhamento de experiências, de potencializar as trocas dialógicas e melhorar a adaptação ao modo de vida individual e coletivo. Os mesmos autores afirmam que muitas vezes: “o grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos”.

Durante o desenvolvimento de atividades grupais como as relatadas, os participantes fazem questionamentos sobre as alternativas de apoio e suporte emocional e, muitas vezes sem perceber, constroem vínculos e relações de apoio uns com os outros.

Assim, notou-se que quando os pacientes têm melhor compreensão da própria subjetividade, sua autoimagem pode passar por um processo de remodelagem. Desse modo, podem atingir uma melhor relação consigo mesmo e, por consequência, com a sociedade.

CONCLUSÃO

A sociedade, nas últimas décadas, tem utilizado a palavra estresse e suas derivações de forma corriqueira e sem maiores reflexões, o que generaliza e simplifica os reais significados da problemática do estresse. Este exige adaptações tanto físicas quanto psicológicas, entretanto o potencial do agente estressor pode ser maior ou menor dependendo do sujeito que o sente ou percebe.

Caso não haja uma resolutividade à situação estressora ou se nada é feito para aliviar a tensão, o organismo estará cada vez mais exaurido e sem energia, e problemas como ansiedade, depressão e crises de pânico são comprometimentos que podem ter origem em situações de estresse contínuo ou não resolvido.

Evidenciou-se assim, a importância das intervenções realizadas no Laboratório de AVD para a formação profissional das residentes, visto que essas possibilitaram uma atuação diferenciada no Sistema Único de Saúde, com um contato mais próximo com o usuário, além da formação de um espaço privilegiado de troca, expressão e validação das singularidades desse sujeito.

REFERÊNCIAS

MONTEIRO, C. F. S.; FREITAS, J. F. M.; RIBEIRO A. A. P. Estresse no Cotidiano Acadêmico: o olhar dos alunos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **R. Enferm.** mar; 11 (1): 66 – 72. 2007.

STACCIARINI, J. M.; TROCOLLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev Latino-Am Enfermagem**,abr; 9(2):17-25, 2010.

SADIR, M.A.; BIGNOTTO, M.M.; LIPP, M.E.N.; Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paideia**, jan.-abr. Vol. 20, No. 45, 73-81, 2010.

MENDONÇA, M. B.; SOLANO, A, F. A pragmática do stress: conceitos e releituras no ambiente empresarial. **Revista Eletrônica “Diálogos Acadêmicos”**, jan-jun, 2013.

BENEVIDES, D.S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.3, p.127- 38, jan./mar. 2010.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.4, p.567-73, 2010.

BANIN, T.M. Consequências do estresse crônico ou agudo sobre as ações vasculares da Angiotensina II e da Angiotensina 1-7 em carótidas de rato. Dissertação (Mestrado).

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto, 2011.

TESTE DO ESTRESSE. **REVISTA do Coração**. São Paulo, ed. 2. mai 2009.
Disponível em:

<<http://www.hcor.com.br/imagens/Arquivos/revistas/ed2/jpg/RevistadoCoracao.pdf>>.

Acesso em: 07 jul. 2015.

SOBRE A PRÁTICA DE ACADÊMICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*CARLA ADRIANA VIEIRA DO NASCIMENTO, GEOVANA DE SOUZA PAIXÃO
VICTOR AUGUSTO CAVALEIRO CORRÊA*

Universidade Federal do Pará

INTRODUÇÃO

O adoecimento e a hospitalização de um indivíduo representam rupturas significativas no seu cotidiano (PROENÇA; AGNOLO, 2011) e a sua rotina passa a ser permeada de urgências, dores, sofrimentos agudos, e também, a sentimento relativos a iminência da morte, o desconhecido acerca de seu próprio corpo, a impotência e a necessidade do outro constituindo, portanto, este território instável, intenso que abrange o cotidiano hospitalar para todos os seus personagens (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012). Contudo, a ruptura do cotidiano, decorrente da internação, em geral, é pouco valorizada, e espera-se que o próprio indivíduo elabore e supere os conflitos de tal condição (SCANDIUZZI; SILVA, 2008). Diante disso, a formação do terapeuta ocupacional contempla requisitos e competências para o exercício da prática terapêutica e o desenvolvimento de atividades que abarque as demandas dos sujeitos, de modo a resgatar o indivíduo para um lugar protagonista das ações em saúde reinscrevendo o seu processo de adoecimento (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012), e assim, o desenvolvimento de uma cotidianidade diferenciada no ambiente hospitalar utilizando recursos disponíveis oferecendo experiências onde o usuário possa fazer conexões cotidianas, entre esses recursos tem-se o atendimento individual.

OBJETIVO

Relatar a experiência de acadêmicos de Terapia Ocupacional no atendimento individual a pacientes no Contexto Hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência descritivo de natureza qualitativa vivenciado por acadêmicos do curso Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará em atendimentos individuais no contexto hospitalar. Organizado em eixos temáticos identificados como: relação teórico-prático, ações e tomadas de decisão, planejamento das atividades e sentimentos gerados.

RESULTADOS

Na **relação teórico-prático**, observou-se concordância entre o teórico aprendido na academia e o observável no cenário de prática rico em vivências para os acadêmicos que proporcionaram descobertas a partir do processo de observação e análise do que é vivenciado durante a prática, oportunizando aos pacientes atividades que os permitiu se engajarem em uma construção de significações no âmbito ocupacional e aprendizados para a construção de um perfil profissional sensível as demandas apresentadas pelos usuários do serviço de saúde. Na categoria **ações e tomadas de decisão**, incentivou-se o engajamento nas atividades, em que se disponibilizou uma escuta, buscando favorecer a confiança entre usuário-estagiárias estimulando a adesão da intervenção proposta. Com relação ao **planejamento das atividades** esse momento foi essencial para que pudéssemos analisar e utilizar uma atividade em que houvesse o equilíbrio entre o saber técnico e as necessidades e interesses do paciente para que os efeitos da hospitalização fossem minimizados, o que permitiu o treinamento do raciocínio clínico, a elaboração de questionamentos e a construção e expressão de ideias propiciando em nós acadêmicos o desenvolvimento de competências próprias do terapeuta ocupacional, se tornando um meio pelo qual nos tornamos gradualmente mais capacitados e fortalecidos para enfrentar a complexidade da vida profissional futura. Dentre os **sentimentos gerados** na experiência prática, destaca-se o medo e a insegurança, no início a experiência foi desafiadora, pelo fato de nos tirar de uma zona de conforto (as salas de aula) e nos fazer experimentar o real. Contudo, também foi desafiador, experimentar a prática do que antes era apenas teoria e de poder lidar com as dificuldades encontradas, fatores estes que se tornaram agentes motivacionais para que pudéssemos dar o nosso melhor na realização de nossas intervenções, transformando o medo e a insegurança inicial em sentimentos de competência e habilidades. Ressalta-se ainda o afetamento emocional gerado frente ao sofrimento do outro nos exigindo a ressignificação de aspectos pessoais para que pudéssemos motivar os sujeitos no engajamento das propostas.

DISCUSSÃO

A vivência prática oferece para a formação de acadêmicos o aperfeiçoamento de habilidades e instrumentos necessários para a interpretação das demandas dos pacientes e sua relação com as atividades propostas para a atuação em contextos complexos de interações e interconexões, como o contexto hospitalar, sendo necessário exercício da criatividade em relação a recursos e atividades para que estes possam facilitar as relações de confiança, aproximação, escuta e os processos reflexivos entre acadêmicos e pacientes permitindo a construção de vínculos significativos (LOPES; BORBA; CAPPELLARO, 2011). Além disso, o processo de análise de atividades incluso durante o planejamento das propostas que serão direcionadas ao paciente permite a identificação de áreas que serão necessárias adaptações e graduações dependendo da demanda observada e destacada pelo sujeito, e também, favorece os profissionais e acadêmicos aprenderem o potencial intrínseco da atividade (SILVA, 2011) como mobilizadora e transformadora dos indivíduos (PEDRAL; BASTOS, 2013), e assim, tendo efeitos

terapêutico e motivacional sendo uma forma de enriquecimento do ser (COSTA et al, 2013; MONTREZOR, 2013) constituindo uma ferramenta de ressignificação de contextos nos quais os sujeitos são inseridos, no caso o hospital, como um espaço de acesso e manipulação de conteúdos diversos e não somente um lugar de dor, incômodo e restrição (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012). Destaca-se ainda que contato com os sujeitos gera sentimentos como a empatia, onde o “se colocar no lugar do outro” contribui para a busca de mecanismos de motivação dentro do processo terapêutico ocupacional na relação do sujeito com a atividade o que permite aos acadêmicos futuros profissionais de saúde que devem ser sensível as necessidades dos indivíduos a oportunidade de aperfeiçoar sua humanidade (PEDRAL; BASTOS, 2013, p. 67).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que intervenções terapêuticas ocupacionais nas práticas hospitalares oportunizam aos discentes experiências para o aperfeiçoamento de práticas, habilidades e instrumentos que abarquem demandas dos pacientes. Nesse sentido, a construção das propostas e execução destas proporciona aos acadêmicos a reflexão sobre as práticas hospitalares e o encontro dos fundamentos para uma intervenção que envolve o elo entre a teoria e a prática profissional, vivências esta de suma importância para a composição formativa do profissional de Terapia Ocupacional.

REFERÊNCIAS

ANGELI, Andrea; LUVIZARO, Nathália; GALHEIGO, Sandra. 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.261-271, jan./mar.2012.

COSTA et al, Claudia. O valor terapêutico da ação humana e suas concepções em Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 195-203, 2013.

LOPES, Roseli; BORBA, Patrícia; CAPPELLARO, Mayra. Acompanhamento individual e articulação de recursos em Terapia Ocupacional Social: compartilhando uma experiência. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n.2, p.233-238, 2011.

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

PEDRAL, Claudia; BASTOS, Patrícia. Aplicação da Análise de Atividades. In: **Terapia Ocupacional: Metodologia e prática**. 2^oed, Rio de Janeiro: Rubio, 2013. p.

101-150.

PEDRAL, Claudia; BASTOS, Patrícia. A importância do pensar teórico. In: **Terapia Ocupacional: Metodologia e prática**. 2ºed, Rio de Janeiro: Rubio, 2013. p.41-70.

PROENÇA, Michele; AGNOLO, Cátia. Internação em Unidade De Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.32. n.2, p. 279-286, jun. 2011.

SCANDIUZZI, Tatiana; SILVA, Sueli. Uma Intervenção da Terapia Ocupacional entre Pacientes em Tratamento Quimioterápico de Câncer de Mama. **Rev. Min. Enferm.** v.12, n.1, p. 131-136, jan./mar. 2008.

SILVA, Silmara. Análise de Atividade. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVAO, Claudia. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.110-124.

UM OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL SOBRE ONCOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA

SAMARA MACHADO PAIVA

RITA DE CÁSSIA GASPAR DA SILVA

Universidade do Estado do Pará

INTRODUÇÃO

A leucemia, caracteriza-se pelo acúmulo de células jovens imaturas (blásticas anormais) na medula óssea, as quais substituem as células sanguíneas normais. O acúmulo dessas células ocasiona os principais sintomas da leucemia, causando anemia, acarretando infecções e hemorragias.

A doença progride de forma rápida depois de instalada, por isso faz-se necessário que o tratamento inicie logo após o diagnóstico e classificação da leucemia.

A leucemia aguda (LA) apresenta a tríade sintomática (astenia, fadiga e febre) semelhante às manifestações clínicas de outras patologias, sendo este um dos fatores que dificulta o diagnóstico precoce da doença.

A LA subdivide-se em Leucemia Linfóide Aguda (LLA) mais comum em crianças, e em Leucemia Mielóide Aguda (LMA) de maior incidência em indivíduos maiores de 15 anos, do sexo masculino.

A leucemia mieloide aguda (LMA), consiste em uma neoplasia maligna de células hematopoiéticas progenitoras e apresenta grande heterogeneidade morfológica, clínica e molecular, tende a aumentar de forma progressiva com o avanço da idade. A indução mielossupressora permite a remissão completa da LMA, no entanto, não é suficiente para impedir as recidivas.

Tal enfermidade atinge o indivíduo como um todo, influencia na história de vida do enfermo, e em seu modo de relacionar-se consigo mesmo e com o mundo a sua volta.

A vivência do câncer vai muito além do processo patológico, visto que, a partir das implicações da doença o paciente cria uma dimensão emocional devastada, o que ocasiona mudanças significativas no dia-a-dia do indivíduo, e acarreta recorrências diversas que são aparentes nos diferentes estágios de tratamento, sendo elas de cunho físico, emocional e psicológico.

MÉTODO

Foram realizados atendimentos referentes à disciplina Prática Clínica em Terapia Ocupacional Clínica II, que ocorreram às segundas-feiras, a partir do horário de 9:00 horas da manhã, no Hospital Ophir Loyola, no setor de Hematologia, com o paciente do

leito 303/1 A. P. D. P., 16 anos, diagnosticado com Leucemia Mieloide Aguda. As intervenções foram realizadas em dupla, por acadêmicas do segundo ano de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará. Fazendo-se uso de atividades lúdico-expressivas, no intuito de promover a amenização dos impactos hospitalares, de desenvolver estratégias de enfrentamento das situações adversas vivenciadas no contexto oncológico, de proporcionar um canal de expressão para os medos, anseios, pensamentos e sentimentos do paciente, entre outros.

O paciente é residente do Urupá, interior do estado do Pará, foi internado ao início do mês de fevereiro de 2015, apresentando como queixas principais dores e febre. Atualmente, realiza quimioterapia, tratamento medicamentoso, poliquimioterápico, fisioterapia, Terapia Ocupacional e acompanhamento psicopedagógico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Terapia Ocupacional, é uma profissão da área da saúde que busca promover o bem estar, a saúde, a autonomia e independência, em todos os aspectos do cotidiano, dessa forma, ajudando as pessoas na realização das atividades de vida diária que são significativas para elas, apesar das deficiências, incapacidades ou debilidades.

O terapeuta ocupacional faz uso de atividades (lúdicas, expressivas, plásticas, artesanais, corporais, profissionalizantes, pedagógicas, e etc.) como recurso terapêutico, podendo utilizar ainda adaptações e modificações no ambiente, estabelecendo também uma relação terapeuta-atividade-paciente, sendo assim, capaz de promover, prevenir e intervir em todas as etapas e ciclos do desenvolvimento humano

A intervenção da Terapia Ocupacional, junto ao paciente com câncer objetiva proporcionar o bem-estar, a autonomia e independência, assim como, também possibilita a diminuição dos impactos da rotina hospitalar proporcionando um meio para a expressão de seus sentimentos, emoções e anseios. Como também, promove a criação de estratégias de enfrentamento para as especificidades da doença.

Quanto a intervenção realizada no HOL, o paciente encontrava-se consciente e orientado em tempo-espaco, durante todas as sessões, apresentava os aspectos cognitivos tais como atenção, memória e concentração preservados, sendo independente na realização de alimentação e vestuário e semi-independente para a realização da higiene e locomoção, quanto aos aspectos motores apresentava-os parcialmente preservados, relatando fadiga muscular nos membros inferiores, sendo observada a ADM alterada nos membros superiores.

Foram realizadas 5 sessões com o paciente, a primeira sessão consistiu na realização de anamnese e avaliação do mesmo, a partir da qual foram traçados os objetivos a serem trabalhados nas intervenções terapêuticas, considerando as necessidades e especificidades observadas, assim como os interesses relatadas pelo paciente, tais como o gosto por futebol, e o favoritismo por um determinado time local, tais peculiaridades foram utilizadas na escolha das temáticas abordados nas sessões seguintes.

Objetivou-se através das atividades propostas: desenvolver o vínculo terapeuta-paciente, aumentando assim a chance de êxito na realização das atividades; estimular a expressão de sentimentos, pensamentos e emoções; proporcionar a autorreflexão, o autoconhecimento, promover a resiliência e principalmente diminuir os impactos da rotina hospitalar, entre outros objetivos que poderiam ser alcançados indiretamente no decorrer das sessões.

No segundo encontro com o paciente, foi realizada a primeira intervenção terapêutica, sendo utilizado como recurso lúdico, o jogo “futebol de botão”, o paciente participou de forma receptiva, interagindo satisfatoriamente com as acadêmicas coordenadoras da atividade, os objetivos terapêuticos da sessão puderam ser integralmente atingidos, tendo em vista, o favorecimento do vínculo terapêutico e a diminuição dos impactos da agressiva rotina hospitalar.

Na terceira sessão foi utilizado como recurso terapêutico uma atividade expressiva, sendo proposto ao paciente que a cada dia da semana expressasse seu estado emocional a partir de figuras representativas, colocadas em um calendário com a temática “Hoje estou”, afim de que suas escolhas pudessem ser discutidas posteriormente. Os objetivos propostos nessa atividade puderam ser atingidos parcialmente, considerando que o paciente realizou-a somente uma vez, relatando estar pensativo, no entanto, recusou-se a discorrer sobre o seu estado emocional do dia.

A quarta intervenção terapêutica foi realizada tendo como recurso uma atividade lúdica, que consistiu em um “jogo da vida”, um jogo de tabuleiro onde a cada “casa” uma pergunta deveria ser respondida, (perguntas a respeito de preferências, sonhos e acontecimentos). O paciente realizou a atividade de forma satisfatória, em contrapartida, pôde ser observado durante a sessão, uma relevante dificuldade em expressar-se a respeito de sentimentos aflitivos e conflituosos.

Na quinta e última sessão, não foi possível realizar a intervenção terapêutica, havia sido planejado para tal sessão a atividade expressiva intitulada “mural dos sonhos”, onde estava desenhado um garoto segurando 05 (cinco) balões, os quais representariam os 05 (cinco) anos de vida futuros, e o paciente deveria no interior de cada balão, escrever ou desenhar, um sonho, um desejo a ser realizado naquele ano. A atividade não pode ser realizada devido ao estado clínico do paciente, que encontrava-se debilitado, não podendo levantar-se do leito, apresentando inflamação das mucosas e dores, por conta do quadro de mucosite.

CONCLUSÃO

As pessoas acometidas por câncer, muitas vezes, são reconhecidas apenas por suas patologias, o que os distancia de seus papéis sociais, e da autonomia no gerir de sua existência, em alguns casos ocorre a perda da autoestima, o desânimo, e a falta de interesse por outras atividades, a vida passa a girar em torno da doença.

A intervenção da Terapia Ocupacional junto à pacientes com câncer deve acontecer considerando os aspectos biopsicossociais e culturais de cada indivíduo, objetivando proporcionar o autoconhecimento, a promoção da resiliência, a expressão, a

descoberta de novos interesses e valores, assim também, a ressignificação do fazer, agir e pensar.

Verifica-se a necessidade de ampliar os estudos acerca da influência da Leucemia Mielóide Aguda no período da adolescência, assim como, da produção científica referente à intervenção da Terapia Ocupacional junto à pacientes oncológicos. Sendo também, observada a inexistência de uma única classificação que aborde todos os aspectos relevantes da patologia, o que também dificulta a realização do diagnóstico e tratamento.

Quanto as especificidades da abordagem terapêutica ocupacional, notou-se a importância da atuação do profissional junto a pacientes em tratamento oncológico, para a prevenção e promoção da saúde, na reabilitação física, emocional e psicossocial, no entanto, também é existente a escassez em produção científica, que possa embasar teoricamente a intervenção prática.

A atuação terapêutica ocupacional das acadêmicas, possibilitou a diminuição dos impactos da rotina hospitalar, no cotidiano do paciente, buscou-se também proporcionar através das atividades e diálogos, meios para expressão de seus sentimentos, pensamentos e anseios, sendo encontrada grande resistência nesse quesito, no geral, os objetivos traçados ao início das sessões foram parcialmente atingidos.

A realização da experiência de intervenção junto ao paciente com LMA, assim também como, a pesquisa acerca da patologia, foram de extrema relevância para a formação acadêmica. O confronto com a realidade de um paciente em tratamento oncológico, proporcionou a valorização dos aspectos da atuação terapêutica ocupacional, enquanto profissão holística e voltada para a intervenção diante das necessidades de cunho biopsicossocial, cultural e ocupacional do indivíduo.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, R. *et al.* **Leucemia Mielóide Aguda: perfil de duas décadas do Serviço de Hematologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS.** *Revista Brasileira de hematologia e hemoterapia.* 2003; n 25; v 1; p 17-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v25n1/v25n1a04.pdf>. Acesso em: 7 de junho de 2015.

CREFITO.8, Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região - Paraná. Definição de Terapia Ocupacional. In: Site do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região - Paraná. Disponível em: <www.crefito8.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=147&Itemid=89>. Acesso em: 7 de junho de 2015.

DOBBIN, J. **Leucemia Aguda.** In Site do Instituto Nacional do Câncer. 2006. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=344. Acesso em 8 de junho de 2015.

DURAND, A. *et al.* **Leucemias agudas e crônicas: síndromes**

mieloproliferativas. *Livro Hematologia- A série branca*. 2007; v. 3, cap. 1, p. 11-16. Ed. Medgrupo.

ELMESCANY, Érika de N. Marçal. **A arte na Promoção da Resiliência**: Um caminho de intervenção terapêutica ocupacional na atenção oncológica. *Revista do Nufen*. 2010; ano 02, v. 01, n.02.

OLIVEIRA, Adriana de S. *et al.* **Reflexões sobre a prática de terapia ocupacional em oncologia na cidade de São Carlos**. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 2003; no 11; v. 02. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/198/153>> Acesso em: 7 de junho de 2015.

HELMAN, R. *et al.* **Leucemia mieloide aguda**: atualidade brasileira de diagnóstico e tratamento. *Revista Einstein*. 2011; 9(2 Pt 1):179-83