

Este eixo pretende debater sobre temas relacionados aos modelos e práticas de Terapia Ocupacional na promoção da saúde e da funcionalidade conjugada às diretrizes propostas pelas políticas públicas. Novas técnicas, métodos e recursos: realidade virtual, robótica e outros. Classificação Internacional de Funcionalidade.

## **Eixo 7 – saúde e funcionalidade**

**A NEUROFIBROMATOSE NF1 E OS SINTOMAS DO ESPECTRO AUTISTA:  
RELATO DE UM CASO**

*MARIA DA GLÓRIA SOARES PERNAMBUCO*

Prefeitura da Cidade do Recife- PE

**INTRODUÇÃO**

Neurofibromatose (NF) é uma denominação genérica para três doenças de origem genética autossômica dominante: neurofibromatose tipo 1 (NF1), neurofibromatose tipo 2 (NF2) e schwannomatose (Souza *et al*, 2009). Com uma incidência de 1/3.000 nascidos vivos NF1 é a doença humana mais frequente causada pelo defeito em um único gene1 (Friedman, 2009).

A NF1 pode acometer de forma igual ambos os sexos e é herdada de um dos pais em cerca de 50% dos casos, porém alguns pacientes não apresentam história familiar de NF1 sugerindo alta incidência de novas mutações (Friedman, 2009). O gene se localiza no cromossomo 17, cuja alteração é responsável pela incapacidade de síntese da proteína neurofibromina, uma proteína citoplasmática que atua como moduladora da atividade de crescimento e diferenciação das células desde a vida intrauterina, e que se expressa primariamente nos neurônios, oligodendrócitos, astrócitos, leucócitos e na medula das suprarrenais (Datson, 1992) (Geller & Bonalumi, 2004).

É uma patologia multissistêmica com possibilidade de comprometimento oftalmológico, osteomuscular, cardiovascular, endócrino, do sistema nervoso central e periférico e da aprendizagem (Darrigo Júnior *et al*, 2008). O diagnóstico da NF 1 é baseado nos achados clínicos necessitando de pelo menos 2 critérios dos listados na tabela 1.

Tabela 1- Critérios diagnósticos para NF-1 originalmente desenvolvidos pelo NIH Consensus:

1- Seis ou mais manchas café-com-leite com diâmetro de 15mm em indivíduos pré-púberes ou acima de 15 mm, em pós-púberes.
2- Dois ou mais neurofibromas de qualquer tipo ou neurofibroma plexiforme, baseado em parâmetros clínicos e neurológicos.
3- Efélides em região axilar e inguinal.
4- Glioma óptico

5-	Dois ou mais nódulos de Lisch (hematomas pigmentados da íris)
6-	Uma lesão óssea distinta como psicudoartrose de um osso longo da asa do esfenoide.
7-	Parente em primeiro grau com NF1 que preencha os critérios precedentes

A neurofibromatose tem uma associação de cerca de 1,4% a síndrome do espectro autista (Fombonne, 2005). O espectro autista (desordens do espectro autista ou condições do espectro autista) é um espectro de condições psicológicas caracterizada por anormalidades generalizadas de interação social e de comunicação e por gama de interesses muito restrito, além de comportamento repetitivo.

Os quadros autistas predominam no sexo masculino, com taxas médias de quatro homens para cada mulher, ficando evidente quando se trata do nível intelectual (Fernandes & Lima, 2014). Segundo o DMS-V, o Transtorno do Espectro Autista, uma pessoa deve ter os três seguintes déficits:

- Problemas de interação social ou emocional alternativo – Isso pode incluir a dificuldade de estabelecer ou manter o vai e vem de conversas e interações, a incapacidade de iniciar uma interação e problemas com a atenção compartilhada ou partilha de emoções e interesses com os outros.

- Graves problemas para manter relações – Isso pode envolver uma completa falta de interesse em outras pessoas, as dificuldades de jogar fingir e se engajar em atividades sociais apropriadas à idade e problemas de adaptação a diferentes expectativas sociais.

- Problemas de comunicação não verbal – o que pode incluir o contato anormal dos olhos, postura, expressões faciais, tom de voz e gestos, bem como a incapacidade de entender esses sinais não verbais de outras pessoas.

Além disso, o indivíduo deve apresentar pelo menos dois destes comportamentos: Apego extremo a rotinas e padrões e resistência a mudanças nas rotinas; Fala ou movimentos repetitivos; Interesses intensos e restritiva. Dificuldade em integrar informação sensorial ou forte procura ou evitar comportamentos de estímulos sensoriais.

Com isso, esse trabalho tem por objetivo relatar o processo de intervenção em Terapia Ocupacional de forma conjunta com a equipe multidisciplinar, dirigido a uma criança desde o acolhimento até sua alta, perpassando às intervenções que tiveram

efeitos e refletiram sobre os sintomas apresentados, assim como os impactos provocados no contexto familiar e social frente a revelação diagnóstica com seus conceitos e prognósticos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato descritivo que envolve uma criança com diagnóstico de Neurofibromatose-1 e com sintomas do Espectro Autista, os dados foram coletados no período de 2007 até o ano de 2015, sendo utilizados relatos e relatórios dos profissionais envolvidos no trabalho clínico, discurso dos pais, avaliação da criança e fragmentos de sessões terapêuticas.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Este relato nos revela que num trabalho clínico com crianças o que vai estar em jogo é uma complexidade de fatores e aspectos do desenvolvimento. Este exercício clínico em Terapia Ocupacional portanto, nos parece mais precocemente quando sinais e sintomas se tornam base para se buscar a origem, prever sua evolução e construir meios de intervenção. Muito frequentemente alguns sintomas, não são transparentes nem tampouco fornecem, de início, uma lógica evidente. É justamente o que se apresenta neste relato.

L.P, nossa protagonista é uma criança que aos 3 anos de idade, recebe o diagnóstico da Neurofibromatose e a partir de outras observações clínicas realizadas, constata-se atraso nas áreas sócio afetivas e da linguagem, com consequências na maturidade de seu desenvolvimento psicoafetivo, tendência ao isolamento, brincar repetitivo assim como dificuldades motoras e cognitivas.

Esses sinais se mostraram compatíveis ao quadro de Transtorno invasivo do desenvolvimento psicológico (F84.9 CID 10), passível de ser relacionado ao quadro de Neurofibromatose. Valendo ressaltar que em 2013 uma nova classificação clínica no campo da Saúde Mental DSM-V coloca o transtorno global ou invasivo do desenvolvimento sem especificação dentro da categoria do Transtorno do Espectro Autista.

### *Contexto Familiar*

L.P nasceu de uma gestação desejada dentro de uma dinâmica familiar estável e equilibrada, é a primeira filha do casal que segue com mais dois filhos. Até 1 ano de idade apresentou desenvolvimento normal quando logo após a família começou a

perceber alguns atrasos, como insegurança no andar e parando de balbuciar. Aos dois anos recebeu diagnóstico de Neurofibromatose provocando nos pais desespero e ambos já não conseguiam estar com L.P da mesma maneira, sempre se perguntando se suas atitudes eram de sua personalidade ou da doença. Iniciou sua escolaridade com 1 ano e 5 meses onde algumas dificuldades motoras foram referidas nas avaliações como subir as escadas com a mão no chão, não conseguir pular. Como não estranhar? Como se confrontar com uma criança que apresenta tantas dificuldades e se comporta de forma diferente das outras tendo muitas vezes, um diagnóstico sombrio? Os atendimentos ao casal foram uma constante durante o processo e os mesmos se mostraram assíduos e responsivos a todas as orientações. Na medida em que o tempo foi passando o nível de ansiedade e angústia vivido pelo diagnóstico da Neurofibromatose trazia perspectivas de manifestações físicas, déficit de aprendizagem e limitações sociais, que foram se superando frente as conquistas que L.P apresentava. Foi proporcionado um ambiente fora de preconceitos, participação social ativa, inclusão em atividades esportivas e eventos culturais. O tempo de L.P foi respeitado e as conquistas compartilhadas por toda família.

#### *O caminho do Processo*

Reconstruindo e retomando a história através de relatos e relatórios de profissionais envolvidos, encontramos L.P com 3 anos de idade. Ela foi acolhida no Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL) no ano de 2007. Tratava-se de uma criança de aparência bem cuidada, com dificuldades de deambulação, com déficit de força muscular, embotamento afetivo muito expressivo e aspecto sindrômico com manchas na pele café com leite.

Os pais chegaram referindo atraso na aquisição da linguagem e no seu desenvolvimento motor, tendência ao isolamento, dificuldade no brincar com outras crianças, bem como o fato de arrancar e comer seu próprio cabelo de forma compulsiva. Referiram também preocupação acerca do diagnóstico de Neurofibromatose tipo 1 recém confirmado após ressonância magnética e das possíveis consequências do mesmo para seu desenvolvimento global.

Nas observações iniciais L. apresentou-se arredia, ensimesmada, chamando atenção seu embotamento afetivo, inexpressividade e passividade diante de diversas

estimulações, mesmo dando função a alguns objetos apresentava um brincar pobre e repetitivo.

Do ponto de vista motor, dificuldades em subir, descer e ultrapassar obstáculos, reagindo com certa tensão muscular, durante a locomoção predominava uma base alargada. Não demonstrou interesse por atividades gráficas e os brinquedos de encaixes/empilhamento eram realizados de forma ritualista e com movimentos rígidos. Foi desde então indicado trabalho psicoterapêutico em grupo e individual, associado a Terapia Ocupacional individual, além do acompanhamento sistemático dos pais.

A aplicabilidade da Terapia Ocupacional teve como marco importante observação, elaboração e intervenção sobre a dinâmica que se estabelece entre a realidade externa e a interna composta pelos elementos terapeuta-paciente-atividade (Benetton,1994). Para os atendimentos iniciados em 2007 foram disponibilizados diversos tipos de materiais como jogos, brinquedos, materiais sensoriais e gráficos, livros infantis e cantigas infantis a qual a paciente se deliciava. L.P passa a interagir melhor com o terapeuta e o meio ambiente e ter melhor controle de suas tensões de ansiedade, medo e euforia que eram expressas através de maneirismos e repetição de ações.

Todas as atividades inseridas através da ludicidade proporcionaram a L.P uma evolução significativa em todas as áreas. A introdução do manuseio do livro como mais um instrumental foi de fundamental importância para o desenvolvimento psíquico, intelectual e social desta criança. L.P passa a ter preferências como o livro “Chapeuzinho Amarelo” de Chico Buarque de Holanda e também começa o encantamento pelas leituras de conto de fadas com suas princesas e o reino mágico da fantasia. Já em 2010 apresenta produções gráficas e interesse pela escrita. Em 2011 em contato com a escola temos o relato de que L.P está adaptada ao contexto, mas ainda apresenta resistência diante de limites, se dispersando no momento da aula e observando o ambiente, por vezes distantes ou se envolvendo em outras atividades, adorando atividades de canto e dança, passando a participar de festas e apresentações proporcionadas pela escola. No decorrer do processo observa-se significativo avanço onde amplia seu universo de interesses e atividades. Entra em processo de alfabetização, torna-se mais independente nas AVD e AVP, linguagem compreensiva e espontânea com colocações genuínas, socialmente adaptada, gosta de leitura, faz uso do computador e tem vivido seus momentos de “menina grande”.

Recebe alta em 2015 da Terapia Ocupacional e da individual em psicoterapia. Dando continuidade à atividade de grupo psicoterapêutico e sessões de fonoaudiologia que iniciou em 2009. Elabora sua alta conseguindo falar de seu percurso e de suas conquistas de modo muito afetuoso com sua terapeuta.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sintomas que se apresentam sob múltiplos aspectos, fazem sofrer tanto um filho como a família. Certos fatores ajudam os pais a receber e adaptar positivamente o recebimento de um diagnóstico que incluem informação apropriada e positiva, atenção dos profissionais, tempo e acompanhamento. O diagnóstico da Neurofibromatose tipo 1 e os sintomas do espectro autista ambos com prognósticos que apontam prejuízos em alguma esfera, seja física ou psíquica, nos mostra neste relato a reversão de um prognóstico. Em ambos os casos não deixamos de acolher e fazemos articulações necessárias para cada caso. Não se trata aqui de desvendar a origem ou falha de um dado diagnóstico com todas as suas implicações, e sim positivar possibilidades. Experimentamos, na nossa clínica, a dificuldade que essa tarefa representa e quando tentamos atuar para que os pais se posicionem e cheguem a compreender as necessidades de um filho “diferente” (Pernambuco, 2006). Não existindo manual o desafio é proporcionar a criança possibilidades de crescer, desenvolver-se e adaptar-se. A articulação da Terapia ocupacional com outras especificidades numa perspectiva interdisciplinar foi de fundamental importância. A criança aqui surge de maneira mais unificada, integrada aos profissionais que fizeram uso de uma única linguagem e as práticas influenciaram-se reciprocamente.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BENETTON, M.J. A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. 1994. 184f. Tese (doutorado em saúde mental) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo.

FERNANDES, C.M; LIMA, R.C. Preparo para o cuidado/manejo da clínica de crianças, adolescentes e famílias em situação de autismo. In: Fernandes, C.M. Saúde mental na Infância e adolescência: atenção às crianças e adolescentes com autismo no âmbito da rede de atenção psicossocial. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FOMBONNE, E. Epidemiological studies of pervasive developmental disorders. In: VOLKMAR, F.R. *et al.*. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 3.ed. New Jersey: John Wilwy & Sons, 2005.

FRIEDMAN, J.M. Epidemiology of neurofibromatosis type 1. *Am J Med Genet*:89, 1-6. 1999.

GELLER M, BONALUMI A.F. Neurofibromatose, clínica, genética e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

DARRIGO JUNIOR, L.G *et al.* Neurofibromatose tipo 1 na infância: revisão dos aspectos clínicos. *Rev Paul Pediatr*:26(2), 176-82. 2008.

DATSON, M.M *et al.* The protein product of neurofibromatosis type 1 gene is expressed at highest abundance in neurons, Schwann cells, and oligodendrocytes. *Neuron*:8, 415-28. 1992.

PERNAMBUCO, M.G. Laço nos sapatos. In: ROCHA, P.S (Org.). Cata-ventos: invenções na clínica psicanalítica institucional. São Paulo: Escuta, 2006.

SOUZA, J F de *et al.* Neurofibromatose tipo 1: mais comum e grave do que se imagina. *Rev Assoc Med Bras*, 55(4), 394-9. 2009.

PERNAMBUCO, G. Laços nos sapatos: “uma vinheta clínica”Cataventos. Invenções na clínica Psicanalítica. In: org. Paulina Schmidtbauer Rocha-São Paulo: Escuta, 2006.



## **AMBIENTE DOMICILIAR E INCIDÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS: UM OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL**

*FLÁVIA DOS SANTOS COELHO, ALINE DIAS DA SILVA, ELAINE FONSECA CARVALHO, ENISE CÁSSIA ABDO NAJJAR MARIA LUCIVÂNIA FERREIRA DE SOUSA*

Universidade do Estado do Pará –PA

### **INTRODUÇÃO**

O crescimento da população idosa é um fenômeno global e um desafio para a saúde pública. O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo natural, onde ocorrem modificações biopsicossociais, que interferem no cotidiano e ocupações do idoso. Contudo, ao envelhecer, este torna-se susceptível a diversos fatores que afetam sua saúde. Nesse sentido, destaca-se a ocorrência de quedas, que interferem no desenvolvimento saudável desse público, comprometendo a realização de suas atividades ocupacionais (REZENDE; CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012; BRASIL, 2013).

Segundo Brasil (2013), as quedas produzem tanto danos físicos como emocionais. As consequências físicas envolvem fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, comprometimento na mobilidade, até mesmo óbito. Ainda segundo Brasil (2013) os impactos emocionais produzidos são representados por ansiedade, depressão e medo de cair de novo, aumentando o risco de uma nova queda. Cruz *et al* (2012) apontam que as quedas podem ser um indicador de diminuição de qualidade de vida e das atividades ocupacionais dos idosos e, portanto, demonstram a necessidade de atenção e elaboração de estratégias para diminuir sua ocorrência e, conseqüentemente, minimizar a dependência, complicações e proporcionar o envelhecimento saudável.

Deste modo a atuação terapêutica ocupacional se faz relevante, sobretudo devido às alterações significativas no funcionamento ocupacional eficaz dos idosos no que tange a realização de atividades cotidianas. Esta atuação, segundo Cavalcanti e Galvão (2011), direciona intervenções, visando considerar a participação da pessoa idosa, de seus familiares e cuidadores como fator essencial para a obtenção plena de promoção e manutenção da saúde.

As quedas em idosos podem ser ocasionadas por fatores intrínsecos como o envelhecimento e doenças e por fatores extrínsecos como o ambiente e o meio social (SILVA et al., 2009).

## **OBJETIVOS**

Este trabalho buscou investigar a relação do ambiente domiciliar na incidência de quedas em idosos.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho é um estudo descritivo exploratório, de caráter quantitativo realizado com 22 idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família localizada no município de Belém-Pará, durante o período de julho a setembro de 2014. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos participantes durante o período de junho a julho de 2014 partir com aplicação de um questionário elaborado pelas acadêmicas do curso de enfermagem e terapia ocupacional vinculadas ao projeto Pet-Saúde. O questionário objetivou coletar dados como sexo, idade, profissão, escolaridade, diagnóstico médico, medicações em uso, e variáveis associadas à ocorrência da queda, como local específico da queda, causas, necessidade de acompanhamento especializado consequências desse acontecimento. Durante a visita foi realizada também observação informal do ambiente domiciliar.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o protocolo 32076314000005174.

## **RESULTADOS**

A tabela 1 apresenta a quantidade e o percentual de idosos vítimas de quedas por Gênero. Nela, pode-se observar que a maioria dos idosos vítimas de quedas é do gênero feminino, com 81,8 %, enquanto que os idosos do gênero masculino.

**Tabela 1** *Quantidade e percentual de idosos vítimas de quedas cadastrados na estratégia saúde da família, no bairro Parque Verde, Cidade de Belém, estado do Pará, no Período de Janeiro de 2013 a Setembro de 2014, por gênero.*

Gênero	Quantidade	Percentual
Feminino	18	81,8
Masculino	4	18,2
Total	22	100,0

**Fonte:** CDF/AB , Outubro/2014.

A Tabela 2 apresenta a quantidade e percentual de idosos vítimas de quedas por local da queda. Nela, observa-se que 40,0 % dos idosos informaram como local de quedas Outros como ruas, avenidas e calçadas. Os caíram no banheiro representam 15% dos casos, os que informaram sala, quarta e cozinha como o local de queda representam 10%.

**Tabela 2** *Quantidade e percentual de idosos vítimas de quedas cadastrados na estratégia saúde da família, no bairro Parque Verde, cidade de Belém, estado do Pará, no período de Janeiro de 2013 a Setembro de 2014, por local da queda.*

Local da queda	Quantidade	Percentual
Sala	2	10,0
Quarto	2	10,0
Cozinha	2	10,0
Banheiro	3	15,0
Cozinha e banheiro	1	5,0

Sala, quarto e cozinha	1	5,0
Sala, quarto, Cozinha e banheiro	1	5,0
Outros	8	40,0
Total	20	100,0

**Fonte:** CDF/AB , Outubro/2014.

Observou-se que o escorregão foi a causa mais frequente das quedas, com 31,8% dos casos, queda por tropeço apresentou percentual de 18,2%, por escorregão e tropeço apresentaram 9,1%. Os que informaram outras causas de quedas, representam 13,6% , enquanto que quedas por tontura; por tontura e escorregão; tontura, desequilíbrio e escorregão; por desequilíbrio, escorregão e tropeço, apresentaram menor frequência com 4,5%, cada.

Segundo dados da entrevista, o hematoma é a consequência de queda mais frequente com 36,4%, seguido de edema, com 22,7%, Edema e hematoma apresentou percentual de 13,6%. Edema e entorse, assim como fratura, edema e hematoma apresentaram menor frequência com 4,5% cada.

A partir das visitas domiciliares, pode-se detectar que todas as residências dos participantes da pesquisa não possuíam barras de apoio no banheiro, bem como iluminação adequada neste e em outros cômodos da casa. Cerca de 50% dos domicílios visitados apresentaram pisos escorregadios.

Durante as visitas, muitos idosos relatam sentir medo de sair de suas casas, a fim de realizam outras atividades devido ao receio de cair novamente e apresentar complicações diversas. Contudo, muitos relatavam que ainda possuíam o desejo de engajar-se em outras ocupações fora do domicílio, as quais remetiam-lhe significados específicos.

## DISCUSSÃO

Mediante aos resultados obtidos, percebe-se que a incidência de quedas no público idoso confere um importante alerta para a saúde pública em questão, onde deve-se ter um olhar minucioso de uma equipe multiprofissional a fim de minimizar essas intercorrências.

Ferreira e Yoshitome(2010) e Carvalho, Lockow e Siqueira (2011) ressaltam o possível aumento da incidência de quedas nos próximos anos devido, sobretudo, ao crescimento da população idosa no país, bem como o déficit dos serviços de saúde frente a assistência de problemáticas específicas desse público.

Com a ocorrência de quedas, muitos indivíduos expressam o sentimento de medo frente ao possível acontecimento desse fato. Logo, isso impede-os, muitas vezes de participar ativamente da vida em sociedade, privando-os do engajamento em ocupações altamente significativas.

Percebe-se que os fatores relacionados a falta de acessibilidade domiciliar e de suporte ao deslocamento e segurança, interferem na mobilidade segura prejudicando o desempenho ocupacional bem como a participação social deste idoso.(ANDRADE; PEREIRA,2008).

Estudos apontam que o número de idosos vítimas de quedas em ambiente domiciliar tem aumentado. A ocorrência dessas quedas contribuem para a diminuição da qualidade de vida dos idosos, refletindo em mudanças de suas rotinas diárias, bem como minimização de atividades ocupacionais realizadas por eles. Este fato pode favorecer o surgimento de sentimentos negativos frente ao exercício pleno de participação social e baixo engajamento ocupacional (ANDRADE; PEREIRA, 2008; e LOPES et al., 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa pode constatar que há um número considerável de idosos vítimas de quedas, as quais são ocasionadas por diversos fatores e em variados contextos, os quais necessitam ser analisados e avaliados, conferindo assim um importante problema de saúde pública. Dessa forma, ressalta-se a importância de realizar ações com vistas a melhorar o ambiente domiciliar dos idosos, a fim de proporcioná-los mais segurança, qualidade de vida e engajamento ocupacional.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.; NEVES, R. As quedas e o medo de cair em pessoas idosas institucionalizadas. **Rev. Kairós Gerontologia**. vol. 15, n. 5, p. 27-43. São Paulo, 2012.

Disponível

em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/15309/11443>> Acesso em: 31. Nov. 2014.

ALVARES. L.M.; LIMA, R.C.; SILVA, R. A, da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 26, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n1/04.pdf>> Acesso em: 03. Nov. 2014.

ANDRADE, V. S. de.; PEREIRA, L. S. M. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** vol.12, n.1, p. 113-122, 2009. Disponível em: <[http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n1/pdf/art\\_9.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_9.pdf)>. Acesso em : 31. Nov. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de Prevenção de Quedas**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz, 2013.

CARVALHO, M. P. de.; LUCKOW, E. L. T.; SIQUEIRA, F. V. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. vol. 16, n. 6, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600032)>. Acesso em: 20. Nov. 2014.

CAVALCANTI, A. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CRUZ D. T, RIBEIRO L. C, VIEIRA M. T, TEIXEIRA M. T. B, BASTOS R. R,

LEITE I. C. G. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública**. vol. 46,n.1, p.138-146, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601901&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601901&script=sci_arttext)>. Acesso em: 31. Nov. 2014.

FERREIRA, D.C.O.; YOSHITOME, A.Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.** vol. 63, n. 6, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000600019&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000600019&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em: 31. Nov. 2014.

LOPES K. T.; COSTA D.F.; SANTOS, F.; CASTRO D. P.; BASTONE, A.C. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Rev Bras Fisioter.** vOL. 13, n. 3, p. 223-229. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n3/aop024\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n3/aop024_09.pdf)>. Acesso em: 31. Nov. 2014.

SILVA, T. M. et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 9, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/7136/5049>>. Acesso em: 02 Out. 2015.

REZENDE, C. de. P. CARRILLO, M. R. G. G. SEBASTIÃO, E. C. de. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública.** v. 28, n. 12, p. 2223-2235, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n12/02.pdf>> Acesso em: 02 Out. 2015.

## **ANALISE QUANTITATIVA SOBRE A CORRELAÇÃO ENTRE A LOMBALGIA E ATIVIDADES DOMÉSTICAS**

*ANA CLAUDIA MARTINS E MARTINS, ROGERIA PIMENTEL DE ARAUJO MONTEIRO, THAÍSSA THAYARA MACHADO PINTO*

Universidade do Estado do Pará-PA

### **INTRODUÇÃO**

O termo lombalgia refere-se à dor na coluna lombar (GIL; OSIS; FAÚNDES, 2011). A dor na coluna lombar é umas das alterações musculoesqueléticas mais comuns, afetando 70% a 80% da população adulta em algum momento da vida. Além da dor, múltiplos aspectos da funcionalidade desses pacientes vêm sendo descritos com relação a limitações nas atividades diárias e repercussões sobre a vida, relacionamento pessoal, social e profissional (RIBERTO, et al., 2011).

A lombalgia pode ser desencadeada por má postura associada a desequilíbrio das estruturas passivas osteoligamentares, conseqüentemente resultando em instabilidade do complexo lombo pélvico e gerando quadros álgicos (LE MOS; TEIXEIRA; MOTA, 2010). O tratamento da dor e disfunção lombar envolverá uma equipe multidisciplinar formada por médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, dentre outros, tendo como proposta geral, controlar o quadro álgico e a promoção do bem-estar e do retorno às atividades funcionais do indivíduo (MARTINS et al., 2010). A prática Terapêutica Ocupacional voltada para o tratamento das lombalgias pode envolver técnicas de relaxamento, fortalecimento muscular e para melhora da dor, orientações posturais respeitando os princípios biomecânicos, conscientização corporal, além do enfoque nos componentes psicológicos (RADOMSKI; LATHAM, 2013).

### **OBJETIVO**

Identificar correlação entre a lombalgia e as atividades domésticas.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e caracteriza-se por ser um estudo transversal, em que os dados relativos a cada indivíduo expressam esta população no momento da coleta.



O estudo envolveu pacientes diagnosticados com lombalgia, matriculados na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UEAFTO/Universidade do Estado do Pará.

A pesquisa consistiu em realizar um estudo prospectivo, com pacientes com diagnóstico de lombalgias que estavam em tratamento terapêutico ocupacional e/ou fisioterapêutico na UEAFTO, no período entre outubro/2014 a maio/2015. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos, independente do estado civil, profissão, ocupação ou escolaridade e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesta etapa utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista contendo as variáveis do estudo, com o objetivo de traçar um perfil mais detalhado destes sujeitos e estabelecer possíveis correlações entre a dor lombar e as atividades domésticas.

Os dados foram analisados quantitativamente, organizados, tabulados e posteriormente apresentados em forma de tabelas desenvolvidas a partir do excel 2013, por meio de número e porcentagem, assim como correlacionados com outros autores.

A amostra foi constituída de 131 sujeitos com diagnóstico de lombalgia que estavam matriculados na UEAFTO no período de outubro de 2014 a maio de 2015.

Os procedimentos da coleta de dados realizaram-se após o parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará (UEPA), protocolo número 789.750 de 05/09/2014 sendo atendidos os aspectos éticos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

Ao buscar conhecer as atividades domésticas constatou-se que 87% dos sujeitos apresentavam dificuldade para realiza-las, dentre estes, 37,7% possuíam grande dificuldade, 40,3% possuíam moderada dificuldade e 9,6% possuíam leve dificuldade, como é possível visualizar na TAB 1.

Dentre as dificuldades, 80,7% foram referentes a limpar a casa, 53,5% a lavar roupa, 22,8% a lavar louça, 17,5% a passar roupa, 14% a cozinhar e 10,5% foi relacionada a ir ao mercado.

TAB 1 – Dificuldade na Realização das Atividades Domésticas.

	N	%
<b>Doméstica</b>		
SIM	114	87,0
Leve	11	9,6
Moderada	43	40,3
Grande	46	37,7
Total	14	12,2
NÃO	17	13,0
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa

Dentre os sujeitos que referiram não possuir dificuldade alguma, muitos relataram que não realizavam mais atividades domésticas devido ao medo de intensificar ainda mais a dor.

## DISCUSSÃO

As atividades domésticas são muito variadas, portanto exigem muito do corpo, visto que são requeridos inúmeros movimentos corporais para realizá-las, como o movimento de flexão e rotação da coluna, agachamento, elevação dos Membros Superiores, dentre outros. Todos estes movimentos são fatores de risco tanto para intensificar quanto para iniciar o quadro álgico na coluna lombar (SILVA; CARVALHO, 2011).

Estes dados vão de encontro aos achados de Silva e Carvalho (2011) que constataram que a realização de atividades domésticas, como lavar ou passar roupa, interfere negativamente na percepção da dor lombar. Isto é justificável pelo posicionamento adotado durante a execução desta atividade, bem como pelo tempo

gasto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que os sujeitos apresentam moderada dificuldade na realização desta atividade, sendo que limpar a casa é a atividade mais dificultosa. Considera-se imprescindível a realização de maiores pesquisas para estudar a correlação entre a lombalgia e as atividades domésticas, subsidiando assim as intervenções terapêuticas ocupacionais, bem como a construção de material educativo com orientações não somente referentes a posturas corretas durante a atividades cotidianas, como também sobre os cuidados necessários para prevenção da lombalgia.

## REFERÊNCIAS

GIL, V. F. B.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A. Lombalgia Durante a Gestação: Eficácia do Tratamento com Reeducação Postural Global (RPG). **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 164-170, abr/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n2/11.pdf>>. Acesso em 26 jun 2015.

LEMOS, L. F. C.; TEIXEIRA, C. S.; MOTA, C. B. Lombalgia e o Equilíbrio Corporal de Atletas da Seleção Brasileira Feminina de Canoagem Velocidade. **Rev. Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, n. 6, p. 457-463, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v12n6/v12n6a10.pdf>>. Acesso em 20 set 2015.

MARTINS, M. R. I. et al. A Eficácia da Conduta do Grupo de Postura em pacientes com Lombalgia Crônica. **Rev. Dor**, v. 11, n. 2, p. 116-121, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n2/a1478.pdf>>. Acesso em 25 jun 2015.

RADOMSKI, M. V.; LATHAM, C. A. T. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 6ª edição. - São Paulo: Gen, 2013. 1431p.

RIBERTO, M., et al. A Experiência Brasileira com o Core Set da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Lombalgia. **Rev. Coluna/Columna**, v. 10, n. 2, p. 121-126, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/coluna/v10n2/08.pdf>>. Acesso em 20 set 2015.

SILVA, K. B.; CARVALHO, C. A. Prevalência da Lombalgia e sua Associação com Atividades Domésticas em Gestantes no Município de Itabuna, Bahia. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 5, n. 2, p. 387-396, abr/jun. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2459.pdf>>. Acesso em 23 jun 2015.

## **APLICAÇÃO DE BANDAGEM TERAPÊUTICA COMO RECURSO AUXILIAR NO TRATAMENTO DE SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

*KARINE MORGANA BATISTA SANTOS, ANDERSON PASSOS PINTO, MAX DA  
CONCEIÇÃO PAIXÃO, RAISSA VASCONCELOS DE OLIVEIRA, LAIS FERNANDA  
SILVEIRA SANTOS RAMOS, ARISTELA DE FREITAS ZANONA*

Universidade Federal de Sergipe - SE

### **INTRODUÇÃO**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma patologia que acomete o Sistema Nervoso Central devido a uma disfunção de origem vascular. Pode ser classificado como Isquêmico, quando há interrupção do fluxo sanguíneo para áreas focais do cérebro, ou Hemorrágico, quando há o extravasamento de sangue para o interior da estrutura cerebral. As causas mais comuns para AVC estão ligadas a fatores não modificáveis como: idade, hereditariedade, raça e sexo; e fatores modificáveis: hipertensão arterial, doenças cardíacas, diabetes mellitus, malformações, aneurismas, tabagismo, sedentarismo, uso de drogas e nutrição inadequada (PEDRETTI, 2004). O AVC representa, atualmente, a doença de origem neurológica, mais incapacitante do mundo. Em nosso país são registradas 68 mil mortes por AVC anualmente. A doença representa a primeira causa de morte e incapacidade no Brasil (FERLA, et al., 2015). O Acidente Vascular Cerebral gera déficits no aspecto motor, sensorial e cognitivo do sujeito a depender do local de comprometimento de áreas focais do cérebro (PEDRETTI, 2004).

Tais comprometimentos provocam principalmente alterações nas capacidades funcionais desse sujeito (PEDRETTI, 2004; TEIXEIRA, 2008). Logo, as sequelas do AVC causam um impacto significativo no desempenho ocupacional do indivíduo em todas as áreas de ocupação: atividades da vida diária (AVD), atividade instrumental de vida diária (AIVD), educação, trabalho, brincar, lazer, participação social, descanso e sono. Os autores Costa, Silva e Rocha (2011) corroboram esta informação quando afirmam que grande parte dos pacientes com AVC evolui com incapacidades e prejuízos

sensorio-motores, tendo como consequência um impacto significativo em seu nível de funcionalidade.

A depressão é a complicação psiquiátrica mais frequente do acidente vascular cerebral. A depressão pós-AVC está associada ao maior prejuízo no funcionamento físico e da linguagem, hospitalização mais prolongada, dor e redução da qualidade de vida (MAINERI, 2007).

A dor como sequela de AVC é uma condição frequentemente sub-diagnosticada e desvalorizada, porém que influencia na habilidade para realizar tarefas do cotidiano levando a rebaixamento da saúde e qualidade de vida (GASPAR; ANTUNES, 2010).

Segundo Gaspar e Antunes (2010) “A importância de compreender e tratar a dor após um AVC, passa pelo fato desta estar associada a uma maior prevalência de depressão e ser limitante da participação em atividades significativas para o sujeito”.

A Síndrome do Ombro Doloroso é um dos paradigmas da dor após AVC, pois esta é a condição dolorosa mais frequente após um evento vascular cerebral, estimando-se que afete até cerca de 70-80% dos pacientes hemiplégicos no primeiro ano após o AVC (GASPAR; ANTUNES, 2010)

A principal causa da dor no ombro está ligada a fraqueza muscular dos músculos da cintura escapular que leva a perda da congruência da articulação do ombro acarretando em uma luxação ou sub-luxação. Outras causas podem estar ligadas a alteração do tônus muscular, principalmente a espasticidade, além de movimentação mecânica inadequada e perda do ritmo normal dos arcos de movimento da articulação. Tanto a biomecânica normal quanto à estabilidade podem sofrer complicações, pois o indivíduo perde o controle motor e desenvolve padrões anormais de movimento (GASPAR; ANTUNES, 2010; SANTOS et al. 2010).

A instabilidade do ombro e a dor causada por esta limitam os pacientes a realizar atividades importantes do cotidiano, além disso o ombro é importante para o equilíbrio e reações de proteção e ainda possui papel importante durante marcha devido ao balanceio realizado, a partir disto infere-se que a Síndrome do Ombro doloroso é uma condição extremamente limitante e incapacitante (SANTOS et al. 2010).

Atualmente o tratamento da dor em pacientes com AVC se resume no uso de crioterapia local, a mobilização articular suave e antiinflamatórios não esteróides sistêmicos. Contudo recursos alternativos como a aplicação de Bandagem Terapêutica

tem ganhado espaço nos debates sobre Reabilitação do paciente com AVC (SILVIA; TONÚS, 2014).

A bandagem terapêutica é uma fita elástica de tecido hipoalergênico, com cola adesiva corporal de acrílico, que não contém medicamentos e possui capacidade para se expandir longitudinalmente, extensível a até cerca de 140% do seu comprimento inicial. Ela pode ser utilizada como uma forma de estimulação tegumentar e seus estímulos promovem mudanças nas funções fisiológicas da pele, sistema vascular, nos músculos, tendões e articulações (JUNIOR, 2011). Quando a bandagem é aplicada, o estímulo tegumentar que ele proporciona aciona o funcionamento do Arco Neural, por meio dos mecanorreceptores, causando uma alteração no comportamento dos músculos, aumentando ou diminuindo a excitação neuronal, por meio de forças mecânicas impostas pela elasticidade e força reativa da bandagem (JUNIOR, 2011).

Segundo Silva e Tonús (2014) o objetivo desse dispositivo é “desencadear estímulos sensoriais e mecânicos através dos mecanorreceptores presentes na derme e na epiderme. Existem quatro técnicas de aplicação: muscular, ligamentosa, corretiva e linfática”.

## **OBJETIVOS**

Relatar o uso da bandagem terapêutica para diminuir a dor nos casos de Síndrome do Ombro Doloroso em pacientes com AVC.

## **METODOLOGIA**

A Bandagem foi aplicada em 03 pacientes (2 homens e 1 mulher) com idades de 49, 51 e 72 anos, com diagnóstico de AVC. Um paciente foi acometido pelo AVC no ano de 2008 e os outros dois em 2010, todos foram assistidos pelo setor de Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Psicologia do Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier no Paraná. Todos estavam em tratamento tradicional há pelo menos 6 meses e, mesmo assim a dor no ombro não havia cedido. Os três indivíduos chegaram ao serviço com queixas de dor no ombro. O protocolo de aplicação da bandagem foi de 8 semanas com duas trocas semanais de bandagem; o recurso foi aplicado sobre a pele que recobre o músculo deltóide, com a técnica específica, a fim de reduzir a dor em ombro. O instrumento utilizado para avaliar a percepção de dor foi a Escala Visual Analógica de Dor.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O objetivo da aplicação da bandagem nos três casos foi de aliviar a dor referida no ombro direito de dois pacientes e esquerdo do terceiro. Os três pacientes apresentavam hemiparesia (diminuição da sensibilidade e motricidade em um dimídio corporal), dois no dimídio corporal direito e um no esquerdo. Com o alívio da dor esperava-se que os pacientes conseguissem utilizar o membro superior acometido de forma mais efetiva o que contribuiria para a realização de atividades do cotidiano com maior independência.

No início da aplicação os pacientes relataram dor com pontuação 10 na Escala Visual Analógica de Dor (pontuação de 1 a 10, quanto mais próximo de 10 maior a sensação de dor).

Para a aplicação da bandagem foram tomados alguns cuidados como: a higienização da pele da região do ombro com álcool 70%, posicionamento adequado dos sujeitos sentados, com pés apoiados no chão e ombro em posição neutra. A técnica utilizada para recorte da bandagem foi em “Y” invertido e aplicada na pele que recobre o músculo deltóide nas porções anterior e posterior, no sentido de origem à inserção com o ponto fixo próximo ao acrômio, sendo exercida uma tração semelhante à elasticidade da pele. A cor da bandagem foi escolhida pelos pacientes que selecionaram a cor bege, por ser discreta.

Duas semanas após o início da aplicação, os pacientes relataram dor com pontuação entre 9, 6 e 5 na Escala, indicando que houve diminuição da dor percebida. Ao final do protocolo, os pacientes relataram pontuação 1 que indica nenhuma dor percebida.

Segundo Santos et al. (2010) a dor pode ser aliviada após o uso da bandagem pois este recurso favorece a função muscular fortalecendo os músculos debilitados, melhorando a circulação sanguínea e linfática, diminuindo a dor por supressão neurológica e reposicionamento de articulações subluxadas aliviando a tensão dos músculos anormais, ajudando a devolver a função muscular e da fáscia. Ademais, a bandagem terapêutica também causa um aumento da propriocepção por aumentar a excitação dos mecanorreceptores cutâneos (SILVIA; TONÚS, 2014). No estudo de Santos et al. (2010) após dois meses de aplicação da bandagem, percebeu-se melhora da subluxação do ombro, os dois pacientes avaliados reduziram cerca de 2 cm o espaço do acrômio com o tubérculo maior do úmero, além de melhoras na simetria



postural e amplitude de movimento do ombro, sugerindo que a efetividade da bandagem pode ser imediata.

Na pesquisa de Klotz et al. (2006) foi utilizada uma bandagem comum no tratamento para a subluxação de ombro em noventa e oito pacientes por seis semanas e foi considerado benéfico, pois propiciou a redução da subluxação permitindo a movimentação ativa do membro superior, além de promover estimulação sensorial. A bandagem terapêutica utilizada como recurso auxiliar na reabilitação pode facilitar ou inibir a função muscular, manter o posicionamento articular, reduzir a dor e fornecer feedback proprioceptivo para obter e manter alinhamento corporal (SANTOS et al. 2010).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A bandagem terapêutica pode ser utilizada como um recurso coadjuvante da Terapia Ocupacional, se aplicada corretamente potencializa os objetivos da reabilitação, porém mais estudos são necessários, isolando todas as variáveis, afim de identificar o resultado da técnica. Com relação aos três casos mencionados, a aplicação da bandagem terapêutica, atingiu os objetivos esperados e favoreceu o desempenho ocupacional dos sujeitos.

### **REFERÊNCIAS**

COSTA F. A.; SILVA D. L. A.; ROCHA V. M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 n. 1, p.1341-1348, 2011.

GASPAR, A.T.ANTUNES F. Dor crônica após acidente vascular cerebral. **Sinapse**. V. 10, n. 2, p. 38-44, 2010.

JUNIOR N. M. Bandagem Terapêutica. In CURY, V.C.R. BRANDÃO, M.B. **Reabilitação em Paralisia Cerebral**. Ed. Medbook: Rio de Janeiro, cap. 16, 2011.

KLOTZ T, et al. Tratamento fisioterapêutico do ombro doloroso de pacientes hemiplégicos por acidente vascular encefálico: revisão da literatura. **Act Fisiatr.** v. 13, p.10-14, 2006.

MAINERI N.L. et al. Fatores de Risco para Doença Cerebrovascular e Função Cognitiva em Idosos. **Arq. Bras. Cardiol,** v.89, n.3, p.142-146, 2007.

PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para a Disfunções Físicas.** São Paulo: Roca, cap. 32, 2004.

SILVA, E.B.S. TONÚS D. Bandagem funcional - possível recurso coadjuvante para a reabilitação de pacientes hemiplégicos. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar,** São Carlos, v. 22, n. 3, p. 543-550, 2014

SANTOS J.C.C et al.. A influência da Kinesio Taping no tratamento da subluxação de ombro no Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc.** v.18, n. 3, p. 335-340, 2010.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira. O envelhecimento cortical e a reorganização neural após o acidente vascular encefálico (AVE): implicações para a reabilitação. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva,** v. 13 n.2, p. 2171-2178, 2008.

## **CORRELAÇÃO ENTRE A LOMBALGIA E ATIVIDADE DE TRABALHO: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA**

*ANA CLAUDIA MARTINS E MARTINS, ROGERIA PIMENTEL DE ARAUJO  
MONTEIRO, THAÍSSA THAYARA MACHADO PINTO*

Universidade do Estado do Pará - PA

### **INTRODUÇÃO**

O termo lombalgia refere-se a dor na coluna lombar. Esta é uma dor localizada na altura da cintura pélvica e pode provocar incapacidades (GIL; OSIS; FAÚNDES, 2011). A lombalgia é classificada de acordo com o seu tempo de duração, podendo ser aguda ou crônica (GONÇALVES et al., 2013).

Quanto à lombalgia aguda, esta pode ser desencadeada por algum movimento inesperado, pelo levantamento de elevadas cargas ou por mudanças climáticas. Apesar do surgimento súbito da dor, relacionada com o movimento, ela aumenta gradualmente atingindo seu ápice após algumas horas (GONÇALVES et al., 2013).

No entanto, a dor lombar crônica (DLC) pode ser definida como dor, tensão muscular ou rigidez localizada na região compreendida entre as últimas costelas e a linha glútea, com duração igual ou superior a três meses (BURIGO; VÉRIO-LOPES, 2010).

Considera-se que o diagnóstico diferencial das doenças da coluna vertebral é bastante diversificado devido às diversas causas, todavia, o grupo principal de afecções está relacionado às condições de segurança e higiene do trabalho, posturas e movimentos corporais inadequados e, que determinam atividades laborativas anti-ergonômicas, capazes de produzir agravos à coluna vertebral (CHUNG, 1999).

Embora diversificado, o seu diagnóstico pode ser considerado simples, pois geralmente o quadro clínico da lombalgia é constituído por dor, incapacidade de se movimentar e trabalhar. Esta pode representar dificuldades durante a realização das atividades de trabalho. Neste sentido, o terapeuta ocupacional atua com o objetivo de controlar o quadro algico, promover o bem-estar e favorecer o retorno às atividades funcionais do indivíduo (MAGNAGO et al., 2010).

Segundo Lancman et al (2002) na área da saúde e trabalho, o terapeuta ocupacional tem seu objeto de ação a atenção as relações estabelecidas entre o

trabalhador e sua atividade de trabalho, expressa pelo adoecimento ou pelo prazer e satisfação no trabalho e na interrelação com a cultura, política vigente de valorização e reconhecimento, otimizando as potencialidades individuais.

## **OBJETIVO**

Identificar correlação entre a lombalgia e as atividades de trabalho.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e caracteriza-se por ser um estudo transversal, em que os dados relativos a cada indivíduo expressam esta população no momento da coleta.

O estudo envolveu pacientes diagnosticados com lombalgia, matriculados na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UEAFTO/Universidade do Estado do Pará.

A pesquisa consistiu em realizar um estudo prospectivo, com pacientes com diagnóstico de lombalgias que estavam em tratamento terapêutico ocupacional e/ou fisioterapêutico na UEAFTO, no período entre outubro/2014 a maio/2015. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos, independente do estado civil, profissão, ocupação ou escolaridade e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesta etapa utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista contendo as variáveis do estudo, com o objetivo de traçar um perfil mais detalhado destes sujeitos e estabelecer possíveis correlações entre a dor lombar e as atividades de trabalho.

Os dados foram analisados quantitativamente, organizados, tabulados e posteriormente apresentados em forma de tabelas desenvolvidas a partir do excel 2013, por meio de número e porcentagem, assim como correlacionados com outros autores.

A amostra foi constituída de 131 sujeitos com diagnóstico de lombalgia que estavam matriculados na UEAFTO no período de outubro de 2014 a maio de 2015.

Os procedimentos da coleta de dados realizaram-se após o parecer favorável do comitê de ética da Universidade do Estado do Pará (UEPA), protocolo número 789.750 de 05/09/2014 sendo atendidos os aspectos éticos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Referente às atividades de trabalho, foi possível observar que 29% dos sujeitos apresentavam dificuldades, sendo que 10,7% possuíam grande dificuldade, 9,9% possuíam moderada dificuldade e 3,1% possuíam leve dificuldade (TAB 1).

TAB 1 – Dificuldade na Realização das Atividades de Trabalho

	N	%
<b>Trabalho</b>		
SIM	38	29,0
Leve	4	10,5
Moderada	13	34,2
Grande	14	36,8
Total	7	18,4
NÃO	93	71,0
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Os profissionais que mais referiram dificuldade para realizar suas atividades de trabalho foram os que desenvolviam cuidado com a casa e pessoas (doméstica, babá e serviços gerais), representando 36% dos sujeitos, seguidos pelos profissionais que atuavam em serviço de escritório (26%), no comércio (21%), na área de mecânica e carpintaria (7%), agricultura (5%), cozinha (2%) e motorista (2%).

A principal dificuldade para as empregadas doméstica, babás, agricultores, mecânicos e carpinteiros estavam relacionadas aos movimentos de agachar-se, flexionar a coluna e carregar peso. Quanto aos profissionais de escritório, estes referiam que ficar sentado por um período prolongado e levantar-se da cadeira eram suas principais dificuldades. Para os trabalhadores do comércio, andar e carregar peso eram as atividades mais comprometidas.

Em relação aos profissionais da cozinha, as atividades que requeriam esforço físico, como abrir massa de pizza, eram as mais dificultosas para se realizar. Para o motorista o ato de apertar os pedais do automóvel era extremamente dificultoso.

É necessário considerar que o número pequeno de sujeito que apresentavam dificuldade para a realização de atividade de trabalho foi em decorrência de a maioria já estar aposentado, ou até mesmo em benefício e desempregado.

## DISCUSSÃO

No estudo realizado por Garcia, Vieira e Garcia (2013) envolvendo pacientes diagnosticados com lombalgia, cerca de 47,3% dos pacientes que exerciam atividade remunerada afirmaram que a intensidade da dor sempre piorava durante a realização de suas atividades de trabalho, sendo esta uma das principais causas para absenteísmo de acordo com 47,3% dos sujeitos entrevistados. Ademais, 31,5% dos trabalhadores ativos não souberam afirmar se a dor era causa suficiente para a aposentadoria. Em contrapartida 31% sujeitos inativos profissionalmente acreditavam que a dor era sim motivo para a aposentadoria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos apresentavam grande dificuldade no que se refere a realização desta atividade, principalmente os profissionais que desenvolvem o cuidado com a casa e pessoas, logo, sabe-se que estes sujeitos necessitam de orientações sobre como desenvolver suas atividades profissionais de forma a não sobrecarregar a coluna vertebral e evitar o desenvolvimento do quadro algico. Neste sentido, o terapeuta ocupacional é o profissional mais indicado para oferecer orientações não apenas sobre as posturas corretas durante as atividades de trabalho, mas também sobre a forma correta de realiza-las, visto que este é o profissional que mais se preocupa com a realização das tarefas cotidianas.

## REFERÊNCIA

BURIGO, F. L.; SILVÉRIO-LOPES, S. Lombalgia Crônica Mecânica: Estudo Comparativo Entre Acupuntura Sistêmica e Pastilhas de Óxido de Silício. **Rev. Bras. Terap. e Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 27-36, jul./dez. 2010. Disponível em <<http://www.stiper.com.br/stiper/artigos/lombalgia.pdf>>. Acesso em 25 jun 2015.

CHUNG T.M. Escola de Coluna. In GREVE JMD, AMATUZZI, M.M. **Medicina de Reabilitação Aplicada à Ortopedia e Traumatologia**. São Paulo: ROCA 1999.

p.127-134.

GARCIA, B. T.; VIEIRA, E. B.; GARCIA, J. B. S. Relationship Between Chronic Pain and Activities in Patients With Painful Syndromes. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 204-209, jul/set. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n3/11.pdf>>. Acesso em 26 jun 2015.

GIL, V. F. B.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A. Lombalgia Durante a Gestação: Eficácia do Tratamento com Reeducação Postural Global (RPG). **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 164-170, abr/jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n2/11.pdf>>. Acesso em 26 jun 2015.

GIL, V. F. B.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A. Lombalgia Durante a Gestação: Eficácia do Tratamento com Reeducação Postural Global (RPG). **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 164-170, abr/jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n2/11.pdf>>. Acesso em 26 jun 2015.

GONÇALVES, et al. Pielite Enfisematosa Unilateral: Relato de Caso. **Rev. Radiol Bras**, n. 48, v. 1, p. 56-58, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rb/v46n1/v46n1a15.pdf>>. Acesso em 25 jun 2015.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Aspectos Psicossociais de Trabalho e Distúrbio Musculoesquelético em Trabalhadores de Enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 141-147, mai/jun. 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000300019&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000300019&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 25 jun 2015.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E INTERVENÇÃO NO COTIDIANO DE ADULTOS E IDOSOS COM DOENÇAS REUMATOLÓGICAS E/OU SÍNDROMES COMPRESSIVAS: ESPAÇO DE ACOLHIMENTO, VIVÊNCIAS E TROCAS DE EXPERIÊNCIAS**

*LUMA CAROLINA CÂMARA GRADIM, FRANCIELE DE SOUSA FRANCO, GISELE  
PAIVA, DANIEL MARINHO CEZAR DA CRUZ*

UFSCar-SP

### **INTRODUÇÃO**

Qualquer lesão na mão, por mais leve que seja, ocasiona grande incapacidade funcional que pode limitar, de maneira temporária ou permanente, o indivíduo nas atividades básicas do dia-a-dia, prejudicando de forma importante sua qualidade de vida. (SOUZA et al 2008).

Nas patologias de caráter reumático há o predomínio de processos inflamatórios que, com a evolução progressiva, aguda e intermitente, lenta e insidiosa, pode levar a limitações funcionais, pela dor, fadiga, diminuição da amplitude articular e da redução da força muscular. Essas condições favorecem o desequilíbrio musculotendíneo-esquelético, propiciando frouxidão ligamentar, instabilidade articular, subluxação ou luxação completa de articulações e, em alguns casos, anquilose e o desenvolvimento de deformidades articulares importantes (MOREIRA; CARVALHO, 1996). Diante dessas características, acredita-se que um padrão natural e equilibrado de ocupações promova saúde e qualidade de vida e que a educação para o cidadão com doenças reumáticas e/ou síndromes compressivas seja uma estratégia eficaz para a promoção da sua saúde (CARDOSO, 2005). Nesse contexto, o projeto de extensão ‘Educação em Saúde e Intervenção no cotidiano de Adultos e Idosos com Doenças Reumatológicas e/ou Síndromes Compressivas: Espaço de Acolhimento, Vivências e Trocas de Experiências’ foi iniciado em 2014, na Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar, ofertando o serviço ambulatorial de terapia ocupacional com enfoque na educação em saúde neste campo. Desde sua criação atende em média 20 pacientes por ano, encaminhados pela rede de saúde dos municípios de São Carlos, Ibaté, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito.



## OBJETIVOS

A atividade extensionista visa propiciar um espaço de acolhimento, escuta, vivências e troca de experiências, minimizar as incapacidades funcionais à pacientes adultos e idosos com doenças reumatológicas e compressivas de membros superiores (MMSS) atendidos na Unidade Saúde Escola (USE) e melhorar a função e manutenção do desempenho ocupacional através de ações educativas e de reabilitação.

## METODOLOGIA

Os participantes desta atividade foram indivíduos de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, com o diagnóstico médico de doenças crônicas do aparelho osteoneuromuscular e articular, que apresentam dor localizada no membro superior, encaminhados pelos ambulatórios da Unidade Saúde Escola (USE). Após triagem, foi formado o grupo aberto de 08 participantes, com início em 02 de março de 2015 até 30 de junho de 2015, possibilidades de inserção e saída de pacientes durante todo o processo e encontros semanais com duração de 1 hora.

As etapas abordadas no grupo seguiram a seguinte ordem: conversas a respeito das doenças, conhecimento prévio, dúvidas, fisiopatologia, manifestações clínicas e tratamento no intuito de ampliar o conhecimento do participante e assim promover educação em saúde; avaliações para verificar condições da doença e interferência das mesmas nas atividades funcionais, sendo uma avaliação inicial de Terapia Ocupacional; aplicação da avaliação DASH (Disfunções do braço, ombro e mão) e lista de papéis ocupacionais; entrega e conversa sobre um manual "Como proteger minhas articulações" elaborado por um professor supervisor de estágios na USE em 2010, pautado nos princípios de proteção articular e conservação de energia para a realização de atividades de vida diária (AVD's) e instrumentais da vida diária (AIVD's) de modo a prevenir dores e evitar deformidades, sendo também demonstrada a maneira correta de realizar as atividades do dia-a-dia durante os encontros. Os temas abordaram não somente as atividades sugeridas no manual, mas demandas trazidas pelos pacientes/participantes". Também, ensino de técnicas que minimizem a dor e as limitações, com o passo a passo junto às coordenadoras do grupo (deslizamento tendinoso, banho de contraste e mobilização neural)

Nestes encontros foram verificados os possíveis encaminhamentos para os grupos de atendimento e/ou confecção de órteses/adaptações ou para outras especialidades oferecidas pela Unidade de Saúde Escola, pautando-se nas avaliações realizadas e observações das atividades. As demandas específicas (confecção de órteses e adaptações aos objetos de uso pessoal) foram atendidas na oficina de órteses e no atendimento de terapia ocupacional em disfunção física, em acompanhamento pelos acadêmicos. Todas as atividades foram supervisionadas e sistematizadas semanalmente por docentes da área e pós-graduanda em Terapia Ocupacional.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante a oferta do projeto, beneficiaram-se acadêmicos de terapia ocupacional e pacientes com problemas reumatológicos no membro superior. Os acadêmicos passaram pelo processo de acompanhamento ambulatorial, desenvolvimento triagem, avaliação da demanda, e acompanhamento (intervenção terapêutica) através dos encontros, orientações, confecção de órteses, adaptações, cinesioatividades, treinos funcionais visando retorno à função e prevenção de deformidades e aplicação do DASH de forma vivenciada.

Durante os encontros, foram realizados treinos de atividades pautadas no manual e nas demandas de cada participante do grupo, no qual os mesmos trocaram experiências sobre como adaptam suas atividades e tiraram dúvidas com os coordenadores do grupo. Houve também, muitos relatos de melhora nos quadros patológicos dos pacientes/participantes, que comparando o desempenho ocupacional e de papéis em momentos antes do grupo e durante e após as intervenções, trouxeram que o auto-conhecimento e orientação da doença e de técnicas para realização das atividades do dia a dia, facilitou o uso de procedimentos caseiros que promoveram a diminuição da dor, do estresse nas articulações, processos inflamatórios, minimizou os agravos da evolução incapacitante e conseqüentemente potencializou o desempenho nas AVD's e AIVD's.

Sobre isso, diversos estudos trazem que os métodos preventivos em doenças reumatológicas minimizam os agravos e ajudam os indivíduos a entenderem melhor o contexto, realizarem suas atividades do cotidiano, e assim promover educação em saúde. Essas iniciativas que incluem a educação para a saúde possibilitam mudanças efetivas no estilo de vida das pessoas, com vistas a prevenir ou pelo menos retardar os

agravamentos, ao favorecer o aprofundamento de discussões, de enfrentamento das limitações, assim como o regate da autonomia e a possível harmonia no modo de viver com suas condições de saúde. (SOARES et al, 2009).

Os programas educacionais auxiliam na melhora da habilidade funcional através de estímulos no aumento da percepção dos indivíduos (TAAL et al., 1997). A utilização de atividades selecionadas para controle da dor, para a manutenção da amplitude de movimento, para o fortalecimento muscular e para a implementação de programas especiais, como o método de proteção articular, o de conservação de energia e de simplificação do trabalho, são as ações que formam a base do processo de implementação da intervenção terapêutica ocupacional.

De acordo com Noordhoek, Goulart e Loschiavo (2004), o método de intervenção grupal é adequado para pacientes com doenças crônicas, pois neste tipo de intervenção é trabalhado também trocas de experiências individuais com a doença, fazendo com que os indivíduos assumam um papel mais ativo, na medida em que mobiliza a participação e controle diante dos sintomas da doença, atuando, assim, diretamente no incremento da qualidade de vida e prevenção dos agravos. É comum que os pacientes com doenças reumáticas e síndromes compressivas desenvolvam deformidades e processos articulares degenerativos com evolução lenta e gradual, levando a necessidade de cirurgias corretivas, aumentando não apenas o sofrimento mas os custos financeiros para o sistema de saúde. E isso ocorre na grande maioria das vezes pela ausência de procedimentos preventivos.

Para a formação dos terapeutas ocupacionais, é um campo em que os conhecimentos básicos (anatomia, cinesiologia, fisiopatologia, biomecânica funcional, clínica médica) são diretamente aplicados e há possibilidade de experimentar a prática preventiva em saúde, trabalhar em equipe e promover a prática com grupos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O projeto de extensão é uma experiência única na região de São Carlos; se constitui em um serviço regular de atendimento ambulatorial e preventivo para a população e também é campo de processo de ensino-aprendizado para acadêmicos. Esse projeto apontou resultados positivos em relação à melhora da qualidade de vida dos participantes e envolvimento interdisciplinar no ambulatório da USE. No entanto, observou-se que, para dar continuidade a esse projeto, há a necessidade de implementar

uma equipe multiprofissional envolvendo acadêmicos da graduação e da pós-graduação do ambulatório da USE, não apenas para que a população seja beneficiada, mas a aprendizagem em campo.

## **REFERÊNCIAS**

CARDOSO, T. H. F. Educação do reumático: revisão sobre a atuação da terapia ocupacional e o uso da abordagem em grupo [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

MOREIRA, C.; CARVALHO, M. A. P. Noções práticas de reumatologia. Belo Horizonte: Health, 2 v. 1996.

NOORDHOEK, J.; GOULART, F.; LOSCHIAVO, F. Q. Estudo descritivo dos pacientes atendidos no projeto de extensão de orientação aos indivíduos acometidos por doenças reumáticas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, Belo Horizonte, 12-15 set. 2004. Anais. Belo Horizonte, 2004.

SOARES, L. C.; SANTANA, M. G.; THOFEHRN, M. B.; DIAS, D. G. Educação em Saúde na Modalidade Grupal: Relato de Experiência. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, 2009, v.8, n.1, p. 118-123.

SOUZA, M. A. P.; CABRAL, L. H. A.; SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Acidentes de Trabalho Envolvendo Mãos: Casos Atendidos em um Serviço de Reabilitação. Fisioterapia e Pesquisa. Minas Gerais, 2008, v. 15, n.1, 64 -71.

TAAL, E.; RASKER, J. J.; WIEGMAN, O. Group education for rheumatoid arthritis patients. Semin. Arthritis Rheum., v. 26, n. 6, p. 805-816, 1997.

## **ELETROMIOGRAFIA DO MEMBRO SUPERIOR EM TRÊS TESTES FUNCIONAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A AVALIAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

*NATÁLIA SANCHES SILVA, DANIEL MARINHO CEZAR DA CRUZ, PAULO  
VINÍCIUS BRAGA MENDES, CAIO SADAO MEDEIROS KOMINO, PATRÍCIA PIASSI*

Universidade Federal de São Carlos - SP

### **INTRODUÇÃO**

A evolução biológica que o ser humano sofreu, na qual ele passou a utilizar o membro superior (MS) para realizar uma infinidade de atividades liberando-o da função da marcha, foi de extrema importância, pois são estas atividades que regem a vida destes seres. É através do MS que é possível realizar as atividades cotidianas, como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, além de atividades de trabalho e cuidado com o outro (AZZE, 1997). O MS é livremente móvel e está dividido em escápula, braço, antebraço e mão, sendo articulados entre si pelo ombro, cotovelo e punho (MOORE, 2007). Uma boa integridade e funcionalidade de todos os segmentos do MS resultam em uma boa função da mão, sendo esta considerada o mais importante órgão do sistema músculo esquelético, pois tem a capacidade de trabalhar como um órgão de preensão forte e de movimentos delicados ao mesmo tempo, além de ter grande importância sensorial e de discriminação (SHIEBER; SANTELLO, 2004).

A mão e suas funções são partes vitais e conferem ao indivíduo a demonstração de seu corpo e de sua personalidade e a incapacidade ou deficiência de suas estruturas traz sérias implicações para o bem-estar e o desempenho em tarefas ocupacionais (WILTON, 1997). Ao se lesionar qualquer parte do MS, as atividades de vida diária (AVD) e instrumentais de vida diária (AIVD) serão prejudicadas, poderá haver mudanças nos papéis ocupacionais, interferindo na dinâmica familiar, gerando baixa autoestima, perdas sociais e incapacidades (FERRIGNO, 2007; LEITE, 2006). Levando-se em conta que as lesões nos membros superiores (MMSS) podem ocasionar grandes limitações, percebe-se a necessidade da disponibilidade de serviços específicos de reabilitação com uma equipe multidisciplinar na qual os terapeutas ocupacionais estão inseridos, sendo parte importante desta equipe devido à sua grande preocupação em atingir o potencial funcional e ocupacional máximo de cada indivíduo, de modo que

ele alcance autonomia e independência na sua vida cotidiana, além da efetiva participação social (GOLLEGÃ; LUZO; DE CARLO, 2001).

Os terapeutas ocupacionais baseiam suas práticas por meio de teorias, evidências, conhecimentos e habilidades e usam terapeuticamente as ocupações com a finalidade de influenciar positivamente a saúde do cliente, seu bem-estar e sua qualidade de vida. As demandas trazidas pelos clientes são avaliadas, informações são coletadas e trabalhadas sob uma perspectiva ocupacional, sempre baseada em teorias, conhecimentos, habilidades geradas e utilizadas pelo profissional e fundamentadas nas evidências disponíveis. Sendo assim, a avaliação é o ponto de partida para o processo em terapia ocupacional, é a base para a tomada de decisões do plano de intervenção. (CARLETO et al., 2010).

Dentre as avaliações existentes está a Avaliação Funcional, a qual foi desenvolvida para descobrir o status funcional do indivíduo, que é representado pelos comportamentos necessários para manter a qualidade de vida (MELLO; MANCINI, 2007). Pode ser realizada através de questionários ou testes de desempenho, a fim de se obter dados precisos visando proporcionar a fundamentação para a reabilitação da mão e do MS, baseada em instrumentos padronizados e confiáveis, que avaliem força, sensibilidade e habilidades ao realizar as atividades do dia-a-dia, porém a dificuldade na avaliação funcional do MS é que cada segmento tem seu valor funcional, bem como cada pessoa tem sua própria necessidade funcional e os testes funcionais existentes avaliam um amplo espectro da função do MS e da mão (BUDDENBERG; DAVIS, 2000; SCHIEBER; SANTELLO, 2004).

A indicação atual para a escolha ideal do instrumento é que ele seja padronizado, que tenha um objetivo bem definido, que apresente estudos estatísticos que definam seus coeficientes de correlação, validade e confiabilidade, que descreva detalhadamente o equipamento utilizado e que apresente instruções específicas para sua administração, pontuação e interpretação (MCPHEE, 1987).

Todos estes apontamentos são de extrema importância e devem ser levados em consideração para a triagem dos testes. Todavia, não há uma indicação específica dos mesmos quanto à avaliação de um grupo muscular específico, dificultando assim sua eleição. Esse fato implica possivelmente na escolha em mensurações que podem não detectar com acurácia a evolução de cada caso.

Ao buscar uma indicação mais específica dos testes, as tomadas de decisões do processo terapêutico poderiam se tornar mais fáceis e ágeis, tendo a clareza de que o teste escolhido poderia dar respostas mais sensíveis na detecção de problemas, facilitar o raciocínio clínico, bem como identificar ou mensurar a melhora do cliente, haja vista que a avaliação é um ponto chave para a tomada de decisões na reabilitação. Sendo assim, o presente estudo propôs investigar qual grupo muscular foi o mais ativado ao se realizar três testes funcionais padronizados com a finalidade de facilitar a escolha dos testes para o uso no processo terapêutico, através da descrição do comportamento de cada músculo. Essa investigação deu-se através da eletromiografia, que é um recurso extremamente útil no estudo da atividade elétrica muscular, pois a analisa de forma objetiva e detalhada, seguindo como parâmetros os recomendados pela SENIAM e ISEK.

## **OBJETIVOS**

Descrever o comportamento dos músculos trapézio fibras superiores (TFS), deltoide fibras anteriores (DFA) e posteriores (DFP), peitoral maior (PM), bíceps braquial (BB), tríceps braquial (TB), extensor radial curto do carpo (ERC) e flexor superficial dos dedos (FSD) durante a realização de três testes funcionais para avaliação dos Membros Superiores.

Mensurar a atividade eletromiográfica do membro superior (TFS, DFA, DFP, PM, BB, TB, ERC e FSD) durante a realização de três testes funcionais padronizados; comparar, pela atividade eletromiográfica, o quanto um determinado músculo é solicitado em cada teste funcional; verificar se há diferença na ativação muscular durante os três testes entre os gêneros.

## **METODOLOGIA**

Foram selecionados 20 voluntários de ambos os gêneros, estudantes da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Critérios de inclusão: adultos jovens com idade mínima de 18 e máxima de 30 anos; IMC igual ou inferior a 30 Kg/m<sup>2</sup>; ausência de qualquer sintoma indicativo de doença, trauma ou seqüela no MS. Critérios de exclusão: uso de medicamentos que interfira no desempenho muscular por até 72 horas antes da coleta de dados; realização de exercício intenso por até 48 horas antes da coleta de dados; estudantes de cursos de graduação que conferem habilidades profissionais/ ocupacionais específicas como Educação Física ou Música.

A pesquisa foi realizada no Laboratório de Análise Funcional e Ajudas Técnicas-LAFATec do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar. O ambiente foi previamente preparado, com temperatura ajustada em 23°C e os aparelhos foram utilizados com bateria.

Utilizou-se o sistema MioTool - 400<sup>®</sup>; eletrodos de superfície, adesivos e descartáveis, bipolares, de Ag-AgCl que foram fixados à pele com distância intereletrodos de 20 mm; balança digital e um antropômetro vertical fixo à mesma para se obter os dados antropométricos para o cálculo do IMC. Para o teste de CVM do músculo FSD foi utilizado um dinamômetro de preensão.

Os testes padronizados foram escolhidos a partir do estudo de Yancosek e Howell (2009): *Box and Block Test* (BBT), *Functional Dexterity Test* (FDT) e *Nine Hole Peg Test* (NHPT).

Para o registro e armazenamento dos dados eletromiográficos, utilizou-se um Notebook; para o registro visual da aplicação dos testes funcionais, foi utilizado uma filmadora; para a aplicação dos testes funcionais, foi utilizada uma mesa de escritório e uma cadeira com rodinhas e para a realização dos testes de força muscular foram utilizadas uma cadeira fixa e uma maca.

Os sujeitos foram contatados pessoalmente nas dependências da UFSCar e agendado o dia da coleta. No dia agendado, primeiramente foi realizada a palpação de cada músculo e os locais escolhidos para a colocação dos eletrodos. Após, realizou-se a remoção dos pelos nestes locais, abrasão com esponja áspera e limpeza da pele com álcool 70%. Os eletrodos foram colocados paralelamente às fibras musculares, sobre o ventre muscular. A coleta foi realizada em uma sessão, de aproximadamente duas horas. A CVM foi obtida por meio de contrações isométricas, através de testes de função muscular associados a bloqueios externos nos 8 músculos. Para cada músculo avaliado, a CVM foi coletada três vezes, com duração de 10s de coleta e 2 minutos de repouso para cada tentativa. Após a coleta, foi realizada uma média aritmética das três CVM e o resultado usado como referência de 100% para normalização.

Após o registro da CVM, o participante sorteou a sequência de realização dos testes, dando-se início a coleta. Todos os testes foram filmados para uma melhor análise dos resultados. Cada teste foi repetido 5 vezes e uma média aritmética foi feita para obtenção de um único valor utilizado para encontrar a porcentagem de ativação muscular em cada teste de acordo com a CVM (100% - normalização). O BBT foi



realizado por um período de 60s (padronização do teste) e com um intervalo de 30s de repouso entre cada repetição. Já para o FDT e o NHPT foi respeitado o tempo de execução de cada tarefa pelo indivíduo e dado um intervalo de repouso de 30s entre cada repetição.

Para a análise dos dados foi primeiramente utilizado o *Software MiotecSuite 1.0* na seção “Análise” correspondente a cada teste. O teste BBT foi realizado por 60s e para análise foram desprezados os 2 primeiros e os 2 últimos segundos de cada uma das cinco repetições. Para os testes FDT e NHPT foi adotado um procedimento de corte tomando-se como referência o indivíduo que realizou os testes em menor tempo. Para tanto, foram desconsiderados os 2 primeiros segundos e considerados somente os 10 segundos seguintes.

A partir desta seleção, pôde-se transformar o sinal bruto (RAW) em RMS para obtenção da média da amplitude do sinal eletromiográfico em cada repetição. Este valor obtido nas cinco repetições foi primeiramente submetido a uma média aritmética para resultar em um único valor que posteriormente foi normalizado a partir da CVM. A avaliação estatística das porcentagens de ativação padronizadas pela CVM entre os músculos em estudo, em cada um dos testes funcionais, foi realizada pelo teste não paramétrico de *Friedman*. Este foi complementado por comparações múltiplas pelo teste de *Dunn*, tendo sido aplicado também para comparações de porcentagens de ativação entre os testes funcionais, focalizando separadamente cada músculo. A comparação dessa mesma variável entre os gêneros, considerando cada músculo isoladamente, foi efetuada pelo teste de *Mann-Whitney*. Ainda foram empregados os coeficientes de correlação de *Spearman* e representações gráficas na comparação do desempenho entre os três testes funcionais padronizados. Utilizaram-se o programa *IBM SPSS Statistics v. 21* nas análises estatísticas, adotando-se o nível de significância de 5%, e o *Microsoft Excel* nas construções gráficas e de tabelas de resultados.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar com aprovação em 06/11/2014, sob o parecer número 861.515 e CAAE número 35831014.9.0000.5504. Todos os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 20 sujeitos, 10 mulheres e 10 homens, com idade variando entre 18 e 30 anos, com média de 24 anos e IMC entre 18 e 29 Kg/m<sup>2</sup>, média de 24 Kg/m<sup>2</sup>.

Para cada teste funcional, o teste de *Friedman* apontou diferença significativa entre os músculos quanto às porcentagens de ativação, tanto para o gênero feminino como masculino, sempre com o valor descritivo  $p < 0,001$ .

As porcentagens de ativação, na maioria dos músculos, formam grupos menos homogêneos (maior dispersão) com a mulheres do que com os homens, nos três testes funcionais. Uma exceção que se destaca é em relação ao FSD, quando as dispersões das medidas quase se igualam ou ficam maiores para os homens. Neste caso, o teste de *Mann-Whitney* não acusou diferença significativa entre gênero.

Os coeficientes de correlação de *Spearman* entre pares de porcentagens de ativação, tomando cada músculo isoladamente, variaram de 0,63 a 0,95, ou seja, de correlação próxima de boa a muito boa. Considerando este resultado, o teste de *Friedman* foi aplicado para avaliar o deslocamento dos conjuntos de porcentagens de ativação entre os três testes funcionais, não apontando diferença significativa entre os testes funcionais para o músculo FSD ( $p = 0,810$ ), mas dando significante para todos os outros músculos, sempre com  $p < 0,009$ .

Pelo teste de *Dunn*, pôde-se perceber que, com exceção do FSD, no qual os três testes foram equivalentes na ativação, o teste BBT apresentou sempre ativação superior aos outros. Os testes FDT e NHPT tiveram porcentagens de ativação equivalentes, exceto quanto ao DFA, onde o FDT foi levemente superior. Em relação aos músculos, o TFS e o FSD apresentaram os maiores percentuais de ativação muscular, enquanto que o DFA, o DFP, o PM e o ERC apresentaram percentuais intermediários e o BB e o TB apresentaram os menores percentuais de ativação para os três testes. Esses resultados de comparações entre os testes são válidos tanto para mulheres como para homens.

## DISCUSSÃO

Embora o TFS fosse um dos músculos mais recrutado nos três testes, foi no BBT que sua porcentagem ativação foi maior. Isto pode estar associado ao fato do teste BBT exigir maior estabilização da escápula e sustentação do braço, ações estas em que o músculo trapézio é responsável, comparado aos outros testes em que este movimento de

elevação com sustentação do braço nesta amplitude com duração de 60 segundos não é realizado (SPENCE, 1991).

O FSD apresenta comportamento semelhante nos três testes funcionais, ressaltando que, para os três testes, ele foi um dos músculos mais ativados, pela natureza dos testes que exige função preensora e consequentemente a ação muscular para o movimento de fechar as mãos e manter o objeto em sua palma para desempenhar a tarefa. (GREENE; ROBERTS, 2002).

Pôde-se considerar que os músculos DFA, DFP e PM apresentaram comportamentos semelhantes, ou seja, possuem uma ativação muscular intermediária em relação aos demais músculos analisados. Para estes três músculos, nos três testes, o BBT se destacou em relação à ativação muscular. Isto pode estar relacionado às características do teste que exige uma maior amplitude na elevação do braço e no cruzamento do objeto na linha média pelo sujeito, sabido que as fibras anteriores do deltoide fazem a flexão e rotação medial do braço e as posteriores a extensão e rotação lateral e que o PM age como adutor, flexor e rotador medial do braço, cruzando-o sobre o corpo e colocando a mão ao lado oposto (SPENCE, 1991; TYLDESLEY; GRIEVE, 2006).

O músculo ERC apresentou um comportamento parecido com o FSD, ou seja, sua porcentagem de ativação se deu de maneira semelhante nos três testes. Pôde-se considerar que, para os três testes este músculo também apresentou uma ativação muscular intermediária em relação aos demais músculos analisados, o que provavelmente é explicado pela característica dos testes conjuntamente com as ações específicas deste músculo, que se caracteriza pela capacidade de estabilizar e estender o punho, sustentando o peso da mão contra a gravidade e, pelo mecanismo de tenodese, também ajudar nesta preensão ao facilitar a flexão dos dedos, movimentos estes muito utilizados nos três testes analisados (SPENCE, 1991; TYLDESLEY; GRIEVE, 2006). Em contraste ao TFS e ao FSD, que foram os músculos com maior porcentagem de ativação, o TB, apresentou a menor ativação para os três testes. Este comportamento sugere que uma provável explicação também seja a natureza da sua ação muscular associada aos tipos de movimento requeridos pelos testes. O TB é responsável pelo movimento de extensão do cotovelo e nos testes avaliados este tipo de movimento foi pouco requerido, uma vez que a distância da posição entre o indivíduo e a situação de testagem foi pequena. Além disso, os objetos sustentados (cubos e pinos) eram

extremamente leves, não necessitando de uma contração excêntrica; característica deste músculo (SPENCE, 1991; TYLDESLEY; GRIEVE, 2006).

Identificou-se que a porcentagem de ativação muscular do TB foi maior no BBT, quando comparado aos outros testes. Isto provavelmente se deu pela própria característica deste teste, por ser maior e induzir o indivíduo a cruzar o braço em sua linha média para depositar os cubos do outro lado da caixa, fazendo, mesmo que em pouca amplitude, a extensão do cotovelo.

O mesmo raciocínio se dá para o BB, outro músculo classificado como de baixa porcentagem de ativação muscular. Como o BB é responsável pelo movimento de flexão do cotovelo, ele é um pouco mais ativado que o TB, provavelmente também pelo fato do posicionamento dos testes em relação ao sujeito, elicitando o movimento contra a gravidade.

Pôde-se verificar que houve uma diferença significativa entre os gêneros em relação à ativação muscular, sendo que as mulheres apresentaram uma ativação muscular superior à dos homens. O estudo de Meyland et al. (2014) cujo objetivo foi estimar possíveis diferenças na ativação muscular de membros superiores entre pintores de ambos os gêneros executando tarefas musculares idênticas corrobora este achado ao verificar que as mulheres tiveram uma ativação muscular relativa mais elevada do que os homens sem exercer mais força.

Identificou-se uma grande semelhança no padrão de ativação muscular para os três testes, ou seja, os músculos que eram mais ativados em um teste, também foram os mais ativados em outros, os que apresentaram ativação intermediária em um teste, também possuíam essa mesma característica nos outros e os que possuem menor ativação em um teste também possuíam menor ativação nos demais. Apesar de manter um padrão de caracterização da ativação muscular, há uma diferença quanto à quantidade desta ativação, sendo que os músculos TFS, o DFA e DFP, o PM, o BB e o TB possuem maior percentual de ativação no teste BBT, e o FSD e o ERC possuem percentual de ativação semelhante para os três testes. Pela quantidade de músculos com maior percentual de ativação identificadas durante a aplicação do teste BBT pode-se destacar este teste como o que mais solicitou ativação muscular dos membros superiores como um todo.

Sendo assim, pode-se perceber que há uma diferença do comportamento entre os músculos, cada um apresentando características eletromiográficas pertinentes às suas

ações, resultado este corroborado pelo estudo de Sakaki et al. (2013), cujo objetivo foi comparar o registro eletromiográfico dos músculos da articulação do ombro na mesma posição para diferentes direções de movimento, verificando que o padrão do comportamento muscular se dá pela dependência movimento-atividade eletromiográfica.

Outro estudo que também corrobora este resultado é o de Louis e Gorce (2010), que objetivou registrar o padrão do recrutamento muscular dos membros superiores usando eletromiografia de superfície durante a propulsão de cadeira de rodas. O estudo verificou que o recrutamento muscular é afetado pela configuração das cadeiras de rodas, ou seja, a característica da cadeira de rodas induz o cadeirante a fazer certos movimentos para a propulsão, o que recruta determinados músculos, tornando-se semelhante ao presente estudo em que as características dos testes também fazem essa indução de movimentos.

Encontrou-se uma dispersão maior nos grupos de porcentagens de ativação nos participantes do sexo feminino quando comparada ao sexo oposto, demonstrando que há uma diferença entre gêneros que ainda não pôde ser explicada pela literatura, indicando a necessidade de estudos futuros, que possuam um detalhamento do tipo de atividade e história de vida de cada participante, com a finalidade de tentar explicar este fenômeno.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Houve uma diferença significativa do comportamento entre os músculos, cada um apresentando características eletromiográficas pertinentes às suas ações. As ativações musculares apresentaram padrões semelhantes em relação aos testes, independente do gênero.

A quantidade de ativação muscular foi diferente para cada teste. O teste BBT ativou mais os músculos TFS, DFA e DFP, PM, BB e TB, e os músculos FSD e ERC tiveram a ativação muscular semelhante nos três testes.

Em relação ao gênero, as mulheres apresentaram uma ativação muscular maior à dos homens. Houve uma variância maior nos grupos de porcentagens de ativação muscular no gênero feminino comparado ao masculino que ainda não pôde ser explicado, sendo indicativo de pesquisas futuras.

Cabe esclarecer que a presente pesquisa apresenta limitações. A maneira como a CVM foi realizada, com bloqueio com faixas (e manual) pode não ser o melhor

existente, porém para a circunstância na qual a pesquisa em questão foi realizada, este foi considerado o melhor método de aquisição.

As hipóteses de que havia diferenças na ativação muscular de acordo com a natureza de cada teste e de acordo com os gêneros foi confirmada pelo presente estudo. O presente estudo contribuiu de maneira significativa para o processo de avaliação em Terapia Ocupacional, ao descrever o comportamento de oito grupos musculares do MS e ao comparar a solicitação destes músculos em cada teste funcional, e traz como implicação a recomendação do uso de tais testes para avaliar a função do MS, destacando-se o BBT como o que recrutou maior ativação muscular para grandes grupos musculares.

## REFERÊNCIAS

AZZE, R. Anatomia funcional de la mano. In: CASTAÑEDA, L. D. R. **Las Manos**. Buenos Aires: Santos, 1997. p. 1-5.

BUDDENBERG, L. A.; DAVIS, C. Test-retestreliability of the Purdue Pegboard Test. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 54, n.5, p. 554-558, set/out. 2000.

CARLETO, D. G. S.; SOUZA, A. C. A.; SILVA, M.; CRUZ, D. M. C.; ANDRADE, V.S. Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo – 2ª edição. **Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba – MG**, v. 3, n. 2, p. 57-147, jul/dez. 2010.

CRAM, J. M.; KASMAN, G. S. Instrumentation. In: CRISSWELL, E.; CRAM, J. M. **Cram's Introduction to Surface Electromyography**. 2 ed. Sudbury: Jones and Bartlett, 2011. p. 35-62.

FERRIGNO, I. S. V. **Terapia da Mão: fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Editora Santos, 2007.

GOLLEGÃ, A. C. C.; LUZO, M. C. de M.; DE CARLO, M. M. R. P. Terapia Ocupacional – princípios, recurso e perspectivas em reabilitação física. In: DE CARLO,

M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 137-154.

GREENE, D. P.; ROBERTS, S. L. **Cinesiologia: Estudo dos Movimentos nas Atividades Diárias**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2002

EITE, T. A. A. F. As mãos na interação do indivíduo consigo e com o mundo: uma reflexão em prol da reabilitação “física”. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n.1, p.129-140, 2006.

LOUIS, N.; GORCE, P. Surface electromyography activity of upper limb muscle during wheelchair propulsion: Influence of wheelchair configuration. **Clinical Biomechanics**, v. 25, p. 879–885, 2010.

MCPHEE, S. D. Functional Hand Evaluation: a review. **Am J Occup Ther**, v. 41, n. 3, p. 158-163, 1987.

MELLO, M. A. F; MANCINI, M. C. Avaliação das Atividades de Vida Diária e Controle Domiciliar. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 49-54.

MEYLAND, J.; HEILSKOV-HANSEN, T.; ALKJAER, T.; KOBLAUCH, H.; MIKKELSEN, S.; SVENDSEN, S. W.; THOMSEN, J. F.; HANSSON, G. A.; SIMONSEN, E. B. Sex differences in muscular load among house painters performing identical work tasks. *European Journal of Applied Physiology*, v. 114, n.9, p. 1901-1911, set. 2014.

MOORE, K. L. **Anatomia Orientada para a Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 5 ed, 2007.

SHIEBER, M.; SANTELLO, M. Hand function: peripheral and central constraints on performance. **J Appl Physiol**, v. 96, p. 2293-2300. mai. 2004.

SPENCE, A. P. Sistema Muscular. In: \_\_\_\_\_. **Anatomia Humana Básica**. São Paulo: Manole, 1991. p. 187-256.

TYLDESLEY, B.; GRIEVE, J. I. **Músculos, Nervos e Movimento na Atividade Humana**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2006.

WILTON, J.C. **Hand Splinting: principles of design and fabrication**. Londres: W. B. Saunders Company, 1997.



## **ENFOQUE TERAPEUTICO OCUPACIONAL: CORRELAÇÃO ENTRE A LOMBALGIA E AS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO**

*ANA CLAUDIA MARTINS E MARTINS, ROGERIA PIMENTEL DE ARAUJO MONTEIRO, THAÍSSA THAYARA MACHADO PINTO*

Universidade do Estado do Pará - PA

### **INTRODUÇÃO**

A lombalgia é um quadro doloroso na região lombar inferior, lombossacrais ou sacroilíacas da coluna vertebral. Esta dor é resultado de desequilíbrios dessas estruturas, ocasionando uma sensação que varia para cada sujeito, dependendo da nocicepção individual (SAVETTI; PIMENTA, 2007).

Choi, Tennessee e Eijkemans (2001) colocam que, a dor lombar é considerada um dos três maiores problemas de saúde ocupacional da América Latina sendo encontrada desta forma sob vigilância da Organização Mundial de Saúde.

A lombalgia pode ter uma única causa ou ser multicausal. A maioria das lombalgias é atribuída a fatores mecânicos, como má posição assumida nas atividades cotidianas, associada a deficiências musculares (BARROS; ÂNGELO; UCHÔA, 2011).

Acredita-se que esta pode gerar limitações na realização de atividades do dia-a-dia. Dentre as limitações, podem ser observadas dificuldades no desempenho de atividades de autocuidado que são as tarefas básicas do indivíduo em relação ao cuidado pessoal (RADOMSKI. LATHAM, 2013).

O tratamento da dor e disfunção lombar envolverá uma equipe multidisciplinar formada por médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, dentre outros, tendo como proposta geral, controlar o quadro algico e a promoção do bem-estar e do retorno às atividades funcionais do indivíduo (MARTINS et al., 2010).

### **OBJETIVO**

Identificar possíveis correlações entre a lombalgia e as atividades de autocuidado.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e caracteriza-se por ser um estudo transversal, em que os dados relativos a cada indivíduo expressam esta população no momento da coleta.

O estudo envolveu pacientes diagnosticados com lombalgia, matriculados na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UEAFTO/Universidade do Estado do Pará.

A pesquisa consistiu-se em realizar um estudo prospectivo, com pacientes com diagnóstico de lombalgias que estavam em tratamento terapêutico ocupacional e/ou fisioterapêutico na UEAFTO, no período entre outubro/2014 a maio/2015. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos, independente do estado civil, profissão, ocupação ou escolaridade e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesta etapa utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista contendo as variáveis do estudo, com o objetivo de traçar um perfil mais detalhado destes sujeitos e estabelecer possíveis correlações entre a dor lombar e as atividades de autocuidado.

Os dados foram analisados quantitativamente, organizados, tabulados e posteriormente apresentados em forma de tabelas desenvolvidas a partir do excel 2013, por meio de número e porcentagem, assim como correlacionados com outros autores.

A amostra foi constituída de 131 sujeitos com diagnóstico de lombalgia que estavam matriculados na UEAFTO no período de outubro de 2014 a maio de 2015.

Os procedimentos da coleta de dados realizaram-se após o parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará (UEPA), protocolo número 789.750 de 05/09/2014, sendo atendidos os aspectos éticos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

Quanto as atividades referentes ao autocuidado e higiene, como é mostrado na TAB 1, identifica-se que 66,4% dos sujeitos entrevistados apresentam dificuldade na

realização destas atividades, sendo que 39,1% têm grande dificuldade, 33,3% têm moderada dificuldade e 25,2% têm leve dificuldade.

Dentre as dificuldades apresentadas, a maioria dos sujeitos referiu dificuldade durante o banho sendo que o autocuidado e a higiene dos Membros Inferiores (MMII) e costas foram as mais citadas correspondendo a 85%. Dentre estas atividades destacaram-se ensaboar e enxugar pés, pernas, coxas e costas, cortar as unhas dos pés e pintar as unhas dos pés.

A dificuldade com o autocuidado e higiene dos Membros Superiores (MMSS) foram expostas por 36,7% dos sujeitos entrevistados. As atividades mais relatadas foram: pentear os cabelos e escovar os dentes.

TAB 1 – Dificuldade na Realização de Atividades de Autocuidado e Higiene

	N	%
<b>Autocuidado e Higiene</b>		
SIM	87	66,4
Leve	22	25,2
Moderada	29	33,3
Grande	34	39,1
Total	2	5,9
NÃO	44	33,6
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Fonte: Protocolo de pesquisa.

## DISCUSSÃO

As AVD são atividade que necessitam do movimento de flexão da coluna vertebral. Este movimento, como é exposto por Ribeiro e Liggieri (2010) aumenta expressivamente a sobrecarga na coluna, conseqüentemente aumentando a dor. Visto isso, faz-se necessária algumas orientações objetivando que este movimento seja realizado sem que haja prejuízo da coluna vertebral.

Os dados da presente pesquisa convergem com os estudos de Pedroso et al. (2013) que afirmam que a lombalgia dificulta a realização das AVDs em pacientes,

visto que esta é uma entidade deficitária musculoesquelética, caracterizada por dor e limitação funcional.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos apresentam grande dificuldade no que se refere à realização de atividades de autocuidado, principalmente durante o banho, ou em atividades que requeriam agachar-se e/ou flexionar a coluna, portanto as orientações são extremamente importantes para o alívio do quadro álgico e melhora na capacidade funcional dos pacientes com lombalgia. O terapeuta ocupacional é o profissional mais indicado para oferecer estas orientações, não apenas sobre as posturas corretas durante as atividades do dia-a-dia, mas também sobre a forma correta de realiza-las, visto que este é o profissional capacitado para atuar no sentido de promover a realização das tarefas cotidianas.

### REFERÊNCIAS

BARROS, S. S.; ÂNGELO, R. C. O.; UCHÔA, E. P. B.; L. Lombalgia Ocupacional e a Postura Sentada. **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 226-230, jul/set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a06>>. Acesso em: 24 jun 2015.

CHOI, B. C. K.; TENNASSEE, L. M.; EIJKEMANS, G. J. M. Developing Regional workplace health and hazard surveillance in the Americas. **Rev Panam Salud Publica**/Pan Am J Public Health, V. 10, N. 6, P. 366-381. 2001. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n6/7588.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

MARTINS, M. R. I. et al. A Eficácia da Conduta do Grupo de Postura em pacientes com Lombalgia Crônica. **Rev. Dor**, v. 11, n. 2, p. 116-121, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n2/a1478.pdf>>. Acesso em 25 jun 2015.

PEDROSO, A. A. S. et al. Índice de Incapacitação das Lombalgias em Motoristas de Caminhão. **ABCD Health Sciences**, v. 38, n. 3, p. 142-145. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2013/v38n3/a3907.pdf>>. Acesso em 23 jun 2015.

RADOMSKI, M. V.; LATHAM, C. A. T. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 6ª edição. - São Paulo: Gen, 2013. 1431 p.

RIBEIRO, C.; LIGGIERI, V. **De Olho na Postura: Cuide Bem do Seu Corpo nas Atividades do Dia-a-Dia**. - São Paulo: Summus, 2010.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, A. A. M. Dor Crônica e a Crença de Auto-Eficácia. **Rev. Ens Enferm USP**, v. 41, n. 1, p. 135-140, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a17.pdf>>. Acesso em: 20 set 2015.

**EXPERIÊNCIA DOS ALUNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE-UFS COM PACIENTES COM  
DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA: UM PROJETO DE FÉRIAS**

*TAISLAYNE FRAGA DA CRUZ, ANNE CLEI DE AMARAL BARBOSA, ISADORA,  
FERNANDA DE FREITAS CUNHA, LAIS ARAUJO ANDRADE, ARISTELA DE  
FREITAS ZANONA*

Universidade Federal de Sergipe - SE

**INTRODUÇÃO**

As funções orgânicas, bem como a integração do homem com o meio ambiente, estão na dependência de um sistema especial: o Sistema Nervoso (SN). Este Controla e coordena as funções de todos os sistemas (TROMBLY, 2005). O Sistema Nervoso pode ser dividido em Sistema Nervoso Central, Sistema Nervoso Periférico e Sistema Nervoso Autônomo (TROMBLY, 2005). Este grupo de estruturas e órgãos de alta complexidade que comandam todas as outras estruturas e sistemas corporais permitem a efetiva comunicação com o ambiente, tanto na percepção de estímulos externos, quanto no processamento de informações e devolutiva de respostas e ações. Todas as habilidades humanas são dependentes do bom funcionamento do SN, nossas ações planejadas, ritmadas e coordenadas só são possíveis quando o SN está íntegro. Contudo quando uma lesão, patologia ou trauma ocorrem, os sintomas do mau funcionamento nervoso podem ser vistos nos componentes motores, cognitivos, sensoriais, perceptuais e emocionais.

Diversos problemas neurológicos podem causar disfunção, entre eles o Acidente Vascular Cerebral, o Traumatismo Cranioencefálico, Lesão Medular, Parkinson, Distrofias, Ataxias, entre outros. As Lesões no SN geram déficits no aspecto motor,

sensorial e cognitivo do sujeito a depender do local de comprometimento de áreas focais do cérebro, medula e nervos periféricos (PEDRETTI, 2004). Tais comprometimentos provocam principalmente alterações nas capacidades funcionais desse sujeito (PEDRETTI, 2004; TEIXEIRA, 2008). Logo, as sequelas neurológicas causam um impacto significativo no desempenho ocupacional do indivíduo em todas as áreas de ocupação: atividades da vida diária (AVD), atividade instrumental de vida diária (AIVD), educação, trabalho, brincar, lazer, participação social, descanso e sono. Grande parte dos pacientes com disfunção neurológica progride com incapacidades e perdas sensório-motoras, tendo como decorrência um impacto significativo em suas funções.

Embora os profissionais de saúde possam estudar e se especializar em áreas específicas do processamento do SN e em patologias, a compreensão global sobre o paciente como ser humano é fundamental para um desempenho excelente na prática clínica (UMPHRED, 2009).

É necessária uma visão global e a promoção do cuidado integral através de atividades no modelo biopsicossocial, interagindo com o paciente para ter autonomia, independência e cidadania pra interação e valorização do sujeito para a produção da saúde. Sendo o terapeuta ocupacional atuar de forma holística valorizando as capacidades e independência dos pacientes para as ocupações.

## **OBJETIVOS**

Apresentar a percepção de acadêmicos participantes de um Projeto de Férias, cuja estratégia compreende capacitá-los sobre avaliações padronizadas, manuseios e técnicas de Terapia Ocupacional a fim de maximizar a funcionalidade de sujeitos com disfunção neurológica.

## **MÉTODO**

Esse é um relato de experiência vivenciado pelos acadêmicos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe-UFS (do 2º ao 4º ciclo) que participam de um Projeto de Extensão, no período das férias. A amostra deste estudo foi constituído de 20 pacientes foram atendidos com diagnósticos de Acidente Vascular Cerebral, Lesão Medular, Traumatismo Cranioencefálico, Distrofias, Ataxia, Parkinson e Lesão de Nervos Periféricos.

Os atendimentos aconteceram no ambulatório de Terapia Ocupacional da UFS – Lagarto, no Prédio José Augusto Vieira (terceiro andar)–Centro de Lagarto.

Os pacientes selecionados passaram por avaliações, além de receber informações sobre o projeto e foram acompanhados por quatro meses, com periodicidade de duas vezes por semana, e os atendimentos tiveram duração de 40 minutos cada. Os instrumentos utilizados foram protocolos de avaliação para verificar os aspectos funcionais (motores, sensoriais e cognitivos dos pacientes).

A avaliação foi iniciada com a realização de uma entrevista, em que foram enfatizadas as expectativas do paciente com relação ao tratamento terapêutico e colhida informações a respeito da evolução da patologia. Esses instrumentos foram aplicados no início das atividades e reaplicados no encerramento do projeto.

Alguns dos instrumentos utilizados foram a Medida de Independência Funcional (MIF); Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM); Fugl Meyer; Goniometria; Provas de função muscular de Kendall; Escala de Ashworth modificada; Escala de Equilíbrio de Berg; Estesiômetro; Topognosia; Teste do Campo Visual; Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Teste do relógio; Medida de Qualidade do Ambiente.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com o desenvolvimento desse projeto os acadêmicos participantes puderam alcançar maior capacitação nas práticas profissionais com a população com disfunção neurológica, além de poder discutir a fundamentação dos atendimentos de forma ativa e construtiva, esclarecendo possíveis dúvidas a respeito dos mesmos. Foram adquiridos conhecimentos sobre técnicas de alongamento, transferência da cadeira de rodas para a cama e mudança de decúbito, além disso, foi observada durante as sessões a utilização das abordagens compensatórias, atividades graduadas e atividades de vida diária. Os dados encontrados nas avaliações possibilitaram a elaboração dos objetivos do tratamento terapêutico ocupacional, estes focalizaram a potencialização do desempenho ocupacional a partir da realização de atividades com níveis graduados, voltadas para as habilidades que estavam prejudicadas de acordo com as teorias metodológicas de reabilitação utilizada. Observou-se que a população que foi atendida, alcançou maior funcionalidade, habilidades práxico-motoras, percepto-sensoriais, cognitivas e sociais, e



puderam reassumir alguns dos papéis ocupacionais considerados importantes em seus cotidianos.

## CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, ressalta-se a importância do Projeto para os acadêmicos, pois essa experiência proporcionou conquistar maior segurança ao abordar o paciente, bem como ao executar as técnicas ensinadas para os atendimentos, além de possibilitar a integração entre alunos, professores, pacientes e familiares, criando assim novas formas de convivência. Esses conhecimentos possibilitaram o desenvolvimento do raciocínio clínico dos discentes e a partir disso pode-se criar estratégias de intervenção mais condizentes para compensar a função neurológica acometida.

## REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. Cap. 20, 2011.

PEDRETTI L.W e EARLY M.B. **Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. São Paulo. Roca. Cap. 44, 2004.

UMPHRED D. **Reabilitação Neurológica**: Ed. Elsevier. Rio de Janeiro. Cap. 1, 2009.

## **INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL JUNTO A PACIENTES COM DISTROFIA MUSCULAR**

*EMANUELE MARIANO DE SOUZA SANTOS, ADRIANA GOMES LIMA, DANILLO  
DE MENEZES ARAUJO, THAIS SÉRVULO SANTANA SANTOS, THAISA  
NASCIMENTO SÉRVULO SANTOS, ARISTELA DE FREITAS ZANONA*

Universidade Federal de Sergipe - SE

### **INTRODUÇÃO**

As distrofias musculares (DM) compreendem um grupo heterogêneo de doenças de caráter hereditário e caracteriza-se por comprometimento grave, progressivo e irreversível da musculatura esquelética, devido a um defeito bioquímico intrínseco da célula muscular, onde não se encontra evidências clínicas ou laboratoriais de envolvimento do cordão espinhal ou do sistema nervoso periférico (FACHARDO *et al.*, 2004).

De forma geral, essa é uma patologia considerada rara, sendo, entre elas, a forma mais comum a do tipo distrofia muscular de Duchenne. O comprometimento muscular inicia-se pelos membros inferiores e quadris, e mais tarde atinge os membros superiores. Os primeiros sintomas ocorrem na faixa dos três a cinco anos de idade e são percebidos, como fraqueza muscular, déficit funcional, contraturas, deformidades ósseas e diminuição da capacidade vital respiratória (COSTA; COSTA, 2007).

Em relação ao quadro clínico, este vai se agravando até o comprometimento atingir toda a musculatura esquelética e surgirem problemas cardíacos e respiratórios; estes são em virtude das alterações ocorridas no músculo diafragma. A partir de então, as complicações, como deformidade de coluna vertebral (principalmente escoliose) e

insuficiência respiratória, conduzem a um prognóstico desfavorável (RABONI *et al.*, 2012).

Cerca de 55 a 90% dos pacientes com D.M morrem por insuficiência respiratória entre 16 e 19 anos; raramente o sujeito sobrevive até a terceira década de vida. A D.M não tem cura, porém, a assistência integral realizada por uma equipe de reabilitação – composta por multiprofissionais, dentre estes o Terapeuta Ocupacional – pode controlar a progressão da doença e aumentar a qualidade de vida daqueles acometidos por estas patologias (HASSUI, 2003).

O Terapeuta Ocupacional, através de atividades e técnicas específicas, busca promover e/ou manter a capacidade funcional, proporcionando maior autonomia e independência. Nessa direção Hassui (2003), explica que o Terapeuta Ocupacional deve criar estratégias para incentivar o indivíduo a interagir com o ambiente e com as pessoas que o cercam, conservando as capacidades criativas, expressivas e produtivas, gerando conhecimento, superação e minimizando os danos nas Atividades de Vida Diária (AVDs).

## **OBJETIVOS**

O objetivo deste trabalho foi descrever as ações de estagiários do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe na assistência a dois pacientes com Distrofia Muscular.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir de um estudo de caso que visa descrever as ações de estagiários do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe na assistência a dois pacientes com Distrofia Muscular: M. F. do sexo feminino, 32 anos e L. F. do sexo masculino, 23 anos, no período de oito meses de intervenções. Para a coleta de dados foram feitos registros referentes a cada sessão através de relatórios semanais após cada atendimento, o que possibilitou a descrição do processo terapêutico e a reflexão sobre as intervenções.

Os atendimentos utilizaram o modelo de intervenção biomecânico, através das abordagens de Atividades de Vida Diária e Atividades Graduadas. Para alcançar os objetivos, foram executadas atividades visando a manutenção das habilidades práticas e motoras, além de estratégias para maximizar a independência dos pacientes nas áreas de desempenho AVD, AIVD, Educação, Lazer e Participação Social. Os atendimentos

ocorreram duas vezes na semana com duração de 40 minutos cada, no período de março a outubro de 2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A organização e a estrutura desenvolvida nos atendimentos foram elencadas a partir do modelo de intervenção biomecânica que, Segundo Hagedorn (2003), baseia-se na cinesiologia combinando a fisiologia neuromuscular e a anatomia musculoesquelética. O modelo Biomecânico utiliza-se de exercícios físicos, isotônicos ou isométricos e exercícios repetitivos visando melhorar ou manter aspectos como a resistência, tolerância e aumentar ou restaurar a amplitude de movimento das articulações. Seguindo o pressuposto de que a prática traz a perfeição, exigindo do indivíduo o trabalho próximos de seus limites funcionais, evitando a fadiga excessiva, tendo em vista que os objetivos estabelecidos podem ser modificados em função da melhora. E as abordagens de Atividades de vida diária, que adota princípios da biomecânica para melhorar a habilidade do indivíduo ao fazer atividades pessoais ou domésticas da vida diária. Desafiando constantemente o sujeito a fazer um pouco mais, elogiando as realizações e as conquistas pelo contínuo uso da habilidade recuperada.

Simultaneamente, as Atividades Graduadas que segundo o mesmo autor, as atividades devem ser controladas e graduadas para que seja efetiva a fim de melhorar o quadro motor, podendo empregar técnicas artísticas, esportes, jogo e outros, com o intuito de produzir efeito específico. Os modelos e abordagens propostos ao longo das intervenções, facilitaram o raciocínio clínico em todo o processo.

Para alcançar os objetivos Terapêuticos Ocupacionais foram criadas as seguintes estratégias de intervenções com ambos os pacientes:

Aplicação de avaliação: O primeiro atendimento teve como objetivo avaliar a paciente assim como firmar contrato acerca das próximas intervenções e esclarecer sobre a patologia. Foi aplicada a Medida de Independência Funcional (MIF), tendo como escore 79 pontos que indica independência moderada para M.F e escore de 51 para o paciente L.F, indicando dependência. Ambos os pacientes apresentam baixo desempenho para realizar atividades de autocuidado e na mobilidade funcional. Em seguida, foi apresentada uma cartilha com o objetivo de esclarecer e sanar dúvida sobre a patologia da Distrofia Muscular (DM). Neste atendimento evidenciaram-se aspectos distintos quanto à independência e autonomia da paciente, na realização das atividades

de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), lazer, trabalho e educação. Pacientes relatam não terem projetos de vida colocando que a condição atual da patologia limita a perspectivas de futuro.

Circuitos de atividades: Atividades estruturadas visando os aspectos motores, estimulando a manutenção da função dos membros superiores e mobilidade funcional, na busca de maior independência na realização das AVD, principalmente na mobilidade funcional. Com relação aos exercícios de alongamento e isometria, Hassui (2003, *apud* RABONI; SILVA; PFEIFER, 2012), afirma que esses procedimentos incluem-se no repertório de habilidades do terapeuta ocupacional no atendimento a pessoas com doenças degenerativas. A promoção, manutenção e/ou a melhora da força muscular, da amplitude de movimento, da função manual, devem ser estimuladas, porém sempre utilizando para isso atividades funcionais e significativas para o sujeito. Segundo Raboni, Silva e Pfeifer (2012), o terapeuta ocupacional deve focar sua ação em reduzir a inatividade funcional causada pela progressão da doença degenerativa, além de reduzir os impactos causados pelas complicações motoras, emocionais, de desajuste familiar e da participação social desse sujeito. Deve, também, auxiliar o paciente com doença degenerativa a continuar agindo sobre o mundo, mantendo a criatividade, a produtividade e tornando-se protagonista em sua própria história.

Construção de diário: Objetivo estimular funções de coordenação motora fina, potencialidades e criatividade. No decorrer da atividade os pacientes puderam falar sobre seu cotidiano e contexto ambiental, relatando sobre as suas percepções a respeito da dinâmica familiar, relacionamento com os irmãos, amigos e pessoas conhecidas, colocando o desejo de voltarem a estudar, construir novas amizades e adquirir maior autonomia e independência no contexto familiar e social.

Sessão de maquiagem (com a paciente do sexo feminino): A atividade buscou estimular a autoestima, criatividade, e manutenção da função do MMSS. Disponibilizado no setting terapêutico uma prateleira de isopor com produtos de maquiagem, a frente desta um espelho. Paciente foi orientada a manipular os objetos e realizar a atividade. Além de cumprir a tarefa, a paciente relatou da satisfação emocional no decorrer da atividade. Revelou ter começado um curso de auxiliar de arquivo e a partir desta iniciativa foi proposto que a paciente comece a se arrumar e amar-se mais, a atividade foi repleta de simbologias e significados intrínsecos e subjetivos, sendo alcançados todos os objetivos. Como contrato de atendimento a

paciente apresentou o diário e as escritas, sendo pactuado o início da construção do mural de rotina a partir da próxima intervenção.

Construção de Mural: os pacientes construíram um mural, considerando suas rotinas e demanda de atividades pertinentes a cada dia da semana. A escolha das atividades a serem desenvolvidas na semana, foi elaborada a partir das atividades descritas no diário e por demanda trazida em relatos no decorrer dos atendimentos, além da rotina básica, cuidados pessoais, alimentação e banho, foram acrescentadas na rotina atividades de lazer visando o fortalecimento das relações interpessoais e maior participação no contexto social e/ou comunidade. Esta atividade fortaleceu as discussões dos atendimentos anteriores em favor da elaboração de novos projetos de vida partindo do contexto do domicílio, sendo elaborada nova rotina dentro das possibilidades dos pacientes ao contexto ambiental em que estão inseridos.

Reunião Familiar: realizada reunião com objetivo de estabelecer uma relação de parceria com a família no processo terapêutico. A família se coloca como ponto chave no tratamento, pois é ela que compartilha do cotidiano e vida dos pacientes de maneira quase sempre integral, diante dessa realidade é necessário manter uma relação de vínculo, visando o fortalecimento e efetividade do tratamento terapêutico ocupacional. Reunião conduzida pelas duas discentes responsáveis pelos atendimentos teve como pauta inicial o esclarecimento da etiologia da distrofia muscular de forma clara, os familiares colocaram sobre o desconhecimento da patologia e em contra ponto sinalizaram aspectos do desempenho e realização das atividades desenvolvidas pelos pacientes no contexto familiar ao longo dos anos. Os familiares, foram encorajados a serem aliados ativos no cotidiano e no incentivo da execução das atividades de maneira interrupta, as estagiarias apontaram potencialidades presente nos pacientes assim como ressaltaram a importância do respeito à cerca da manifestação de autonomia e independência dos pacientes nas atividades dentro do contexto domiciliar e social, o momento foi de trocas mútuas e essenciais no processo de tratamento. Faz-se necessária uma ação conjunta entre paciente, familiares e equipe profissional para corresponder às necessidades surgidas, além de planejar ações que sejam significativas para o paciente (RABONI; SILVA; PFEIFER, 2012). Dessa forma, em todas as sessões, nos dois casos, a família foi orientada e treinada, visto que o suporte familiar é um importante facilitador no processo de reabilitação. Para Gonçalves *et al.* (2008) a falta de apoio por parte da família, juntamente a

desestrutura ambiental e atitudinal de pessoas próximas, pode impactar negativamente todo o processo de reabilitação do indivíduo com doenças degenerativas, fazendo com que o ajuste psicológico seja afetado.

Os familiares tornam-se essenciais no processo de tratamento do paciente, no entanto necessitam ser orientados para saber como lidar com as situações estressantes, evitando comentários críticos ou se tornando exageradamente protetores.

Treino das atividades de vida diária: Buscando a autonomia dos pacientes na realização das tarefas cotidianas de autocuidados, diversos treinos foram inseridos nas intervenções: treino de vestuário, banho, transferências, com técnicas apropriadas visando à execução dessas tarefas com autonomia, segurança e conservação de energia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através das intervenções foi possível concluir que as ações dos estagiários de Terapia Ocupacional impactaram positivamente o desempenho ocupacional dos pacientes, fazendo-os perceber que são donos da sua própria história não tendo a necessidade de limitar a vida por conta de uma patologia. O Trabalho da Terapia Ocupacional foi de grande importância não só para os pacientes como também para toda família, pois puderam ver que mesmo com limitações os indivíduos tinham potenciais para ter independência e autonomia sobre suas próprias vidas.

## **REFERÊNCIAS**

COSTA, T. P. G.; COSTA, M. P. G. Grupo de apoio psicológico: promovendo melhorias na qualidade de vida de familiares de pacientes portadores de distrofia muscular. **Revista da SPAGESP** - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, v. 8, n. 1, Jan/Jun. 2007.

FACHARDO, G. A.; CARVALHO, S. C. P.; VITORINO, D. F. M. Tratamento hidroterápico na Distrofia Muscular de Duchenne: Relato de um caso Débora. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 4 - out/dez, 2004.

GONÇALVES, M. *et al.* Qualidade de vida: análise comparativa entre crianças com distrofia muscular de Duchenne e seus cuidadores. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 275-279, 2008.

HAGEDORN, R. **Fundamentos para a prática em terapia ocupacional**. 3. ed. São Paulo: Ed. Roca, 2003.

HASSUI, M. K. Doenças neuromusculares. In: TEIXEIRA, E. *et al.* **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo: Roca, p. 407-428, 2003.

RABONI, T. E. C. R; SILVA, M. F. M; PFEIFER, L. I. Intervenção Terapêutica Ocupacional junto à criança com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD): um estudo de caso. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 121-127, 2012.



**PRÁTICAS MULTIPROFISSIONAIS EM NEUROLOGIA: CONTRIBUIÇÃO  
PARA A FORMAÇÃO DE RESIDENTES E UMA ATENÇÃO MAIS  
AMPLIADA AOS USUÁRIOS**

*LORENA RODRIGUES RAMOS, LETÍCIA PEREIRA SANTOS, BÁRBARA GARIGÓ  
PADIN, SUZANA MARTINS DE ALMEIDA ROCHA, TATIANA DE PAULA  
OLIVEIRA, ROSÉ COLON TOLDRÁ*

Universidade de São Paulo - SP

## **INTRODUÇÃO**

A possibilidade de atuação multiprofissional durante a residência oferece oportunidades de interação e permite aos profissionais avaliar e abordar o usuário na perspectiva de modelo social, conforme preconizado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A classificação permite melhor compreensão da interação das condições de saúde do indivíduo com o contexto, ou seja, favorece a análise da produção dos processos de incapacidade/funcionalidade. Essa abordagem leva ao questionamento das práticas clínicas e do próprio sentido da reabilitação, apontando para o desenvolvimento de uma visão ampliada de saúde que considere os diferentes aspectos que envolvem a realidade de vida da pessoa<sup>1</sup>.

## **OBJETIVO**

Refletir sobre a prática multiprofissional de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no Projeto de Atenção Multiprofissional em Neurologia que ocorre em um Hospital Universitário.

## **METODOLOGIA**

Relato da experiência da prática multiprofissional ambulatorial realizada desde 2013, no Projeto de Atenção Multiprofissional em Neurologia desenvolvido no

Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar da área de concentração Adulto e Idoso.

## RESULTADOS

Usuários com diagnóstico de acidente vascular cerebral são atendidos no ambulatório de um hospital universitário uma vez por semana pelos residentes do primeiro e segundo ano das áreas de fisioterapia e terapia ocupacional. A prática de atendimento conjunto permite que para cada usuário, os domínios “função do corpo”, “atividade e participação” “fatores ambientais” e “fatores pessoais” sejam explorados por ambas as profissões, dentro de suas expertises e compartilhadas entre as duas áreas.

Com isso, pode-se desenvolver uma abordagem mais ampliada da pessoa e com resultados terapêuticos mais efetivos, uma vez que as demandas podem ser contempladas em diferentes domínios da vida. Os domínios mais abordados se referem às funções neuromusculoesqueléticas e estruturas relacionadas com o movimento e funções mentais, que influenciam diretamente nos componentes de atividade e participação representadas em diferentes tarefas. As principais tarefas referidas envolvem o autocuidado, cuidado doméstico, trabalho e emprego e vida comunitária, que requerem diferentes interações e relacionamentos interpessoais, para citar alguns.

Os fatores ambientais, tais como produtos e tecnologias (órteses e adaptações) para uso na vida diária, produtos destinados a facilitar o transporte e a mobilidade pessoal em espaços interiores e exteriores (cadeira de rodas, andador e bengala) e as barreiras arquitetônicas em locais públicos e privados, são os mais considerados durante o processo terapêutico. Tais fatores podem ser caracterizados como barreiras ou facilitadores, logo necessitam de avaliação detalhada de forma conjunta com os profissionais. Busca-se junto aos familiares/cuidadores desenvolver atitudes, apoio e estabelecer relacionamentos na direção de facilitar o aprendizado de novas habilidades e valorizar as potencialidades durante o processo de tratamento do usuário, para o favorecimento da participação na rotina da família e no meio social mais amplo.

Desse modo conforme figura 1, verifica-se que todos os componentes estão interligados e se inter-relacionam entre si no processo terapêutico, o que facilita a identificação das prioridades de acordo com a perspectiva do usuário e família.

Figura 1. Interação entre os componentes da CIF

Fonte: Organização Mundial da Saúde – OMS<sup>2</sup> (2003).

## **DISCUSSÃO**

No Brasil, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade no País, o que cria grande impacto econômico e social<sup>3</sup>. Assim, a possibilidade de atender a essa população de forma conjunta estimula estabelecer objetivos e desenvolver uma atuação a partir dos paradigmas propostos pela CIF, os quais colocam desafios práticos para os residentes, que buscam por meio da escuta e cooperação produzir uma atenção que contemple as reais demandas dos usuários com AVC e não somente a perspectiva dos profissionais. Ao mesmo tempo, favorece uma maior integração e compreensão dos fatores que promovem a funcionalidade e a participação bem como aqueles que levam a limitação na realização das atividades e restrições na participação dos usuários nos seus contextos de vida. Identifica-se que o uso da CIF fornece um norteador valioso para o desenvolvimento de práticas em reabilitação na medida em que permite explorar as diferentes dimensões da vida das pessoas, bem como sensibilizar os profissionais para estabelecer interrelações entre os diferentes aspectos, que envolvem os domínios funções e estruturas corporais, atividade e participação e fatores contextuais.

Observa-se pela literatura que o trabalho em equipe é a base para ações integrais na saúde<sup>4</sup> para atender com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada

situação e experiência já adquirida<sup>5</sup>. A abordagem com o usuário é facilitada na medida em que se estimula o seu envolvimento na resolução do problema, de acordo com sua condição, para um maior grau de independência e autonomia para os cuidados com a saúde<sup>6</sup>. Isso requer a compreensão da singularidade do sujeito para se processe a busca de sua autonomia<sup>7</sup>. As intervenções além de envolver os usuários, familiares e cuidadores, deve prever o contato com a rede de serviços, a fim de proporcionar uma atenção voltada às reais necessidades das pessoas, conforme preconizado pelas políticas do setor<sup>8</sup>. Por fim, como a experiência relatada envolve um processo de aprendizagem em serviço, a supervisão clínica desenvolvida mostra-se essencial, para que os caminhos trilhados com os usuários e familiares e a elaboração teórico-prática possam ser aprimorados.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência de um trabalho multiprofissional na residência é fundamental para o amadurecimento profissional daqueles que se encontram em fase de aprendizagem. Assim, para possibilitar uma atuação multiprofissional é necessário aprender a construir um ambiente de escuta, diálogo, troca e cooperação entre os profissionais de forma que a expertise de cada um possa qualificar as ações terapêuticas.

### **REFERÊNCIAS**

1. Toldrá, R. C.; Souto, A. C. F. Fatores contextuais da CIF como ferramentas de análise das implicações da aquisição de deficiência física por pessoas atendidas pela Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 22, n. 2, p. 347-359, 2014.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf). Acesso em: 01 agost 2015.

4. Santos BRL. O PSF e a enfermagem. Rev Bras Enfermagem. 2000;53(N Esp):49-53.
5. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MTB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde. 1999;4;221-42.
6. Teixeira RA, Mishima SM, Pereira MJB. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde da família. Rev Bras Enfermagem. 2000;53:193-206.
7. MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface: Comunicação Saúde e Educação, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593- 605, 2010.
8. Toldrá, R C, Souto, A C. F. Atenção ambulatorial de média complexidade em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência física no âmbito da Terapia Ocupacional: reflexões a partir da prática. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 299-306, 2013.

**REABILITAÇÃO VIRTUAL: UM RECURSO TERAPÊUTICO NA  
REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DISFUNÇÕES NEUROLÓGICAS E  
ORTOPÉDICAS**

*EMANUELE MARIANO DE SOUZA SANTOS, ANA CLÁUDIA SANTOS, FADLA  
ALECRIM DA SILVA, MARÍLIA SANTANA RODRIGUES, SONBERG DA SILVA  
COSTA, ARISTELA DE FREITAS ZANONA*

Universidade Federal de Sergipe - SE

**INTRODUÇÃO**

A utilização da realidade virtual como recurso terapêutico é um dos meios que vem ganhando cada vez mais espaço nos diferentes níveis de reabilitação, e portanto, tem sido fruto de várias experiências e estudos que buscam comprovar os seus benefícios.

Essa modalidade de atendimento, chamada de Reabilitação Virtual ou game terapia é realizada através de vídeo games que captam o movimento humano, sejam através de controles presos ao punho do paciente, ou através de uma tecnologia de reconhecimento da figura humana. Os videogames mais utilizados nessa perspectiva são os exercícios do programa Nintendo Wii da Nintendo® e X-BOX® da Microsoft (BARCALA, 2011).

Para Monteiro *et al.* (2011) o jogo da marca Nintendo Wii da Nintendo® é um dos sistemas de realidade virtual mais utilizado na atualidade. Estes possuem “softwares” aplicados que simulam o gestual motor muito similar aos movimentos dos mais variados esportes (Wii Sports), exercícios físicos (Wii Fit) e/ou atividades da vida diária”, e, portanto, são utilizados para reabilitação neuromotora.

Para Stuart (1996), a exploração da Realidade Virtual (RV) apresenta inúmeras vantagens de uso em relação a outras tecnologias, pois esta permite a participação de

peessoas com incapacidades físicas ou mentais; disponibiliza recursos para que o usuário pratique procedimentos que serão realizados posteriormente no mundo real; propicia um ambiente motivador para a aquisição de conhecimento e aprendizagem; oferece possibilidades de entretenimento e diversão; possui características que facilitam o estudo do desempenho humano e suas capacidades perceptuais e motoras.

Desta maneira, a RV pode ampliar as possibilidades terapêuticas das abordagens tradicionais, pois facilita o acesso a exercícios que estimulam habilidades variadas, sejam cognitivas ou motoras, através de atividades que promovem associações mais diretas com as tarefas da vida diária (STUART, 1996).

Esse recurso tem sido utilizado para ampliar a abordagem terapêutica ocupacional, visto que, possibilita às pessoas com deficiência a participação em jogos eletrônicos e virtuais e através do envolvimento nos jogos, propicia ao indivíduo praticante o envolvimento numa atividade que vai além da prática do lazer, pois são estimuladas habilidades variadas, como as cognitivas, percepto-sensoriais, práticas e motoras.

## **OBJETIVOS**

Relatar a experiência de discentes sobre o uso do recurso gameterapia durante as sessões de Terapia Ocupacional em pacientes com disfunção neurológica e ortopédica.

## **METODOLOGIA**

Na finalização do Estágio Curricular em Reabilitação física, os alunos do IV Ciclo (último ano) do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe - Campus Professor Antônio Garcia Filho, executaram uma ação na vivência do campus, utilizando a reabilitação virtual como recurso terapêutico. Ao total participaram 30 pacientes, diagnosticados com acidente vascular encefálico, lesão medular, distrofia muscular, ataxia, lesão de nervos periféricos e fibromialgia.

Os acadêmicos envolvidos selecionaram os jogos previamente, analisando de forma individual quais as habilidades seriam estimuladas/trabalhadas durante o atendimento e quais recursos seriam adicionados ao mesmo, como: disco e prancha de equilíbrio, almofada proprioceptiva, bola suíça, para que assim fosse possível graduar a atividade para obter melhores resultados.

A ação teve duração de 4 horas, em quais os pacientes se revezaram em duplas ou individualmente executando jogos como de boliche, futebol americano, esqui, tiro ao alvo, circuitos, ou ainda, dança. Além dos jogos eletrônicos, houve momentos para coffee break, e suas impressões finais sobre o estágio. Os discentes convidaram a imprensa local para divulgação da ação supracitada.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante a ação foi possível perceber que as habilidades motoras foram realizadas de uma forma mais controlada e com movimentos mais corretos devido ao feedback visual que os pacientes recebiam, pois, alguns jogos não captavam o movimento se o paciente não o fizesse da forma correta. Desta maneira foi possível perceber que os jogos virtuais auxiliam o paciente não somente a melhorar a amplitude de movimento, a força, o equilíbrio e os movimentos coordenados e ritmados, mas também ajudam o paciente a melhor perceber seu corpo maximizando a propriocepção e os processos percepto-sensoriais.

Segundo Barcala (2011), esse método envolve a constante autocorreção, durante uma série de tarefas motoras, pelo biofeedback visual, no qual as habilidades de planejamento motor e controle motor são continuamente estimuladas e benéficas para a plasticidade neural.

A exploração da Realidade Virtual (RV) apresenta inúmeras vantagens de uso em relação a outras tecnologias: provê uma interface que gera um alto nível de motivação; apresenta recursos que ilustram a compreensão de conceitos abstratos; permite a observação de cenas em diferentes distâncias e ângulos; oferece oportunidades de vivências das situações de maneira individualizada; encoraja a participação ativa do usuário (LITTMAN, 1999)

Foi possível identificar que foram estimulados os componentes dos sistemas vestibular, viso-motor e somatossensorial, além da promoção da percepção e simetria corporal. Durante os jogos as funções do tronco, tais como controle, alinhamento e movimentação seletiva também foi intensamente estimulada. A maioria dos jogos selecionados tinham como objetivo fundamental promover o equilíbrio estático, dinâmico e o balance corporal, ademais auxiliar na (re) aprendizagem das reações de equilíbrio e de proteção.



Os jogos de beisebol, tênis, corrida de automóveis puderam proporcionar estímulos as atividades bimanuais, incentivando os pacientes a utilizarem os dois lados do corpo de forma funcional; desta forma melhorando a função dos membros superiores.

Barcala *et al.* (2011) mostraram que a reabilitação de pacientes com incapacidades, por meio do uso da reabilitação virtual, melhora as funções motoras, evidenciando que esse instrumento pode ser utilizado não apenas para avaliação das habilidades motoras e cognitiva, mas também como recurso para o tratamento. Além das habilidades motoras, foi possível identificar que os componentes cognitivos tais como atenção, concentração, sequenciamento, generalização, figura-fundo, orientação espacial e temporal foram requeridos e estimulados durante toda a intervenção.

O uso de Ambientes Virtuais (AV) vem se mostrando adequado para apoiar, principalmente, processos cognitivos, isto se deve à multidisciplinaridade envolvida neste domínio (LITTMAN, 1999).

Além dos ganhos acima citados, esse momento de atividade em grupo promoveu a socialização dos pacientes, que na maioria das vezes ficam restritos a atendimentos individuais. Essa experiência foi enriquecedora pelas trocas de saberes que os pacientes fizeram entre si, além da ajuda mútua. Através dessa ação foi possível perceber que uma rede de suporte logo se formou entre os participantes, o que impacta positivamente o processo de reabilitação.

Como desfecho principal esta ação com a realidade virtual intensificou a independência do paciente nas áreas de ocupação: Atividade de Vida Diária, Atividade Instrumental de Vida Diária, Atividades de trabalho/educação e de Lazer pela melhora de habilidades específicas para desempenho de tarefas nestas áreas; os pacientes alcancem maior funcionalidade, habilidades práxico-motoras, percepto-sensoriais, cognitivas e sociais, a fim de que possam reassumir seus papéis ocupacionais importantes em seus cotidianos, além do encorajamento da participação social, promovido através da melhora das habilidades para desempenhar o papel ocupacional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A terapia através do uso de videogames a qual é indicada para todas as faixas etárias, não substitui outras práticas terapêuticas no tratamento terapêutico ocupacional,

mas o complementa, partindo da ideia que o paciente é levado a outra realidade executando os exercícios de forma mais prazerosa, e mais rápida, potencializando a reabilitação, através da execução de habilidades que são requeridas para suas atividades do cotidiano por meio de movimentos sensíveis e precisos.

Os pacientes envolvidos na gameterapia executam através dos jogos, impactos positivos no organismo, os quais contribuem para o fortalecimento da musculatura, estímulo da atividade cerebral, melhor condicionamento para a recuperação dos movimentos, bem como melhor equilíbrio e capacidade de concentração. E ainda, são proporcionados momentos de lazer e socialização entre os participantes, o que contribui para as relações interpessoais e autoestima mais elevada.

## REFERÊNCIAS

BARCALA L. Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit. **Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 24, n. 2, p. 337-343, 2011.

LITTMAN, M. “**Enhancing Instruction Through Virtual Reality**”; Proceedings of the 13th International Conference on Technology and Education, Louisiana, 1999.

MONTEIRO, R. S. Junior, et al. Efeito da Reabilitação Virtual em diferentes tipos de tratamento. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 9, nº 29, 2011.

STUART, R. The Design of Virtual Environments, McGraw-Hill. 1996

## **TERAPIA OCUPACIONAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM NO CONHECIMENTO E NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

*KAROLINE VITÓRIA SILVA RODRIGUES, YARIMA SILVA GOMES DE CASTRO,  
ENISE CASSIA ABDO NAJJAR*

Universidade do Estado do Pará – PA

### **INTRODUÇÃO**

As Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), atualmente, constituem um sério problema de saúde pública, por suas mudanças no perfil de mortalidade da população, sendo responsáveis por mais da metade dos óbitos ocorridos em todo o mundo. São definidas como as principais DCNT as doenças cerebrovasculares, doenças cardiovasculares (DCV), doenças respiratórias obstrutivas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, asma e neoplasias, caracterizando-se por sua origem não infecciosa, curso prolongado, associação a incapacidades funcionais e diversos fatores de risco (BRASIL, 2009).

No contexto das DCNT, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se como uma perigosa condição clínica, além de ser um importante fator de risco para patologias como diabetes mellitus, síndrome metabólica, obesidade, doença renal crônica, acidente vascular encefálico, além de se apresentar como o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Boing e Boing (2007) destacam que a HAS constitui-se como o agravo mais comum e de maior repercussão clínica na qualidade de vida do indivíduo. Em todo o mundo, estima-se que 7,1 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência da pressão sanguínea elevada e que 4,5% da carga de doença no mundo seja causada pela HAS. A partir destes dados, projeções apontam que, em 2025, cerca de 1,56 bilhão de pessoas viverão com HAS, caracterizando a enfermidade como um sério problema de saúde pública e de alta prevalência de complicações.

Entretanto, apesar de sua alta prevalência, estudos mostram que o tratamento adequado da HAS promove o controle dos níveis pressóricos e a redução das complicações em poucos anos, sendo passível de ser mediada clinicamente, através de seu controle e de hábitos de vida saudável (HOEPFNER; FRANCO, 2010). Ribeiro e colaboradores (2012) ressaltam a importância de estratégias de educação em saúde para o controle da HAS como proposta que busca ampliar o conhecimento e apreensão dos processos de saúde-doença-adoecimento, bem como de mudanças comportamentais e de estilo de vida, desenvolvendo o autocuidado e a autonomia dos indivíduos.

A educação em saúde voltada para a HAS é de fundamental importância para a prevenção de diversas enfermidades, contribuindo para a promoção da saúde e melhor condição de vida de grande parte da população. Cordeiro (2007) destaca que para a melhora da qualidade de vida desses pacientes, é necessário que toda a equipe de saúde, em especial na Atenção Básica, trabalhe em conjunto, prestando contribuição no controle da HAS e de seus fatores de risco.

Neste sentido, dentre os profissionais atuantes da equipe de saúde, destaca-se o terapeuta ocupacional como profissional que pode contribuir para a prevenção e promoção de saúde, intervindo nos fatores que possam comprometer o desempenho ocupacional e a participação social do indivíduo, bem como facilitar circunstâncias de adoecimento e incapacidade (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012)

Dessa forma, diante da prevalência da HAS, de suas consequências e interferências na qualidade do viver e no desempenho ocupacional do sujeito, se torna relevante a intervenção do terapeuta ocupacional no campo da prevenção primária e secundária, destacando-se, neste trabalho, a prevenção de complicações desta enfermidade.

## OBJETIVO

Analisar os efeitos da intervenção de Terapia Ocupacional, no âmbito da educação em saúde, no conhecimento acerca da HAS e na adesão ao tratamento do paciente hipertenso.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa ação, com abordagem quanti-qualitativa, com teste-reteste do tipo sujeito como seu próprio controle. A pesquisa realizou-se por meio de dois estudos: o Estudo 1, transversal, objetivou identificar o Conhecimento dos participantes acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica e sua Adesão ao Tratamento, bem como conhecer a rotina ocupacional dos participantes e identificar se esta favoreceu a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica; e o Estudo 2, longitudinal, buscou aplicar um programa terapêutico ocupacional de atividades educativas, com enfoque no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e na adesão ao tratamento e analisar os efeitos do programa terapêutico ocupacional de atividades educativas.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados dois questionários semiestruturados. O Questionário 1, consistiu em 11 questões quantitativas, que abrangeram o conhecimento acerca da HAS e aspectos acerca da adesão ao tratamento do paciente com HAS. O Questionário 2, com oito perguntas semiestruturadas, buscou conhecer a rotina ocupacional dos participantes e verificar a percepção dos pacientes acerca da interferência das atividades cotidianas dos mesmos no tratamento da HAS.

A abordagem e o convite aos participantes da pesquisa foram realizados na sala de espera da UBS – Marco. A aplicação dos instrumentos semiestruturados realizou-se de forma individual em uma sala Unidade de Ensino Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), localizadas na Universidade do Estado do Pará (UEPA) – CCBS Campus II, em Belém. As intervenções grupais foram desenvolvidas nas salas de “ART” ou de “Psicomotricidade” do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA), conforme a necessidade do tema trabalhado no dia e da disponibilidade das salas.

Participaram do Estudo 1 e da aplicação dos questionários 47 participantes. Destes, 24 apresentaram conhecimento sobre hipertensão abaixo da média e se mostraram aptos a participarem do Estudo 2. Dos 24 pacientes, 7 aceitaram participar

do programa de intervenção terapêutico ocupacional com reaplicação dos instrumentos de pesquisa.

A análise dos instrumentos de pesquisa foi desenvolvida de forma quantitativa e fragmentada, resultando em um score para cada aspecto analisado no estudo. Para atribuição dos escores dos atributos, as respostas foram convertidas em uma escala cuja pontuação variou de 0 (zero) a 23 (vinte e três) pontos para o aspecto Conhecimento e de 0 (zero) a 12 (doze) pontos para o aspecto de Adesão, correspondentes a um ponto para cada alternativa correta, todos convertidos ao final em porcentagem. A pontuação Zero significou a pior avaliação e as pontuações Vinte e Três e Doze, respectivamente, corresponderam as melhores avaliações possíveis.

Os resultados de 0% a 40% foram classificados em baixos níveis, de 40% a 60% foram classificados em níveis médios, e os resultados de 60% a 100% foram classificados em bons níveis. Para determinar o perfil dos participantes foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação. Para a análise dos dados sobre os atributos Conhecimento da HAS e Adesão ao Tratamento utilizou-se como referencial teórico as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Para determinar a diferença entre as aplicações dos questionários antes e após a intervenção foi aplicado o teste t de Student para amostras pareadas.. Ficou previamente fixado o nível de significância  $\alpha = 0.05$  para rejeição da hipótese de nulidade. O processamento estatístico foi realizado nos softwares GrafTable versão 2.0 e BioEstat versão 5.3.

Os dados qualitativos coletados durante o Estudo 1, por meio dos relatos dos participantes, foram registrados em um diário de campo e analisados segundo o método de análise de conteúdo. Este consiste na utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos que analisam o material passo a passo de modo a categorizar o comportamento verbal dos participantes (BARDIN, 2011).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 47 participantes do **Estudo 1**, 76,6% são do sexo feminino e 76,6% possuem faixa etária entre 56 a 75 anos. Cerca de 36,2% afirmaram ter concluído o ensino médio e 70,2% declararam ter renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos. Identificou-se que a maior parte dos participantes apresentaram mais de dois fatores de

risco presentes, sendo 38,3% dos indivíduos da pesquisa classificados em níveis altos e 34% classificados em níveis médios de fatores de risco para a HAS. Dessa forma, 48,8% dos indivíduos da pesquisa foram caracterizados com o IMC acima do peso, 38,3% apresentavam diabetes mellitus, 44,7% apresentavam níveis de colesterol elevados e 48,9% níveis de triglicerídeos elevados.

No aspecto **Conhecimento**, identificou-se que a maioria (89, 40%) dos participantes da pesquisa possuem níveis baixos de conhecimento acerca da HAS, referentes a níveis pressóricos de um indivíduo hipertenso, aos sintomas da HAS, aos fatores de risco, às complicações da HAS e aos cuidados relacionados ao tratamento. Neste aspecto, identificou-se que o atributo Conhecimento da Pressão Arterial, 87,54% dos participantes não apresentou conhecimento a respeito da medida dos valores pressóricos para um indivíduo ser considerado hipertenso. Além disto, no que se refere às Complicações da HAS, nenhum dos participantes soube informar corretamente.

No aspecto **Adesão ao Tratamento**, segundo os relatos dos participantes, os resultados encontram-se entre níveis médios (42,6%) e altos (40,4%). Destaca-se dentre os cuidados que contribuíram para estes resultados, o uso da medicação anti-hipertensiva de forma adequada e precisa (65,9%) e o reduzido consumo de bebida alcoólica (19,14%) e o baixo índice de tabagismo (4,2%). Entretanto, observou-se que em relação à alimentação, 34% dos participantes relataram dificuldades no controle de sal e consumo de frituras e gorduras, consumindo pelo menos uma vez por semana. No que diz respeito à atividade física, apenas 38% dos participantes relataram realizar e 59% dos hipertensos afirmaram a presença de situações de estresse pelo menos uma vez na semana.

No **Estudo 2**, dos sete participantes do grupo, seis são do sexo feminino, seis possuem idade entre 61 e 78 anos e quatro possuem ensino fundamental completo. Cinco participantes apresentaram níveis baixos de **Conhecimento** e quatro apresentaram níveis altos de **Adesão ao Tratamento**.

Os pacientes foram submetidos por aproximadamente dois meses a um Programa de Atividades com 14 sessões, onde 5 sessões buscaram abordar aspectos relacionados ao Conhecimento acerca da HAS, 6 buscaram trabalhar aspectos relacionados a Adesão ao Tratamento e três objetivaram abordar questões relacionadas a Rotina Ocupacional.

Após a realização do Programa de Atividades, identificou-se na re-testagem do aspecto **Conhecimento** acerca da HAS que cinco participantes apresentaram níveis altos de conhecimento, logo, uma ampliação de 48,7% pontos, que configurou num aumento estatisticamente significativo ( $p=0.0007^*$ ) entre a avaliação Antes ( $27.7\pm 16.2$  pontos) e a avaliação Depois ( $76.4\pm 14.8$  pontos).

Em relação ao aspecto **Adesão ao Tratamento**, identificou-se na re-testagem que seis participantes apresentaram níveis altos de adesão, logo, uma ampliação de 15,1 pontos, que configurou um aumento estatisticamente significativo ( $p=0.0012^*$ ) entre a avaliação Antes ( $62.7\pm 77.8$  pontos) e a avaliação Depois ( $76.4\pm 14.8$  pontos).

Em análise detalhada dos atributos “consumo de bebida alcoólica” e “uso de tabaco”, destaca-se que todos os sete participantes, referiram não desenvolver tais hábitos em seu cotidiano no teste e no re-teste. A respeito do atributo “uso correto da medicação”, seis participantes relataram o fazer adequadamente na aplicação do teste e todos os participantes relataram o fazer na re-testagem.

Em relação ao atributo “cuidados com a alimentação”, na comparação teste re-teste, identificou-se que três participantes conseguiram diminuir a frequência do consumo de alimentos com sal, frituras e gorduras. No atributo “realização de atividade física”, identificou-se que dois participantes que antes não realizavam atividade física passaram a desempenhar, e no atributo “vivência de situações de estresse”, verificou-se que dois participantes conseguiram diminuir a sua frequência semanal.

## CONSIFERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a pesquisa pôde contribuir na manutenção da saúde dos participantes do estudo, no que concerne à ampliação dos níveis de Conhecimento da HAS e a melhora na Adesão ao Tratamento, possibilitando o controle da pressão arterial e mudanças na rotina ocupacional a curto prazo.

Destaca-se que a pesquisa pôde contribuir para a prática de educação em saúde, no âmbito da Terapia Ocupacional, constando que esta abordagem é efetiva no sentido de proporcionar aos participantes com Hipertensão Arterial Sistêmica a possibilidade de serem sujeitos ativos no processo saúde-doença.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde**



(SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 418p. Disponível em: <<http://http://ebookbrowse.net/saude-brasil-2008-web-20-11-pdf-d70789460>>. Acesso em: 10 abril 2014.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOING, A.C; BOING, A.F. Hipertensão Arterial Sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informação em saúde. **Rev. Bras. Hipertensão**. Florianópolis, v.24, n.2, p. 84-88, 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/06-hipertensao.pdf>>. Acesso em 10 abril 2014.

CORDEIRO, J. J. R. Cardiologia In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, p.502-507, 2007.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S.C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq Bras Cardiologia**. Santa Catarina, v.95, n.2, p. 223-229, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n2/aop09110.pdf>>. Acesso em 15 maio 2014.

RIBEIRO, A.G.; *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.** Campinas, v.25, n.2, p. 271-282, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n2/09.pdf>>. Acesso em 13 de abril 2014.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**. v.7, n.2, p. 305-322, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf>>. Acesso em 10 junho 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Brasileira de Hipertens**. v.17, n.1, 2010. Disponível

em:<[http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI\\_Diretrizes\\_Bras\\_Hipertens\\_RDH\\_A\\_6485.pdf](http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDH_A_6485.pdf)>. Acesso em 20 maio 2014.

## **TERAPIA OCUPACIONAL: CORRELACIONANDO LOMBALGIA E ATIVIDADES DE VESTUÁRIO**

*ANA CLAUDIA MARTINS E MARTINS, ROGERIA PIMENTEL DE ARAUJO  
MONTEIRO, THAÍSSA THAYARA MACHADO PINTO*

Universidade do Estado do Pará - PA

### **INTRODUÇÃO**

A lombalgia é um sintoma que afeta a área entre a parte mais baixa do dorso e a prega glútea, podendo irradiar para os membros inferiores (COSTA, 2015). Esta decorre do uso exacerbado, da atuação de forças compressivas e alterações posturais, relacionadas a fraqueza muscular (JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

De acordo com Junior, Goldenfum e Siena (2010) a lombalgia pode ser classificada como primária, secundária, com ou sem comprometimento neurológico, mecânico-degenerativa, não-mecânica, inflamatória, infecciosas, metabólica, neoplasia ou secundária a repercussão de doenças sistêmicas. Esta pode ainda ter caráter não orgânico.

Quanto às etiologias, as lombalgias podem resultar de uma única causa ou ser multicausal, onde podem existir significativas correlações entre elas. A maioria das lombalgias é frequentemente atribuída a fatores mecânicos, ou seja, relacionados com

posições inadequadas, repetitivas, assumidas nas atividades do dia-a-dia, associadas às deficiências musculares. Ademais, fatores psicológicos também podem gerar lombalgia (BARROS; ÂNGELO; UCHÔA, 2011; FERREIRA; PEREIRA, 2011). Além dos fatores psicológicos a literatura cita também tarefas da vida diária onde há vibração em todo o corpo, transporte de cargas, flexão e rotação do tronco, movimento de puxar e empurrar e temperaturas fria (PATARO, 2011).

Visto isso, a lombalgia pode comprometer o desenvolvimento das Atividades de Vida Diárias (AVDs), dentre estas o vestuário. O terapeuta ocupacional mostra-se com um profissional essencial para o tratamento da lombalgia, pois este objetiva favorecer o retorno dos indivíduos as suas atividades funcionais (RADOMSKI; LATHAM, 2013).

## **OBJETIVO**

Identificar correlação entre lombalgia e as atividades de vestuário.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e caracteriza-se por ser um estudo transversal, em que os dados relativos a cada indivíduo expressam esta população no momento da coleta.

O estudo envolveu pacientes diagnosticados com lombalgia, matriculados na Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UEAFTO/Universidade do Estado do Pará.

A pesquisa consistiu em realizar um estudo prospectivo, com pacientes com diagnóstico de lombalgias que estavam em tratamento terapêutico ocupacional e/ou fisioterapêutico na UEAFTO, no período entre outubro/2014 a maio/2015. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos, independente do estado civil, profissão, ocupação ou escolaridade e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesta etapa utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista contendo as variáveis do estudo, com o objetivo de traçar um perfil mais detalhado destes sujeitos e estabelecer possíveis correlações entre a dor lombar e as atividades de vestuário.

Os dados foram analisados quantitativamente, organizados, tabulados e posteriormente apresentados em forma de tabelas desenvolvidas a partir do excel 2013, por meio de número e porcentagem, assim como correlacionados com outros autores.

A amostra foi constituída de 131 sujeitos com diagnóstico de lombalgia que estavam matriculados na UEAFTO no período de outubro de 2014 a maio de 2015.

Os procedimentos da coleta de dados realizaram-se após o parecer favorável do comitê de ética da Universidade do Estado do Pará (UEPA), protocolo número 789.750 de 05/09/2014 sendo atendidos os aspectos éticos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Em relação as atividades de vestuário, observou-se que 71,8% dos sujeitos apresentam dificuldade em realiza-las, sendo que 29,8% têm grande dificuldade, 43,6% têm moderada dificuldade e 26,6% tem leve dificuldade. Estes resultados podem ser observados na TAB 1.

As dificuldades em vestir roupas relacionadas aos Membros Inferiores (MMII) como, calça comprida, short, saia, bermuda, calcinha e cueca foram citadas por 85,1% dos sujeitos entrevistados, enquanto que as relacionadas aos Membros Superiores (MMSS) como, blusa, camiseta, top e sutiã foram de 42,5%. A dificuldade relacionada ao calçado foi de 20,2%.

Durante as entrevistas observou-se que os sujeitos preferiam usar sapatos mais práticos na hora de calçar. No caso das mulheres as sapatilhas representam uma excelente alternativa, tanto quanto o as sandálias de dedo ou tênis sem cadarço para os homens. Visto isso, uma porcentagem menor de sujeitos apresentava dificuldade no momento desta atividade.

TAB 1 – Dificuldade de Realização nas Atividades de Vestuário

	N	%
<b>Vestuário</b>		
SIM	94	71,8
Leve	25	26,6
Moderado	41	43,6

Grande	28	29,8
Total	0	0,0
NÃO	37	28,2
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

## DISCUSSÃO

Estes são calçados que não necessitam de movimentos na coluna, como a flexão, portanto não há aumento de pressão nos discos intervertebrais, visto que para serem calçados basta enfiar o pé (ALENCAR et al., 2011).

A dificuldade maior em vestir roupas relacionadas aos MMII, calçar sapatos e meias, está relacionada ao movimento de flexão da coluna, pois esta produz uma retificação da lordose lombar, aumenta a tensão do complexo ligamentar posterior e aumenta a pressão nos discos intervertebrais, especialmente na porção anterior enquanto que a posterior é distendida. Esta distensão do disco e do complexo ligamentar aumenta a dor na coluna lombar (ALENCAR et al., 2011).

Esses dados vão de encontro ao estudo realizado por Dellaroza e Pimenta (2012) que afirmam a presença de dor crônica interfere em diferentes magnitudes diretamente na realização de AVDs, dentre elas a atividade de vestuário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que os sujeitos apresentavam moderada dificuldade no que se refere a realização do vestuário, principalmente em vestir roupas relacionados aos MMII, portanto as orientações são extremamente importantes para a melhora do quadro algico e a funcionalidade em pacientes com lombalgia. Neste sentido, o terapeuta ocupacional é o profissional mais indicado para oferecer orientações não apenas sobre as posturas corretas durante as atividades do dia-a-dia, mas também sobre a forma correta de realiza-las, visto que este é o profissional capacitado para lidar com as desordens que interferem na realização das tarefas cotidianas.

## REFERENCIA

ALENAR, T. A. M. et al. **Revisão Etiológica da Lombalgia em Ciclistas**. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis, v. 33, n. 2, p. 507-528, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v33n2/16.pdf>>. Acesso em 25 jun 2015.

BARROS, S. S.; ÂNGELO, R. C. O.; UCHÔA, E. P. B; L. **Lombalgia Ocupacional e a Postura Sentada**. Rev Dor, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 226-230, jul/set. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a06>>. Acesso em: 24 jun 2015.

COSTA, M. C. et al. Perfil Epidemiológico e Clínico dos Pacientes com Queixa de Dor Lombar Atendidos em uma Clínica Escola de Fisioterapia. **Rev. Movimenta**, v. 8, n. 1, p. 37-42, 2015. Disponível em:  
<<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/3378>>. Acesso em 24 jun 2015.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M. Impacto da Dor Crônica nas Atividades de Vida Diária de Idosos da Comunidade. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, p. 235-242, 2012. Disponível em:  
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17081/pdf>>. Acesso em 25 jun 2015.

JUNIOR, M. H.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. Lombalgia Ocupacional. **Rev. Assoc Med Bras**, v. 56, n. 5, p. 583-589, 2010. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a22>>. Acesso em 26 jun 2015.

PATARO, S. M. S. Lombalgia em Trabalhadores de Limpeza Urbana. 2011. 154 p. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) – **Faculdade de Medicina da Bahia**, Bahia. 2011. Disponível em:  
<<http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/172011111221.pdf>>. Acesso em 24 jun 2015.

RADOMSKI, M. V.; LATHAM, C. A. T. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 6º edição. - São Paulo: Gen, 2013. 1431 p.

## **TREMOR ESSENCIAL: INTERFERÊNCIA DO CONSTRANGIMENTO E FOBIA SOCIAL NOS PAPÉIS OCUPACIONAIS DAS PESSOAS**

*DÉBORA DA SILVA FIRINO FELISMINO, HALESSANDRA LINS GOMES DE  
MEDEIROS, ANDREZA APARECIDA POLIA, PABLO LORENZO COUTINHO*

Universidade Federal da Paraíba-PB

### **INTRODUÇÃO**

Segundo Zeigelboim e Mittelman (2008, p. 233), “O tremor é definido como um movimento involuntário, oscilatório, rítmico, de uma ou várias partes do corpo, decorrente de contrações síncronas ou alternantes de músculos antagonistas”. Dentre as várias doenças que se caracterizam com esta oscilação motora, o TE se destaca por ser uma das doenças neurológicas mais comuns (YU, et al., 2012).

Fernandez et al. (2013, p. 957), definem o TE como: “[...] uma doença neurodegenerativa que se caracteriza por um movimento involuntário, agitação predominantemente nas mãos, antebraços e cabeça / pescoço.” O sintoma predomina em situações de movimento e com a adoção de posturas nas quais é recrutada musculatura antigravitacional. O tremor de repouso está presente em menor grau e menor frequência nos indivíduos acometidos. (MARANHÃO-FILHO; MARTINS; GÓES, 2013).

Sabe-se que o TE acomete qualquer faixa etária com picos de incidência no final da adolescência e entre 45 e 50 anos (BORGES; FERRAZ, 2006). O diagnóstico é clínico e, em geral, só se faz necessário o tratamento quando o TE interferir com a qualidade de vida do doente (VIEIRA, 2005).

Nas últimas décadas houve grandes avanços na compreensão desta patologia, que era conhecida como “[...] distúrbio monossintomático caracterizado por tremor” (BORGES; FERRAZ; ANDRADE, 1994, p. 162), e hoje já se sabe que o TE é uma doença heterogênea com características motoras e não-motoras cada vez mais conhecidas. (JHUNJHUNWALA; PAL, 2014). Para Louis (2010) as características não-motoras observadas são psiquiátricas e cognitivas. Dentre as manifestações psiquiátricas ele cita: “[...] traços específicos de personalidade, ansiedade, fobia social e sintomas depressivos.” (LOUIS, 2010, p.145).

Neste estudo trataremos da fobia social que segundo o critério (A) do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Caracteriza-se por apresentar:

Um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho em que a pessoa se encontra exposta a desconhecidos ou possível avaliação por outras pessoas. O indivíduo teme comportar-se de maneira humilhante ou embaraçosa (ou mostrar sintomas de ansiedade). (American Psychiatric Association, 1987). Segundo Ramos (2011), a lista de situações mais temidas por pacientes com Fobia Social inclui:

[...] falar, comer ou beber em público, escrever ou assinar na frente de estranhos, usar banheiros públicos, conversar com estranhos (pedir informações, por exemplo), falar com pessoas do sexo oposto, ser o último a chegar a uma reunião e chamar a atenção de todos ou mesmo ser olhado fixamente por alguém. (RAMOS, 2011, p.97).

O constrangimento também é bem presente no tremor essencial, sendo considerado um dos motivos para indicação de tratamento farmacológico. (PINTO, 2013, p.23). Para Traub et al (2010, p. 662), “O constrangimento pode contribuir de forma importante para a baixa qualidade de vida em pacientes com distúrbios de movimento externamente visíveis, incluindo o TE”.

Levando em consideração o constrangimento e o afastamento social gerados pela doença, consideramos importante investigar as influências destes fatores nos papéis



ocupacionais de pessoas com tremor essencial. Segundo a American Occupational Therapy Association (AOTA, 2010, p.78) “Papéis são conjuntos de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura e que podem ser, além disto, conceituados e definidos pelo cliente”.

## **OBJETIVO**

Nossos objetivos foram: Investigar o grau de constrangimento gerado pelo tremor essencial, verificar a associação de Fobia Social na amostra de pacientes e analisar a interferência de ambos aspectos nas escolhas e participação nos papéis ocupacionais dos indivíduos com esta patologia.

## **MÉTODO**

O presente estudo é uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal e caráter exploratório. Foi desenvolvido no ambulatório de neurologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e Centro Médico Maurus Holanda, na cidade de João Pessoa-Paraíba. As variáveis estudadas são severidade da doença e localização do tremor, grau de fobia social, grau de constrangimento, e papéis ocupacionais. Foram convidados a participar da pesquisa os sujeitos que corresponderam aos critérios de inclusão: ter diagnóstico clínico de Tremor Essencial, ter idade superior ou igual a 18 anos, aceitar participar da pesquisa e assinar termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Indivíduos com tremor secundário a outros transtornos clínicos / neurológicos ou psiquiátricos foram excluídos.

Os sujeitos foram submetidos a uma consulta com médico neurologista para avaliação do grau e localização do tremor através da escala Clinical Rating Scale For Tremor. Também responderam a Escala de Fobia Social, Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais e a escala Essencial Tremor Embarrassment Assessment.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **PERFIL DOS SUJEITOS**

Foram atendidos 14 indivíduos com características de tremor essencial, sendo 11 no ambulatório de neurologia do HULW e 2 no Centro Médico Maurus Holanda, um

destes não foi incluído na população do estudo por apresentar tremor decorrente de outra doença neurológica.

Dos sujeitos selecionados 54% eram do sexo feminino e 46% do sexo masculino. Quanto à escolaridade, a maior parte dos indivíduos apresentou nível superior incompleto 54%, seguido por pessoas com segundo grau completo 23%, 8% das pessoas possuíam primeiro grau completo, 8% incompleto e 7% das pessoas nunca estudaram.

### **PERFIL DA DOENÇA**

Quanto ao tempo dos sintomas, 39% dos sujeitos relataram ter tremores com duração de 1 a 5 anos, 31% dos sujeitos de 5 a 10 anos, 15% dos sujeitos tinha tremores de duração entre 10 a 15 anos e 15% tinham tremores há mais de 15 anos.

Verificou-se a presença de tremor nos membros superiores direito e esquerdo, membros inferiores direito e esquerdo, tremor de cabeça, tremor lingual e tremor facial. Na avaliação do tipo de tremor nos sujeitos, verificou-se que todos os sujeitos apresentaram tremor postural, onze pessoas apresentaram tremor de ação e duas pessoas apresentaram tremor de repouso. Logo, existe superposição entre os tipos de tremor nos sujeitos estudados.

Observa-se no gráfico acima que a maior parte das pessoas apresentaram a combinação de tremor postural e de ação (nove pessoas), duas pessoas apresentaram apenas tremor postural, 2 pessoas apresentaram superposição dos três tipos de tremores.

### **FOBIA SOCIAL, CONSTRANGIMENTO E PAPÉIS OCUPACIONAIS**

Os resultados demonstraram que seis sujeitos apresentam algum grau de fobia social: três pessoas com fobia social moderada, duas grave e uma muito grave. Na avaliação do constrangimento verificou-se que 92% dos indivíduos consideram o seu tremor constrangedor. Dentre as situações mais constrangedoras, 100% dos sujeitos relataram ficar constrangidos pelo tremor porque outras pessoas podem pensar que o mesmo está nervoso, 92% relataram ficar constrangidos porque o tremor chama atenção de estranhos, 92% relataram ficar constrangidos pelo tremor quando tem que falar na frente de um grupo. Vinte e três por cento das pessoas avaliadas relataram evitar situações sociais por causa do tremor.

Na avaliação dos papéis ocupacionais, observamos que os sujeitos (n=13) apresentaram maior número absoluto de papéis no passado e no futuro, tendo uma redução de número de papéis ocupacionais no presente.

O paciente com tremor mais acentuado apresentou maior grau de fobia social, maiores escores de evitação e maior perda de papéis no presente. Esse foi o segundo indivíduo com maior grau de constrangimento da amostra.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos resultados preliminares onde se verifica a presença de fobia social em diferentes graus nesta população, sendo que o constrangimento esteve presente de maneira mais significativa. Também observamos a redução de papéis ocupacionais no presente, ou seja, o número de papéis no presente em comparação com o número de papéis desenvolvido no passado diminuiu consideravelmente nesta população. Também foi possível observar uma maior redução de número de papéis ocupacionais no sujeito com maior grau de fobia social, o que pode ser sugestivo de interferência desfavorável do tremor nos papéis ocupacionais das pessoas.

A principal limitação do trabalho foi o tamanho da amostra. Estudo com a expansão desta amostra está sendo conduzido neste momento.

## REFERENCIAS

1. AOTA, **Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo** – 2.<sup>a</sup> ed. Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba – MG, v.3. n.1, p. 57-147, jul./ dez. 2010.

2. BORGES, V.; FERRAZ, H.B.; ANDRADE, L.A.F. **Tremor essencial: Caracterização clínica de uma amostra de 176 paciente**. V. 52, N. 2, Pg. 161-165, jun, 1994. Disponível em:

< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004282X1994000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X1994000200005)>

Acesso em: 20 mai. 2015.

3. FERNANDEZ, K.M. et al. **Gait initiation impairments in both Essential Tremor and Parkinson's Disease**. Gait Posture, v. 38, n.4, pg.956-961, set., 2013. Disponível em: < FERNANDEZ, K.M. et al. Gait initiation impairments in both Essential Tremor

and Parkinson's Disease. *Gait Posture*, v. 38, n.4, pg.956-961, set., 2013.> Acesso em: 08 abr. 2015.

4. JHUNJHUNWALA, K.; PAL, P.K. **The Non-motor Features of Essential Tremor: A Primary Disease Feature or Just a Secondary Phenomenon?**. Tremor and other hyperkinetic movements, v. 4, pg 1-12, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.tremorjournal.org/index.php/tremor/article/view/255/html-3>> Acesso em: 30 mai.2015.

5. LOUIS, E.D.; RIOS, B.S.; HENCHCLIFFE, C. **How are We Doing With the Treatment of Essential Tremor (ET)? Persistence of ET Patients on Medication: Data from 528 Patients in Three Settings.** *Eur J Neurol*. V. 17, N. 6, Pg. 882-884, jun., 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2009.02926.x/abstract>> Acesso em: 20 mai. 2015.

6. MARANHÃO FILHO, P.; MARTINS, M.; GÓES, C. **Desordens do movimento: 40 aspectos e muitas dicas: Neurosemiologia.** *Rev Bras Neurol*, V.49, N.1, Pg. 3-12, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2013/v49n1/a3591.pdf>> Acesso em: 08 abr. 2015.

7. RAMOS, RT. **Como Diagnosticar e Tratar Fobia social.** *RBM*, V 68, N 12, Pg. 97-101, Dez 2011. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4955](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4955)> Acesso em: 30 mai. 2015.

8. TRAUB, et al. **Development of an Essential Tremor Embarrassment Assessment.** *Parkinsonism Relat Disord* . v. 16, n.10, pg. 661–665, dez. 2010.

9. VIEIRA, S. **Tremores.** *Rev Port Clin Geral*, v. 21, n. 1, pg. 61-70, 2005. Disponível em: <[http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path\[\]=10109&path\[\]=9846](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path[]=10109&path[]=9846)> Acesso em: 20 mai. 2015

10. YU, Mia. et al. **Increased Number of Purkinje Cell Dendritic Swellings in Essential Tremor.** Eur J Neurol, v.19, n.4, Pg. 625-630. Abr., 2012. Disponível em: <YU, Mia. et al. Increased Number of Purkinje Cell Dendritic Swellings in Essential Tremor. Eur J Neurol, v.19, n.4, Pg. 625-630. Abr., 2012.> Acesso em: 08 abri. 2015.
11. ZEIGELBOIM, BS; MITTELMANN, C. **Avaliação vestibular no tremor essencial.** Rev CEFAC, São Paulo, v.10, n.2, Pg. 233-237, abr-jun, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a13v10n2.pdf>> . Acesso em: 08 abr. 2015.