



Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

**Saberes e
Competências
em Fisioterapia e
Terapia Ocupacional 2**

Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

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

Ciências Biológicas e da Saúde

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

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

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

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

Conselho Técnico Científico

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S115	Saberes e competências em fisioterapia e terapia ocupacional 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Anelice Calixto Ruh. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-471-9 DOI 10.22533/at.ed.719191007 1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. 3. Saúde. I. Ruh, Anelice Calixto. II. Série. CDD 615
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

A Fisioterapia e a Terapia Ocupacional eram vistas como profissões secundárias na saúde pública, mas de uns anos para cá se tornaram primordial nas equipes de atenção primária a saúde, incluindo serviços de emergência e urgência, prevenção e tratamento.

Como estes profissionais dispensam uma atenção e contato direto com o paciente, devem estar atentos a sua forma de trabalho e carga horária. Estas condições e as formas de organização do processo de trabalho podem proporcionar equilíbrio e satisfação, como podem gerar tensão, insatisfação e conseqüentemente adoecimento do trabalhador. Neste volume encontramos uma revisão muito importante a cerca deste tema ainda não explorado.

No âmbito da terapia ocupacional a música se torna um instrumento de reabilitação, reinserção, tratamento e prevenção de muitos desvios comportamentais principalmente dos jovens.

Alvo de discriminação pessoas com problemas de saúde mental eram excluídas da sociedade. Mas as práticas de cuidado em saúde mental atualmente têm demonstrado experiências positivas de inclusão social por meio de diversos dispositivos, dentre eles o trabalho, confirmando uma estratégia potente no processo de emancipação e de autonomia das pessoas com transtornos mentais.

Ainda neste volume encontramos artigos sobre doenças relacionadas ao envelhecimento.

Se atualize constantemente!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES CRÍTICOS	
Geiferson Santos do Nascimento Keli Nascimento de Araújo Railton da Conceição Menezes Silviane Passos Monteiro	
DOI 10.22533/at.ed.7191910071	
CAPÍTULO 2	14
SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Cleide Lucilla Carneiro Santos Carlito Lopes Nascimento Sobrinho Gabriella Bene Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.7191910072	
CAPÍTULO 3	30
FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS FISIOTERAPEUTAS EGRESSOS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	
Alana Maiara Brito Bibiano Emanuella Pinheiro de Farias Bispo Marília Martina Guanaany de Oliveira Tenório Roberto Firpo de Almeida Filho Michelle Carolina Garcia da Rocha	
DOI 10.22533/at.ed.7191910073	
CAPÍTULO 4	40
A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: ANALOGIA ENTRE A PROPOSTA DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E UMA REALIDADE NA REGIÃO AMAZÔNICA	
Geiferson Santos do Nascimento Isabella Naiara de Almeida Moura	
DOI 10.22533/at.ed.7191910074	
CAPÍTULO 5	54
HIP HOP E TERAPIA OCUPACIONAL : IDENTIDADE, CONSCIENTIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE JOVENS	
Heliana Castro Alves Natasha Pompeu de Oliveira Aline Dessupoio Chaves	
DOI 10.22533/at.ed.7191910075	
CAPÍTULO 6	67
DELINEANDO O CAMINHO: SELECIONANDO DESCRITORES PARA REVISÃO INTEGRATIVA NO ÂMBITO DA TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL	
Yuri Fontenelle Lima Montenegro Chrystiane Maria Veras Porto Marilene Calderaro Munguba	
DOI 10.22533/at.ed.7191910076	

CAPÍTULO 7	78
TERAPIA OCUPACIONAL E O MOVIMENTO DE ARTES E OFÍCIOS: UMA PROPOSTA ONTOLÓGICA DO FAZER ARTESANAL	
Geruza Valadares Souza Marcus Vinicius Machado de Almeida	
DOI 10.22533/at.ed.7191910077	
CAPÍTULO 8	98
IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSOS FORMATIVOS POR MEIO DE CENTROS REGIONAIS DE REFERÊNCIA PARA AGENTES E TRABALHADORES ATUANTES NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS	
Andrea Ruzzi-Pereira Paulo Estevão Pereira Ailton de Souza Aragão Rosimar Alves Querino Erika Renata Trevisan	
DOI 10.22533/at.ed.7191910078	
CAPÍTULO 9	109
O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL PARA A ARTICULAÇÃO TERRITORIAL NO ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS	
Ailton de Souza Aragão Rosimár Alves Querino Erika Renata Trevisan Andrea Ruzzi Pereira Paulo Estevão Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.7191910079	
CAPÍTULO 10	126
ITINERÁRIOS EM SAÚDE MENTAL: TENDÊNCIAS E NECESSIDADES	
Raphaela Schiassi Hernandes Genezini Bianca Gonçalves De Carrasco Bassi	
DOI 10.22533/at.ed.71919100710	
CAPÍTULO 11	141
OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA EM SAÚDE MENTAL: INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO	
Erika Renata Trevisan Ana Cláudia Ramos Fidencio Andrea Ruzzi Pereira Ailton de Souza Aragão Paulo Estevão Pereira Rosimar Alves Querino	
DOI 10.22533/at.ed.71919100711	
CAPÍTULO 12	155
ENSAIO TEÓRICO-PRÁTICO EM TERAPIA OCUPACIONAL:REINVENTANDO LUGARES E ESCOLHAS OCUPACIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	
Rita de Cássia Barcellos Bittencourt Luiz Antonio Pitthan	
DOI 10.22533/at.ed.71919100712	
CAPÍTULO 13	169
APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM POSTURAL EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA	

DE PARKINSON (EAIP-DP): ESTUDO PILOTO

Milena Velame Deitos
Karen Valadares Trippo

DOI 10.22533/at.ed.71919100713

CAPÍTULO 14 183

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON TRATADOS COM EXERGAME: UMA SÉRIE DE CASOS

Karen Valadares Trippo
Carolina Ferreira Oliveira
Daniel Dominguez Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.71919100714

CAPÍTULO 15 200

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) PROVENIENTES DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE MAIA (HRTM)

Oziel Tardely Sousa Farias
Vinícius Carlos de Oliveira Amorim
Pablo de Castro Santos

DOI 10.22533/at.ed.71919100715

CAPÍTULO 16 215

AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO E MOBILIDADE EM IDOSOS COM GONARTROSE

Jhonata Clarck Rodrigues da Silva
Dominique Babini Lapa de Albuquerque
Dianny Dairly Barbosa de Lucena

DOI 10.22533/at.ed.71919100716

SOBRE A ORGANIZADORA..... 223

A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES CRÍTICOS

Geiferson Santos do Nascimento

União das Escolas Superiores
de Rondônia – UNIRON
Porto Velho-RO

Keli Nascimento de Araújo

União das Escolas Superiores de
Rondônia – UNIRON
Porto Velho-RO

Railton da Conceição Menezes

União das Escolas Superiores
de Rondônia – UNIRON
Porto Velho-RO

Silviane Passos Monteiro

União das Escolas Superiores de
Rondônia – UNIRON
Porto Velho-RO

RESUMO: Com o decorrer dos anos verificou-se a necessidade uma assistência eficaz na unidade de terapia intensiva tanto terrestre, quanto aérea, para assim atender as demandas assistenciais emanadas da população nacional. Com isso o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 895, de 31 de Março de 2017, determina a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), implementada a ponderação gradual ao paciente crítico. O presente estudo tem por objetivo analisar a importância da inserção do profissional fisioterapeuta na equipe

multiprofissional de transporte aéreo. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de análise de conteúdo, realizado nas equipe multiprofissional, em uma empresa Privada existente na cidade de Porto Velho, no estado de Rondônia. A amostra foi composta por dois profissionais, sendo um Médico e um Enfermeiro, munido de acordo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética da União Educacional do Norte (CEP/UNINORTE), parecer nº 1.737.830, no qual foi aprovado conforme CAAE nº 51679315.2.0000.0010. O vigente estudo conceitua e evidencia diante da percepção de explicações dentre os profissionais operantes no transporte aéreo, o qual reconhece a viável inserção do profissional fisioterapeuta no transporte aeromédico, perante o mesmo conter habilidades técnicas teóricas/práticas do ventilador mecânico, concebendo desta forma um manejo eficiente e conseqüentemente levando uma melhor assistência ao paciente crítico. Assim sendo, espera-se a subsequente inserção diante de todo esse estudo, onde efetua as competências e conhecimentos atestado ao profissional fisioterapeuta, se adentrado à equipe multiprofissional aeromédica.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Transporte de pacientes. Serviços Médicos de Emergência. Cuidados Críticos. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT: Over the years it has become necessary to provide effective assistance to the intensive care unit, both terrestrial and aerial, in order to meet the care needs of the national population. With this, the Ministry of Health, through ordinance no. 895, of March 31, 2017, determines the Intensive Care Unit (ICU), implemented the gradual weighting to the critical patient. The present study aims to analyze the importance of the insertion of the professional physiotherapist in the multiprofessional team of air transport. This is a qualitative, descriptive study of content analysis carried out in the multiprofessional team, in a private company in the city of Porto Velho, in the state of Rondônia. The sample consisted of two professionals, one physician and one nurse, provided in accordance with Resolution 466/12 of the National Health Council and was approved by the Ethics Committee of the Northern Educational Union (CEP / UNINORTE), opinion no. 1,737 .830, in which it was approved according to CAAE nº 51679315.2.0000.0010. The present study conceptualizes and evidences before the perception of explanations among the professionals operating in the air transport, which recognizes the viable insertion of the professional physiotherapist in the aeromedical transport, before the same contain theoretical / practical technical skills of the mechanical ventilator, thus conceiving a handling efficient and consequently leading to better care for the critical patient. Therefore, it is expected the subsequent insertion in front of all this study, where it realizes the skills and knowledge certified to the professional physiotherapist, if it enters the multiprofessional aeromedical team.

KEYWORDS: Physiotherapy. Transport of patients. Emergency Medical Services. Critical Care. Human Resources in Health.

1 | INTRODUÇÃO

O transporte aéreo é utilizado como um meio de deslocamento por uso de aeronaves, onde a estratégia principal é realizar um rápido atendimento ao paciente, sendo ele em situação instável ou estável (PASSOS et al. 2011). Teve seu início em 1870 na Guerra Franco prussiano e se estendeu até a Guerra do Vietnã e Coréia em 1950, contudo só alcançou notoriedade em meados de (1914-1918) até então durante a Primeira Guerra Mundial, visando assim o rápido manejo e assistência emergencial dos soldados feridos do campo de batalha ao atendimento hospitalar (DIAS & PENNA, 2014).

Segundo dados científicos atuais, o transporte por meio de aviação, tornou-se compreensível o desenvolvimento do transporte aéreo de pacientes críticos nos últimos anos, sendo o meio de locomoção que abrange áreas urbanas e rurais, que tornam-se de difícil acesso para o transporte terrestre (ALMEIDA & COSTA, 2012).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nº 392, de 04 de Outubro de 2011, dispõe à atuação do fisioterapeuta na especialidade de terapia intensiva, sendo o fisioterapeuta habilitado e tendo domínio em realizar execuções de atividades, mobilizações e exercícios respiratórios, a fisioterapia

no paciente crítico, seja no âmbito intra-hospitalar ou extra-hospitalar, pensando na remoção do paciente o fisioterapeuta tem como dever observar um fator de suma importância na fisiologia desse paciente, está falando da redução volume pulmonar, a fim de atuar diretamente na prevenção e tratamento na redução desse volume pulmonar (BRASIL, 2011). Onde durante o processo do transporte aéreo do paciente crítico, o mesmo se torna de extrema importância para determinada resolutividade na transferência deste paciente, diante disto tornando-se hábil de premissas, conhecimentos técnicos e práticos na área da ventilação mecânica (CARNEIRO et al., 2017).

O fisioterapeuta, portanto tem competência e habilidades em atuar na ventilação mecânica, desde o preparo a remoção do paciente crítico no transporte aéreo, se tratando de adversidades que podem ocorrer nesse decurso, como a redução do volume pulmonar, que tem como principal consequência o colapso alveolar e resultando também na redução da capacidade residual funcional (CRF), conseqüentemente pode causar hipoxemia, vindo com aporte de infecções e danos pulmonares, tornado premissa a inclusão do profissional fisioterapeuta na pratica desses recursos terapêuticos (FRANÇA et al., 2012).

Com base nas diferentes estratégias realizadas para favorecer e suprir as necessidades primordiais de pacientes críticos transportados, a equipe multiprofissional, atua de forma prudente levando em consideração as alterações fisiológica que podem ocorrer decorrente das grandes altitudes durante o voo, até mesmo pelo estado hemodinâmico em que o paciente encontra-se (BEARD et al., 2016).

Atualmente encontram-se poucos estudos acerca do transporte aéreo do paciente crítico, tão pouco afirmando sobre a atuação do profissional fisioterapeuta, o que torna esse estudo ainda mais abrangente no âmbito geral. Mediante essa escassez este estudo irá agrupar e reunir um apanhado de informações quanto à inclusão do fisioterapeuta na equipe do transporte aéreo do paciente crítico, agregando assim entendimento sobre o assunto proposto.

Desse modo, o objetivo deste estudo é analisar a importância da inserção do profissional fisioterapeuta na equipe multiprofissional de transporte aéreo, mediante a percepção dos outros profissionais já atuantes nesta equipe, tendo em vista suas habilidades em atuar de forma conjunta e propícia em todos os níveis de atenção à saúde.

2 | MÉTODO

Estudo com interpelação qualitativa, de característica exploratória da análise do conteúdo, busca-se compreender a concepção de um grupo e/ou classe social sobre algo a ser estudado. Um método organizado trará ao pesquisador um planejamento eficiente de hipóteses e ideias, assim a análise do conteúdo assimila-se de técnicas

de pesquisa que possibilita, de forma clara, a explicação das mensagens e dos procedimentos atrelados ao contexto geral, o que faz desses elementos pertinentes a estudos exploratórios (CAVALCANTE et al., 2014).

A forma de execução da amostra ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada, onde o entrevistador iniciou-se um questionamento inicial e o entrevistado discorreu de forma livre sobre o assunto abordado, ressaltando que no decorrer da entrevista o entrevistado poderia ser questionado em caso de dúvida do entrevistador.

A amostra foi composta por 02 (dois) profissionais sendo um Médico e um Enfermeiro que atuem na equipe multiprofissional do transporte aéreo dentro de uma Empresa Privada, no estado de Rondônia, dentro da Amazônia Ocidental, sendo elegido de forma aleatória por meio de um sorteio, onde este foi realizado com a presença do responsável da equipe, no qual foram descritos os nomes dos profissionais, tendo-se 2 sorteios, um para a escolha do enfermeiro e outro para a escolha do médico, sorteio este que aconteceu por um dos pesquisadores contingente da pesquisa, tornando-se inclusivo colaboradores que não tenham vínculo com nenhuma outra entidade de transporte aéreo, os mesmos devem estar atuando na equipe multiprofissional do transporte aéreo em no mínimo 01 ano, ter curso de atuação na equipe multiprofissional do transporte aéreo. Excluídos os profissionais que estão atuando na equipe multiprofissional do transporte aéreo com um período menor de 01 ano, colaboradores que tenham vínculo com outra entidade de transporte aéreo e que não tenham curso de atuação na equipe multiprofissional do transporte aéreo.

O vigente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da União Educacional do Norte (CEP/UNINORTE), parecer nº 1.737.830, no qual foi aprovado conforme CAAE nº 51679315.2.0000.0010. Os procedimentos introduzidos e informações empregadas como critérios de estudo, seguiram rigorosamente a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que preserva e regula as informações, confidência e reserva a integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual dos seres humanos na área da saúde (BRASIL, 2012).

O processo de coletas de dados foi executado em novembro de 2018, por uso da câmera de um aparelho celular para obter-se áudio, sendo sua marca Samsung Galaxy A8. Para melhor performance dos dados coletados, foi empregue a ficha de documentação, em propositura com Flick (2004) com o objetivo de manter de modo geral a coleta de dados detalhada e organizada.

No qual o presente estudo foi dividido em cinco etapas: pré-análise, Entrevista Narrativa, Transcrição, Transcrição e Análise do Conteúdo.

Pré- análise é a fase inicial, onde se estabelece a organização de todo o material se constitui de um delineamento de imposições essenciais e primordiais para a formulação de indicativos que conduzem a interpretação final. O que compreende a leitura flutuante fase esta que é composta pelo primeiro contato dos registros no qual serão analisados, e a elaboração de hipóteses e objetivos que irão direcionar uma

melhor compreensão dos dados (BARDIN, 2011).

Será necessário que os dados a serem analisadas estejam de acordo com as seguintes etapas: Exaustividade, que está ligada inteiramente ao fato de não deixar de lado quaisquer que seja o motivo dos elementos coletados, a homogeneidade que os documentos utilizados devem manter uma igualdade de ideias, obedecendo aos parâmetros e critérios de coleta e pôr fim a pertinência, que compreende a verificação dos documentos com o propósito de averiguar se a fonte documental se adequa ao objetivo proposto pela análise (SILVA & FOSSA, 2015).

A fase que compreende a entrevista narrativa caracteriza-se como métodos semi estruturados, almejando a profundidade de aspectos específicos, a partir do qual o entrevistado relata sua percepção sobre o assunto abordado, a influência do entrevistador nas narrativas deve ser mínima, seguindo sempre um parâmetro de organização do começo ao término da entrevista (MUYKAERTE et al. 2014). A fase de transcrição será transcrito tudo o que foi relatado pelo entrevistado, integrando as alterações defeituosas das normas de linguagem padrão, vícios de linguagens, barbarismos. Nesta etapa é primordial analisar e correlacionar à entrevista realizada e o texto transcrito para verificar se apresentam concordância (FLICK, 2004).

Ao longo do estágio da transcrição, se faz preciso a reprodução da entrevista, tirando assim as manias de linguagens e termos não utilizáveis na fase de investigação do estudo e que garanta uma análise compatível do dialogado em similaridade com o objeto da entrevista. Entende-se, no entanto que esse estágio permite um refinamento de informações e absorção das mesmas (BARDIN, 2011).

A fase da análise de dados se torna uma fase de suma importância no andamento da pesquisa, tendo como objetivo estabelecer um melhor entendimento e formulação, a fim de permitir de forma minuciosa uma vasta gama de informações do tema investigado (TAQUETTE, 2016). Esta etapa constitui-se a análise do conteúdo, um procedimento direcionado por técnicas que dispõem-se em verificar a concepção de uma exposição (verbal ou não-verbal) por intermédio dos princípios e fundamentos que constituem-se a comunicabilidade, onde a entrevista e as partes fundamentais tornam-se importantes no esclarecimento da ideia principal do estudo (MINAYO, 2007).

Para garantir a integralidade da identificação dos participantes, os mesmos foram caracterizados como Entrevistado I e Entrevistado II, mantendo a identificação oculta.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A portaria nº 895, de 31 de Março de 2017, que determina a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), implementa a ponderação gradual ao paciente crítico ou delicado, com os fundamentos de clareza para admissão e alta, como categorização e habilidades de leitos de terapia intensiva adulta, pediátrica, queimados, cuidados intermediários e parâmetros no sistema único de saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Em vista disso, e através das aptidões intituladas ao profissional fisioterapeuta, de acordo com a resolução nº 402, 03 de Agosto de 2011 (BRASIL, 2011), foram destacadas recorte da entrevista com a finalidade de consumir a conformidade da legislação com a percepção dos outros profissionais sobre a possível inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional do transporte aéreo, com fundamento nos dados adquiridos, conforme tabela 1.

DEFINIÇÃO	PERGUNTAS EMBASADAS NA LEGISLAÇÃO PARA ATUAÇÃO NO TRANSPORTE CRÍTICO
Trecho I	De acordo com a experiência adquirida no decorrer da prática da transferência aeromédica, propõem-se a viabilidade da atuação do fisioterapeuta para com o paciente crítico?
Trecho II	No decurso da inclusão de um novo membro para a equipe multiprofissional do transporte aéreo ocorre determinado protótipo específico de capacitação sobre o ventilador mecânico e suas atribuições?
Trecho III	O manuseio eficiente do ventilador mecânico durante o transporte acarreta-se na diminuição dos óbitos se levando em consideração as alterações fisiológicas que podem ocorrer durante o transporte aéreo?
Trecho IV	Se tratando de transporte aéreo um ponto fundamental em norteia-se, seria o espaço da aeronave, e se isso pode ser um ponto chave em relação a equipe multiprofissional ser formada apenas pelo médico e enfermeiro?
Trecho V	Dá-se ênfase e argumentação para com o assunto questionado: A percepção dos profissionais atuantes da equipe multiprofissional do transporte aéreo, sobre a inserção do Fisioterapeuta junto à equipe.

Tabela 1. Indagações relevantes levantadas durante a entrevista

Os resultados foram obtidos através de analogia entre os questionamentos e as manifestações dos entrevistados, conforme consta na tabela 2.

DEFINIÇÃO	ENTREVISTADO I	ENTREVISTADO II
Trecho I	[...]A atuação do fisioterapeuta no transporte aéreo se torna de fundamental importância devido as várias patologias relacionadas ao sistema respiratório, abrangendo assim uma das áreas que é de competência do mesmo, sendo de competência do fisioterapeuta atuar na parte fisiológica e clínica envolvendo a parte respiratória com manobras que são de qualificação do fisioterapeuta, o paciente precisa encontrar-se hemodinamicamente estável para sua segurança, mais isso não o livra de em algum momento durante o transporte, ocorrer algumas intercorrências, [...].	[...] O Fisioterapeuta poderia atuar durante o período de transporte aéreo, seria na ventilação mecânica. Porém a ventilação mecânica fica a encargo do médico, A equipe do transporte atua precocemente, onde executam os procedimentos necessários em solo para que não ocorram intercorrências, emergências durante o vôo [...].
Trecho II	[...]Um treinamento específico não existe para o transporte, mas é abordado módulos diferentes de ventilação mecânica, exemplo modo PSV sua funcionalidade e modo de aplicação, modo CVC sua função e aplicabilidade, então são abordados esses parâmetros ventilatórios o que retrata diretamente na função da PEEP, respiração, numeração do ventilador e pontuação no que se refere diretamente na fisiologia do paciente [...].	[...] A equipe do transporte aéreo é selecionada com cautela, pois a equipe torna-se uma Unidade de terapia Intensiva (UTI) aérea. Baseado nisso, são elegidos profissionais com um conhecimento assíduo em emergência e em UTI em solo, que já tenham conhecimento e uma carga de experiência em ventilação mecânica. Há uma grande limitação para alguns médicos e outros profissionais da área saúde que tem competência para o manuseio e utilização do ventilador mecânico e manejo das vias aéreas, portanto existe uma limitação nesse sentido, pois não é qualquer profissional que executará sua função com eficiência[...].
Trecho III	[...] Não há um meio concreto de informar que o manuseio eficiente do ventilador mecânico durante o vôo, diminuiria o número de mortalidade pelo fato do índice de mortalidade em vôo já ser baixo, mas se tem um profissional qualificado para exercer a função, por que não exercer? [...].	[...] É primordial um manuseio eficiente do ventilador para com a diminuição dos óbitos, em razão das alterações fisiológicas que este paciente está predisposto durante o transporte aéreo, isto posto o profissional que esteja manuseando a ventilação mecânica de determinado paciente, necessita de uma base extraordinária de condições clínicas e fisiológicas, para que sua função seja exercido com êxito[...].
Trecho IV	[...]O espaço reduzido da aeronave não seria um empecilho para a inserção do fisioterapeuta, pelo fato de que uma das atribuições que a ANAC preza é a segurança dos tripulantes, ou seja, qualquer procedimento deve ser executado na posição sentado com o uso de cinto de segurança, no caso que possa vir a acontecer qualquer eventualidade. Então se o espaço permite o médico e o enfermeiro porque não o fisioterapeuta? Se o espaço é existente[...]”.	[...] O ambiente identificado no transporte aéreo, no interior da aeronave é muito restrito, a equipe encontra-se em um ambiente exíguo complexo até para realizar qualquer procedimento dentro da aeronave. A equipe do transporte atua precocemente, onde executam os procedimentos necessários em solo para que não ocorram intercorrências, emergências durante o voo, e se ocorrer os profissionais precisam estar eminentemente preparados, uma vez que o ambiente em que eles se encontram é muito restrito [...]”.

Trecho V	<p>[...] Se tratando de equipe multiprofissional, é sempre bom destacar a importância de cada profissional, o que significa na atuação de todos os profissionais. Podemos apresentar a UTI que atua com os seguintes profissionais, nutricionista, fisioterapeuta, médico e o enfermeiro, com isso toda a equipe realiza trabalhar em conjunto para um melhor suporte ao paciente, e desses profissionais uma importância maior e mais cobrada são a enfermagem e a fisioterapia, duas áreas tão pouco valorizadas mais que são de extrema importância para o andamento da UTI, portanto se existe o fisioterapeuta em outras equipes de atuação, porque não no transporte aéreo? Se tem o médico atuante e o enfermeiro, tem que ter o fisioterapeuta, já que estamos tratando de parâmetros ventilatórios [...].</p>	<p>[...] O Fisioterapeuta tem competência de realizar todo o processo de ventilação mecânica, pois tem habilidades na metodologia fisiológica do segmento de respiratória do paciente. Entretanto na equipe multiprofissional do transporte aéreo necessita-se muito além de dominar parâmetros do ventilador mecânico, é indispensável à experiência clínica para que seja ofertado o necessário para o paciente naquele determinado momento. Encontram-se alguns profissionais que possuem habilidades em fisiologia, em contratempo dispõe de pouca aptidão em clínica do paciente, precisa-se ter uma harmonia entre as duas partes que são indispensáveis para a estabilidade hemodinâmica de qualquer paciente[...].</p>
----------	--	--

Tabela 2. Manifestações dos Entrevistados

O trecho I, expõe-se as ações multiprofissionais decorrentes do processo de translação visam-se a eficiência do manejo ao paciente crítico, oportunizou-se a presumível inserção do profissional fisioterapeuta. Realizou-se uma contrastação entre as duas partes e os recortes executados, enxerga-se a inexistência de compatibilidade de visão em ambos os profissionais da equipe multiprofissional do transporte aéreo. Mesmo não ocorrendo essa harmonização de ideias, os dois profissionais enaltecem e acham favorável a inserção do fisioterapeuta no transporte aéreo, seja ele no próprio manejo do paciente, como relatou o Entrevistado I, quanto na assistência da ventilação mecânica, em conformidade com o Entrevistado II, tendo como foco primordial a absorção de procedimentos e acompanhamentos de viabilizam o melhor atendimento ao paciente.

Barbas et al. (2014) comprova em seu estudo que o suporte ventilatório mecânico, seja ele invasivo ou não invasivo ao doente crítico traz consequências oportunas a qualidade da assistência ao paciente. Onde a ventilação mecânica contemporânea aponta que um suporte ventilatório com volumes correntes de 6ml/kg de peso predito, e com delta por meio da pressão de platô e a pressão expiratória final positiva (PEEP) superior a 15cmH₂O, evitam fatores como: colabamento das vias aérea e alveolar e assegura consequentemente uma troca gasosa satisfatória.

Jerre et al. (2007) a atuação fisioterapêutica multidisciplinar direcionada à terapia intensiva, engloba um amplo campo de intervenções no que se diz respeito ao tratamento intensivo, tendo como exemplo a assistência a pacientes que se encontram em estado crítico que não utilizam suporte ventilatório e também pacientes graves que estejam acoplado ao suporte ventilatório. Acredita-se que a fisioterapia respiratória utilizada em pacientes críticos tem o objetivo de prevenir ou tratar complicações respiratórias.

No trecho II evidencia-se quanto à possíveis treinamentos que pode-se ocorrer no momento em que um novo profissional é inserido na equipe multiprofissional do transporte aéreo. Analisando-se os fragmentos em acareação, salienta-se que não ocorre uma preparação específica do ventilador mecânico, junto à inclusão de novos componentes para a equipe multiprofissional do transporte aeromédico, visto que a empresa em questão, requer-se que os profissionais que são incluídos na equipe estejam adaptados quanto à utilização do ventilador mecânico e às suas atribuições. De acordo com os Entrevistados I e II, advém-se treinamentos de suporte básico para com o ventilador mecânico, como realçado os novos profissionais necessitam de uma base de conhecimento e experiência para o manuseio do equipamento.

Barbas et al. (2014) deve-se ser executado a ventilação mecânica de modo sistemático, adequado e seguro, com objetivo de preservar-se o paciente à uma lesão induzida pela ventilação mecânica. De acordo com o surgimento das novas tecnologias, sucedeu-se a imprescindibilidade de uma reunião de expertos envolvidos com o suporte ventilatório, incluído nestes o profissional Fisioterapeuta, com a finalidade de instruir os profissionais de UTÍ's nacionais, acerca de como conceder aos pacientes um suporte respiratório invulnerável e eficaz.

Moreira et al. (2015) emprega que o suporte ventilatório ao paciente crítico tem como a finalidade de propiciar repouso para os músculos respiratórios e reduzir o esforço, onde o princípio da ventilação mecânica é de transportara oxigenação ao paciente, que não tem capacidade de realizar a respiração que é indispensável para a preservação da vida.

No trecho III destaca-se sobre a eficiência do manuseio do ventilador mecânico para com a diminuição dos óbitos, relacionando as variações de condição clínica e fisiológica que o paciente está vulnerável durante o transporte aéreo. Contrapondo-se os trechos mencionados com os recortes empregados, nota-se a primordiabilidade de se ter uma vasta compreensão dos cuidados ligados a monitorização dos parâmetros ventilatórios, objetivando-se minimizar os efeitos adversos causados pelas alterações fisiológicas que este paciente está disposto durante o voo, com o intuito de estabilizar o controle das condições hemodinâmicas do paciente.

Schwonke et al. (2014) ao designar amparo ao paciente crítico sobre ventilação mecânica, é essencial que todos os membros da equipe estejam cientes de que devem trabalhar de forma eficiente e integrada buscando a melhor assistência ao debilitado. Em vista, os profissionais envolvidos no cuidado ao doente tenham ciência de que o ventilador trata-se de um equipamento com sensores elétricos que possui capacidade de detectar alterações fisiológicas, entretanto não possuem a capacidade de realizar condutas para como o paciente crítico, sendo essas condutas de atribuição dos profissionais.

Guyton & Hall (2006) os principais fatores pelas quais as adaptações fisiológicas ocorrem no ser humano são: O grande aumento na ventilação pulmonar, números aumentados de hemácias, aumento da capacidade de difusão dos pulmões,

vascularização aumentada dos tecidos periféricos e capacidade aumentada das células teciduais utilizarem oxigênio apesar da baixa pressão parcial de oxigênio (PO_2). A exposição constante à baixa pressão parcial de oxigênio (PO_2) estimula os quimiorreceptores arteriais, e isto aumenta a ventilação alveolar para um acréscimo de aproximadamente 1,65 vezes em comparação ao normal. Em consequência disso, a compensação acontece em fração de segundos para a altitude, e ela esporadicamente viabiliza à pessoa ascender vários milhares de metros mais alto do que seria aceitável sem a ventilação em aumento. O acréscimo repentino na ventilação pulmonar com a elevação para a altitude excreta uma extensa quantidade de dióxido de carbono (CO_2), reduzindo a pressão parcial de gás carbônico (PcO_2) e aumentando o potencial de hidrogênio (PH) dos líquidos corporais. Estas modificações inibem o centro respiratório de tronco cerebral e dessa forma opõem-se ao efeito da baixa PO_2 de estimular a respiração por meio dos quimiorreceptores arteriais periféricos nos corpos carotídeos e aórticos.

No trecho IV, discute-se sobre o espaço reduzido da aeronave do transporte aeromédico, sendo uma possível causa da não inclusão de outro profissional, no caso o fisioterapeuta na equipe multiprofissional, conforme. Ressaltando-se sobre o espaço da aeronave, deveras este ambiente restrito na visão da equipe multiprofissional.

Dias et al. (2017) afirma em seu estudo que mesmo havendo uma gama de pecúlios tecnológicos e com um engendramento de primeira linha no transporte aeromédico, faz-se uma suprema máxima de premissas de ambos os profissionais da equipe que desempenham a assistência. Com isso se faz preciso que os expertos atestem decisão e autoconfiança, tratando-se de um ambiente desafiador, a equipe fazendo-se diminuta e o primordial, o paciente acha-se dependente e crítico.

Em conformidade à resolução da ANAC (Agência Nacional de Aviação Civil) N° 280, de 11 de Julho de 2013 (BRASIL, 2013), no qual homologa os serviços de transportes aéreos e suas configurações de aeronaves no anexo II, fala que as aeronaves precisam estar em conformidade de acessibilidade dos órgãos responsáveis que às regem, e ainda ressalta aos operadores que deverão cumprir os requisitos selecionados na resolução em questão.

No trecho V, discorre-se sobre a percepção dos profissionais atuantes na equipe multiprofissional do transporte aéreo, relacionando-se à inserção do profissional Fisioterapeuta contíguo à equipe, onde abordaram-se os fatos alusivos de: o manejo eficiente do paciente que encontra-se em estado crítico, erudição de dados clínicos e fisiológicos que os profissionais podem deparar-se mediante ao paciente.

O conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional releva que conformidade com a resolução n° 402/2011 (BRASIL, 2011), o Fisioterapeuta especialista em Terapia intensiva, faz-se apto a executar a avaliação e monitorização dos parâmetros cardiorrespiratórios, até mesmo em circunstâncias em que o paciente crítico necessite de um deslocamento seja ele intra-hospitalar ou extra-hospitalar. Isto posto, o Fisioterapeuta intensivista é instruído ao conhecimento e domínio das áreas

disciplinares: Anatomia do sistema Cardiorrespiratório, fisiologia geral, fisiopatologia, identificação e manejo de contextos complexos e críticos e suporte ventilatório invasivo ou não-invasivo.

A Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), por meio do Parecer nº 01/2015 (ASSOBRAFIR, 2015), ressalta que o Fisioterapeuta pode fazer parte da equipe multiprofissional do transporte intra e extra-hospitalar, principalmente, em fatos ocasionais em que o paciente necessita do suporte ventilatório mecânico invasivo ou não-invasivo. Dentre as competências do Fisioterapeuta, sobressaem-se: ajuste e averiguação do desempenho do ventilador mecânico de transporte, conceder suporte ventilatório propício, reconhecimento de variações associadas à função ventilatória e procedimentos que afiancem uma apropriada interação entre paciente e ventilador, onde necessita-se que estas condutas estejam registradas no prontuário do paciente.

4 | CONCLUSÃO

Figura-se nos últimos anos a performance fisioterapêutica nas mais diversas áreas de atuação, simbolizando assim, um espaço que vem sendo trilhado e alcançado a nível de atividade e reconhecimento como profissão. Ilustra-se então, a possível inserção do profissional fisioterapeuta na equipe multiprofissional do transporte aéreo de pacientes críticos. Onde Identifica-se no relato dos entrevistados o quanto a fisioterapia respiratória é eficiente e importante na assistência ao paciente debilitado, afirmando com tudo através de vivências adquiridas no transporte aéreo e nas unidades de terapia intensiva terrestres.

O vigente estudo conceitua e evidencia diante da percepção de explicações dentre os profissionais a total aptidão do profissional Fisioterapeuta no trabalho em solo, ou até mesmo durante o transporte aeromédico, perante o mesmo conter habilidades técnicas teóricas/práticas do ventilador mecânico, concebendo desta forma um manejo eficiente e conseqüentemente levando uma melhor assistência ao paciente crítico.

É importante destacar a relevância desse estudo, não apenas em oferecer uma nova área de atuação fisioterapêutica, contudo somar a uma atual asserção com o tema proposto para a sociedade acadêmica vigente, levando em consideração a escassa linhagem de trabalhos publicados.

Isto posto, opina-se a importância do profissional fisioterapeuta, se inserido na equipe multiprofissional do transporte aéreo de pacientes críticos, destacando a necessidade de um maior apoio dos órgãos vigentes que subjugam a fisioterapia em terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA C. M. B. R. COSTA C. M. M. **A operação das companhias aéreas de baixo custo na Europa.** O caso da Ryanair. Rev. Turismo de desenvolvimento /n. 17/18., 2012.
- ASSOBRAFIR, Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva. **Parecer N° 001/2015. Ementa: Fisioterapia em Terapia Intensiva. Competência do Fisioterapeuta. Ventilação Mecânica. Assistência. Unidade de Terapia Intensiva. Atuação Profissional. Transporte Intra e Extra Hospitalar.** São Paulo, 24 de março de 2015.
- BARBAS C. S. V. ISOLA A. M. FARIAS A. M. C. CAVALCANTI A. B. GAMA A. M. C. DUARTE A. C. M. **Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013.** Parte I. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2014.
- BARBAS C. S. V. ISOLA A. M. FARIAS A. M. C. CAVALCANTI A. B. GAMA A. M. C. DUARTE A. C. M. **Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013.** Parte II. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2014.
- BARDIN L. **Análise do conteúdo.** São Paulo: Edição 70. 2011
- BEARD L. LAX P. TINDALL. M. **Efeitos fisiológicos na transferência de pacientes críticos.** *Anaesthesia Tutorial Of The Week.* Trad. Lúcio Flávio Felice, Diego Condagnone. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC Brasil, Mai, 2016.
- BRASIL, Agência Nacional de Aviação Civil. **Resolução N° 280, de 11 de Julho de 2013. Dispõe sobre os procedimentos relativos à acessibilidade de passageiros com necessidade de assistência especial ao transporte aéreo e da outras providências.** Diário Oficial da União nº 135, seção 1, pág.11, de 16 de julho de 2013 e no Boletim Pessoal e Serviço- BPS, V.8, nº 28S1 (Edição Suplementar) de 16 de julho de 2013.
- BRASIL, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução 392 de 04 de Outubro de 2011. Reconhece a Fisioterapia em Terapia Intensiva como especialidade do profissional fisioterapeuta e dá outras providências.** Diário Oficial da União, n. 192, 05 Out. 2011. Seção 1, p 160.
- BRASIL, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução nº 402 de 03 de Agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências.** Diário Oficial da União, n. 402, 03 Ago. 2011. Seção 1, p 160.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, n. 12 Brasília, DF, 13 Jul. 2013. Seção 1, p. 59.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 895, de 31 de Março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Diário Oficial da União nº 241, de 16 de dezembro de 2011, Seção 1, pág. 11.
- CARNEIRO T. A. DUARTE T. T. P. MAGRO M. C. S. **Transporte de paciente crítico: Um desafio do século XXI.** Rev.enferm UFPE online, Recife, Jan, 2017.
- CAVALCANTI R. B. CALIXTO P. PINHEIRO M. M. K. **Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método.** Inf. & Soc. :Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.
- DIAS C. P. FERREIRA F. L. CARVALHO V. P. **A importância do trabalho em equipe no transporte aéreo de pacientes.** Revista de enfermagem UFPE online, Recife, 11 (6):2408- 14, Junho, 2017.

- DIAS C.P. PENNA C. M. M. **Transporte aéreo: O cotidiano dos profissionais da saúde.** Revista Enfermagem UFPE online., Recife, 8(sup.2):3600-6, out., 2014.
- FLICK U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** trad. Sandra Netz – 2ª Ed. – Porto Alegre : Bookman, 2004.
- FRANÇA E. E. T. PATRÍCIA F. F. CALVACANTI F. R. PRATA A. D. B. AQUIM M. E. E. DASMASCENO M. C. P. **Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira.** Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(1):6-22.
- GUYTON A.C. HALL J. E. **Tratado de Fisiologia médica.** 11º. edição. Rio de Janeiro. Elsevier, 2006.
- JERRE G. BERALDO M. A. SILVA T. J. GASTALDI A. CONDO C. LEME F. **Fisioterapia no paciente sob Ventilação mecânica.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Vol. 19, nº 3, jul-set 2007.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo. Hucitec, 2007.
- MOREIRA F. C. TEIXEIRA C. SAVI A. XAVIER R. **Alterações da mecânica ventilatória durante a fisioterapia respiratória em pacientes ventilados mecanicamente.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2015.
- MUYLAERTE C. J. JUNIOR V. S. GALLO P. R. NETO M. L. R. REIS A. O. A. **Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa.** Ver Esc Enferm USP 2014; 48(Esp2):193-199 www.ee.usp.br/reeusp/.
- PASSOS I. P. B. D. TOLEDO V.P. DURAN E. C. M. **Transporte aéreo de pacientes: análise do conhecimento científico.** Revista Brasileira Enfermagem. Brasília. Nov./Dez.: 64 (6): 1127-31, 2011.
- SCHWONKE C. R. G. B. LUNARDI W. D. F. SILVA J. R. S. **Ambiente e Ventilação Mecânica: Uma reflexão possível.** Revista eletrônica trimestral de Enfermaria, nº 35. Julho, 2014.
- SILVA A. H. FOSSA M. I. T. **Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos.** Qualit@s Revista Eletronica ISSN 1677 4280 vol.17. No 1 (2015).
- TAQUETTE, S. **Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde: Investigação qualitativa em saúde.** Volume 2. Rio de Janeiro. Atas CIAIQ 2016.

SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Cleide Lucilla Carneiro Santos

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde (DSAU), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) Feira de Santana, Bahia, Brasil. Autora para correspondência: kleidelucylla@hotmail.com

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Médico. Doutor em Medicina. Professor na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

Gabriella Bene Barbosa

Dentista. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO: Introdução: O estudo das relações entre o trabalho do fisioterapeuta e a síndrome de *burnout* constitui-se um desafio para se entender o processo saúde doença desse profissional, por ser pouco conhecido na literatura nacional e internacional. Objetivo: Descrever a produção científica existente na literatura sobre a prevalência da síndrome de *burnout* e os fatores associados em fisioterapeutas. Metodologia: Foi utilizado o portal de periódicos da BVS, no qual estão incluídas as bases de dados: MEDLINE (PubMed), IBECs e LILACS, considerando-se o período de janeiro de 1980 a março de 2016. Os critérios de inclusão

foram: estudos com fisioterapeutas, originais, com delineamento transversal, populacionais e/ou amostrais, que utilizaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para a identificação da síndrome. Resultados: Dos 35 estudos encontrados que abordavam a síndrome de *burnout* na categoria fisioterapeuta, 13 estudos foram elegíveis para revisão, por atenderem os critérios de inclusão. Considerações Finais: Foi observado, na produção científica existente, uma heterogeneidade de achados de prevalência e de fatores associados ao *burnout* em fisioterapeutas. Sendo que não há consenso na literatura para a interpretação do questionário de Maslach. Observou-se ainda a adoção de variados pontos de corte para a definição das três dimensões do *burnout*. Sugere-se a adoção de uma interpretação consensual dos resultados do questionário de Maslach e a utilização de pontos de corte padronizados para a definição das dimensões da síndrome.

PALAVRAS-CHAVE: Esgotamento profissional. Fisioterapeutas. Revisão. Prevalência.

ABSTRACT: Introduction: The study of the relationship between the work of the physiotherapist and the *burnout* syndrome is a challenge to understand the health-disease process of this professional, being little known in national and international literature. Objective:

To describe the scientific papers in the literature about prevalence of *burnout* syndrome and associated factors among physiotherapists. Methods: The BVS journal portal was used, in which databases are included: MEDLINE (PubMed), LILACS and IBECs, considering the period from January 1980 to March 2016. Inclusion criteria were: studies with physiotherapists, original, with cross-sectional, population and / or sample, which used the *Maslach Burnout Inventory* (MBI) for identify the syndrome. Results: Of the 35 studies found that addressed *burnout* syndrome in the physiotherapist category, 13 studies were eligible for review, because they fit the inclusion criteria. Final considerations: The results observed in the existing scientific literature revealed a heterogeneous prevalence of findings and factors associated with *burnout* in physiotherapist. The results showed that there is no consensus in the literature for the interpretation of Maslach questionnaire. It was noted the adoption of various cutoff points for the definition of the three *burnout* dimensions. It is suggested the adoption of a consensual interpretation of the results of the Maslach questionnaire and the use of standard cutoff points to define the dimensions of the syndrome.

KEYWORDS: *Burnout*.Physical Therapists.Review.Prevalence.

1 | INTRODUÇÃO

A discussão sobre o trabalho e suas repercussões na saúde física e mental dos trabalhadores tem se intensificado nos últimos anos. Investe-se grande parte da existência na preparação e na dedicação ao trabalho, por representar um valor importante na vida do homem (LIMA et al., 2007). É uma atividade que interfere diretamente nos aspectos físicos, psíquicos e motivacionais dos trabalhadores e também sobre sua satisfação e sua produtividade (DEJOURS C, ABDOUCHELI E, 1994).

As condições e as formas de organização do processo de trabalho podem proporcionar equilíbrio e satisfação, como podem gerar tensão, insatisfação e conseqüentemente adoecimento do trabalhador (DEJOURS C, ABDOUCHELI E, 1994). Estudos apontam que há uma relação direta entre o estresse no trabalho e níveis elevados de fadiga, alterações do sono, problemas depressivos que podem gerar desequilíbrio na saúde física e psíquica dos trabalhadores e como conseqüência uma baixa na qualidade dos serviços prestados (LIMA et al., 2007); (ELIAS; NAVARRO, 2006); (GISBERT; LOS FAYOS; MONTESINOS, 2008).

O estresse no trabalho é compreendido na área de saúde ocupacional como um desequilíbrio entre as demandas que o exercício profissional exige e a capacidade de enfrentamento dessas demandas pelo trabalhador, ou seja, a resposta psicológica, fisiológica e emocional quando tenta adaptar-se as pressões do trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003); (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Por esse motivo, nas últimas décadas, tem-se estudado o estresse laboral que vem atingindo a saúde do trabalhador nos profissionais que mantêm relação direta e

constante com outras pessoas, como é o caso dos fisioterapeutas, que atuam no âmbito hospitalar no Brasil desde a década de 1980 (GISBERT; LOS FAYOS; MONTESINOS, 2008); (BENEVIDES-PEREIRA, 2010); (MENEZES, 2011). Esses fatores estressantes em profissionais que atuam em atividades assistenciais, com grau elevado de relação com o público, como é o caso da fisioterapia, tem sido estudado internacionalmente sob a denominação de síndrome de *burnout* (SB) (DONOHOE et al., 1993). Esta é uma síndrome psicológica provocada por estresse crônico relacionado ao trabalho em trabalhadores que apresentam contato direto e prolongado com outros seres humanos. No Brasil, recebeu a denominação de Síndrome do Esgotamento Profissional (NOGUEIRA, 2007); (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A descrição dessa expressão *staff burnout* foi criada por Freudenberg, em 1974, para relatar uma síndrome composta por exaustão, desilusão, isolamento e transtornos comportamentais verificados em trabalhadores assistenciais e descreve o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associado à falta de motivação e alto grau de insatisfação, decorrentes desta exaustão (BENEVIDES-PEREIRA, 2010); (CASTRO SÁNCHEZ et al., 2006). A definição do termo *burnout* é derivada, do termo inglês, como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, ou seja, aquilo ou aquele que chegou ao seu limite, com prejuízo em seu desempenho físico ou mental (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A síndrome de *burnout* é um processo iniciado pelo estresse crônico no trabalho. Existem quatro concepções teóricas para a definição baseadas na sua possível etiologia: clínica, sociopsicológica, organizacional, socio-histórica. A mais utilizada nos estudos atuais é a concepção sociopsicológica (BENEVIDES-PEREIRA, 2010); (SANTOS; NASCIMENTO SOBRINHO, 2011) a qual leva em consideração as características individuais associadas as do ambiente e as do trabalho que favorecem o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome: exaustão emocional (EE), sentimento de esgotamento físico e mental, despersonalização (DE), tratamento frio e impessoal com usuários, baixa realização profissional (RP), sentimento de incompetência, pessimismo, baixa autoestima (DONOHOE et al., 1993); (BERMÚDEZ et al., 2008) (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

O instrumento mais utilizado para avaliar a síndrome de *burnout* é o Questionário Maslach – *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Esse instrumento avalia os sentimentos e atitudes vivenciados pelo sujeito em seu trabalho, que aborda as três dimensões estabelecidas pelo Modelo de *Maslach*: exaustão emocional – nove itens; despersonalização – cinco itens e diminuição da realização pessoal no trabalho – oito itens. Um total de 22 itens que indicam a frequência das respostas, numa escala de pontuação tipo Likert, que varia de 0 a 6, sendo 0 para “nunca”, 1 para “quase nunca”, 2 para “algumas vezes ao ano”, 3 para “algumas vezes ao mês”, 4 para indicar “algumas vezes na semana”, 5 para “diariamente” e 6 “sempre”. Cada uma das dimensões que caracterizam a estafa profissional foram descritas, de forma independente (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Por não haver consenso na literatura para a interpretação do questionário de Maslach, os resultados são descritos segundo os critérios adotados para a realidade de cada estudo realizado, considerando-se questões geográficas, como o país de origem do estudo e a população ou amostra investigada (SANTOS; NASCIMENTO SOBRINHO, 2011).

Os estudos sobre *burnout* em fisioterapeutas são raros e muitos desses profissionais ainda desconhecem esta síndrome. Dessa forma, por ser pouco conhecida a prevalência da síndrome de *burnout* na literatura nacional e internacional, faz-se necessário a investigação sobre o *burnout* nesses trabalhadores. Sendo assim, o presente estudo visa descrever a produção científica existente na literatura sobre a prevalência da síndrome de *burnout* e os fatores associados em fisioterapeutas.

2 | METODOLOGIA

Revisão sistemática de estudos de corte transversal sobre a prevalência da síndrome de *burnout* em fisioterapeutas, publicados em bases de dados, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, no período de janeiro de 1980 a março de 2016.

As principais etapas na condução dessa revisão sistemática foram as seguintes: elaborar uma questão de pesquisa, conduzir uma busca na literatura, especificar os métodos de seleção e avaliação, detalhar o procedimento de extração de dados e indicar a abordagem para a análise dos dados (BRIAN HAYNES; SACKETT; GUYATT, 2008).

Foi realizada uma pesquisa sistemática de artigos originais que tratem de SB em fisioterapeutas publicados no período de janeiro de 1980 a março de 2016, no portal de periódicos da BVS, no qual estão incluídas as bases de dados: MEDLINE (PubMed), IBECs e LILACS.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para o estudo: estudos cujos sujeitos da pesquisa fossem fisioterapeutas, estudos originais, populacionais ou amostrais, com delineamento transversal e que utilizaram o MBI para a avaliação do nível de *burnout*. Esses critérios foram utilizados para aumentar a comparabilidade dos achados entre os estudos. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: artigos que não foram redigidos nos idiomas inglês, português ou espanhol e relacionados a outros problemas comportamentais: Distúrbios Psíquicos Menores, Distúrbios Psíquicos Comuns, Transtornos Mentais Comuns, Transtornos Mentais Menores.

A busca foi feita cruzando-se o termo *burnout* com os outros citados e selecionando artigos publicados nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. Inicialmente, para verificar se os artigos atendiam aos critérios de inclusão, os títulos de todos os estudos identificados foram avaliados. Na segunda fase, os resumos foram analisados por dois revisores independentes. Os estudos em que não houvesse concordância quanto à sua inclusão, foram analisados por um terceiro revisor.

Por meio da utilização de estratégias de busca apropriadas, cruzando-se o unitermo *burnout* com os outros citados, com o auxílio de um profissional bibliotecário, selecionando-se os artigos que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos para a revisão sistemática proposta. Os seguintes descritores foram utilizados: esgotamento profissional/ *burnout*/ *agotamiento profesional*/; fisioterapeuta/ *fisioterapeuta*/ *physical therapist*/; prevalência/ *prevalência*/ *prevalence*. Além disso, as referências encontradas nos artigos selecionados também foram utilizadas.

Foram selecionados os estudos transversais que incluíam populações ou amostras de fisioterapeutas. Para o processo de avaliação metodológica dos estudos, também foi proposta a participação de dois revisores independentes e de um terceiro revisor, quando não houvesse consenso.

A prevalência da síndrome de *burnout* e os fatores associados à síndrome nas populações e/ou amostras dos artigos estudados foram analisados e comparados. Os dados apresentados foram selecionados e organizados em tabelas e quadro, citando o autor, ano de publicação do estudo, país de origem, periódico, população ou amostra estudada, objetivo, resultados e considerações finais, características sociodemográficas da população ou amostra estudada e aspectos relacionados ao trabalho.

3 | RESULTADOS

Do total de 35 estudos encontrados que abordavam a síndrome de *burnout* na categoria fisioterapeuta, 15 foram selecionados por se tratarem de estudos epidemiológicos de corte transversal. Assim na presente revisão, foram elegíveis 13 estudos (figura 1). Os estudos selecionados com relação ao primeiro autor, país onde o mesmo foi realizado, ano de publicação, nome do periódico e número de participantes no estudo (número de fisioterapeutas que participaram do estudo) são demonstrados na tabela 1. Todos os artigos foram publicados após o ano de 1993 e mais de 77% deles foram publicados a partir de 2000. Observou-se que esses estudos vêm aumentando ao longo do tempo.

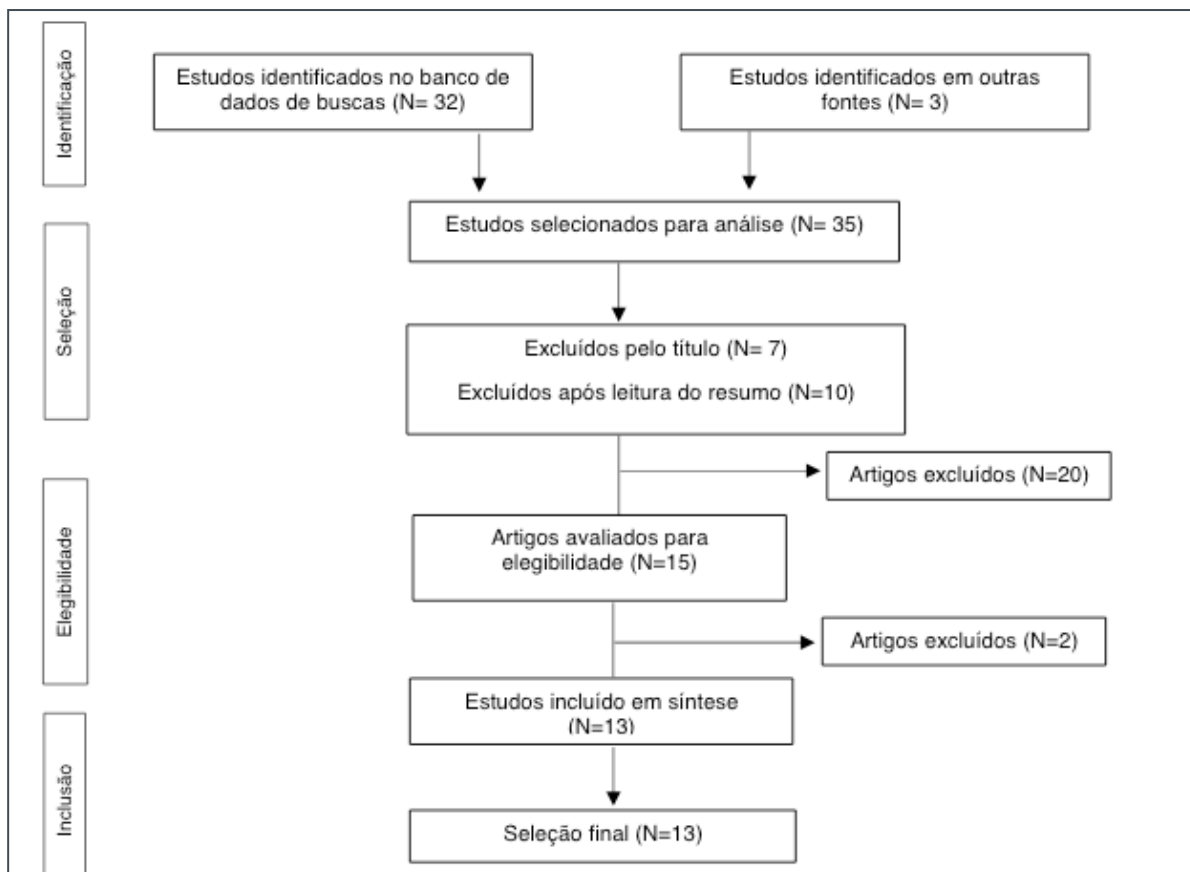


Figura 1*. Fluxograma do processo de seleção dos artigos.¹

Fonte: Revisão sistemática, 2016.

Estudo	Referência	País	Ano	Periódico	N
1	Donohoe, et al. (DONOHOE et al., 1993)	USA	1993	Journal of the American Physical Therapy Association	129
2	Scutter, S; Goold, M. (SCUTTER; GOOLD, 1995)	Austrália do Sul	1995	Australian Physiotherapy	66
3	Wandling, BJ; Smith, BS. (WANDLING; SMITH, 1997)	USA	1997	Research Study	385
4	Ogiwara, S; Hayashi, H. (OGIWARA; HAYASHI, 2002)	Japão	2002	J. Phys. Ther. Sci	163
5	Sánchez, et al. (CASTRO SÁNCHEZ et al., 2006)	Granada	2006	Elsevier Science direct.com	80
6	Gisbert, et al. (GISBERT; LOS FAYOS; MONTESINOS, 2008)	Espanha	2008	Psicothema	258
7	Bermúdez, et al. (BERMÚDEZ et al., 2008)	Colombia	2008	Revista Del La Faculd Ciências Del La Salud	86
8	Pavlakis, et al. (PAVLAKIS; RAFTOPOULOS; THEODOROU, 2010)	Chipre	2010	Health Services Research	172
9	Ibikunle, et al. (IBIKUNLE; UMEADI; UMMUNAH, 2012)	Nigéria	2012	AJPARS	201
10	Tragea, et al. (TRAGEA et al., 2012)	Grécia	2012	Interscientific Health Care	176
11	Al-Imam, DM; Al-Sobayel, HI. (AL-IMAM; AL-SOBAYEL, 2014)	Arábia Saúdita	2014	Journal of Physical Therapy Science	119
12	Urszula Pustułka-Piwnik, et al. (PUSTUŁKA-PIWNIK et al., 2014)	Polónia	2014	Medycyna Pracy	151
13	Nowakowska-Domagala, et al. (NOWAKOWSKA-DOMAGALA et al., 2015)	Polónia	2015	Medicine	117

Tabela 1. Descrição dos estudos segundo autor, país de origem, ano de publicação, periódico e tamanho da população ou amostra estudada.

Fonte: Revisão sistemática, 2016.

A Tabela 2, descreve as características sociodemográficas e do trabalho dos fisioterapeutas estudados nos 13 estudos selecionados. Observou-se um total de 2.103 fisioterapeutas estudados. Os resultados observados apontaram para a predominância do sexo feminino entre os fisioterapeutas 64,2%, sendo que em dois estudos (IBIKUNLE; UMEADI; UMMUNAH, 2012); (AL-IMAM; AL-SOBAYEL, 2014) a população do sexo masculino foi maior do que a do sexo feminino, 26% dos trabalhadores estudados eram casados, com idade média menor que 40 anos, poucos estudos referiram número de filhos. Com relação às características do trabalho e horas de trabalho semanal poucos estudos apresentaram esses dados.

Artigo	N	Sexo		Idade (M)	Estado Civil			Filhos		Trabalho/anos	
		M	F		Solteir o	Casado	Outros	S	N	<10	>10
9	129	9	120	26	-	-	-	-	-	102	27
16	66	22	44	26,3	41	25	-	6	60	-	-
17	385	148	237	36	-	-	-	-	-	-	-
18	163	78	85	31,2	-	-	-	-	-	-	-
11	80	22	58	-	63	16	1	-	-	75	5
4	258	92	166	-	-	-	-	-	-	184	74
13	86	17	69	< 30	-	-	-	25	61	-	-
19	172	62	110	-	51	104	8	-	-	-	-
20	201	104	97	-	65	135	-	-	-	-	-
21	176	76	100	35,2	106	67	3	-	-	-	-
22	119	75	44	-	55	62	-	-	-	-	-
23	151	21	130	-	40	101	10	-	-	-	-
24	117	27	90	31,8	73	37	7	95	56	77	17
Total	2103	753	135	-	494	547	29	126	177	438	123

Tabela 2. Características sociodemográficas e do trabalho dos estudos incluídos.

Fonte: Revisão sistemática, 2016.

Os estudos, são apresentados com o objetivo, resultados e considerações finais. Em sua maioria, apresentaram os resultados de cada dimensão da SB separadamente e diferentes pontos de corte para o instrumento de medida (MBI), o que dificultou a análise comparativa dos resultados obtidos, como mostra o Quadro 1.

Autor/ano	Objetivo	Resultados	Considerações finais
Donohoe, et al., 1993 (9).	Determinar os fatores associados ao <i>burnout</i> em fisioterapeutas em hospitais de reabilitação.	46% referiram alto nível de EE, 20% alto nível de DEP, e 60% referiram baixo nível de RP. Não houve diferença entre os sexos.	Os fisioterapeutas que trabalham em locais de reabilitação apresentaram um grau moderado de <i>burnout</i> , apesar do fato de que a maioria tinha menos de 4 anos de profissão e os fatores associados com o nível de SB incluem sensação de falta de conexão e comunicação com as pessoas no local de trabalho, sensação de baixa conquista profissional e a falta de controle sobre os acontecimentos diários.
Scutter, S; Goold, M, 1995 (16).	Determinar a prevalência de <i>burnout</i> em fisioterapeutas que trabalham no Sul da Austrália que tinha sido qualificado há menos de cinco anos.	Para a dimensão EE 16 indivíduos (24%) apresentaram nível alto, 24 indivíduos moderado (36%) e 26 indivíduos (40%) baixo. Para a dimensão DE 6 indivíduos (9%) apresentaram nível alto, 23 indivíduos (35%) moderada e 37 indivíduos (56%) baixo e para a dimensão RP, 41 indivíduos (63%) apresentaram nível alto, 20 indivíduos (31%) moderado e 4 indivíduos (6%) baixo.	<i>Burnout</i> está presente entre Fisioterapeutas que trabalhavam no Sul da Austrália por menos de cinco anos. Verifica-se que os níveis de SB foram mais elevados naqueles que se formaram recentemente, do que naqueles que têm trabalhado por mais de cinco anos.
Wandling, BJ; Smith, BS, 1997 (17).	Investigar a relação entre <i>burnout</i> e variáveis demográficas pessoais e profissionais (por exemplo, sexo, número de anos como um fisioterapeuta) nos membros da Seção de Ortopedia da American Physical Therapy Association (APTA).	Os resultados apontaram uma média de 41,8 para RP, 18,7 para EE e 5,4 para DE. Não houve diferença significativa entre os sexos em nenhuma das três dimensões do <i>burnout</i> .	Os fisioterapeutas estudados apresentaram nível baixo de <i>burnout</i> . Todas as variáveis apresentaram associações fracas com SB. No entanto, fisioterapeutas que com menos de 5 anos de experiência ou que trabalhavam em ambientes de reabilitação apresentaram pontuações que podem indicar risco de esgotamento.

<p>Ogiwara, S; Hayashi, H, 2002 (18).</p>	<p>Avaliar os fatores associados ao <i>burnout</i> e recolher informações que permitam a adoção de estratégias de intervenção precoce para a síndrome de burnout em fisioterapeutas japoneses.</p>	<p>Os resultados apontaram uma média de 25,42 para a dimensão EE, 8,21 para DE e 29,74 para RP.</p>	<p>Este estudo demonstrou um nível moderado de <i>burnout</i> entre os fisioterapeutas que trabalhavam na Prefeitura de Ishikawa. <i>Burnout</i> apareceu associado a fadiga emocional provocada por trocas interpessoais negativas e exaustão física. Anos de experiência clínica, competência clínica e capacidade de relação com os clientes podem ajudar a diminuir a probabilidade de <i>burnout</i>. Estratégias de gestão dentro do sistema hospitalar seriam valiosas ferramentas de prevenção aos sintomas de esgotamento dos trabalhadores estudados.</p>
<p>Sánchez, et al. 2006 (11).</p>	<p>Determinar a prevalência da síndrome de <i>burnout</i> em fisioterapeutas, que pertencem ao Serviço de Saúde de Andaluzia e resgatar a sua atividade profissional em centros hospitalares e de saúde da cidade de Granada.</p>	<p>Os escores médios em cada uma das três dimensões foram: EE (22,07 ± 13,66), DE (4,93 ± 5,07), RP (67,24 ± 20,85). Não foram obtidas diferenças significativas nas variáveis idade e anos de experiência nas três subescalas. A prevalência da síndrome de <i>burnout</i> na amostra analisada foi de 10,87% (n = 5), um percentual muito semelhante ao obtido em estudos em outros grupos de saúde.</p>	<p>Os resultados obtidos indicam baixos valores de EE, DE e RP. As percentagens apresentadas pelos fisioterapeutas entrevistados em cada nível são indicativas da existência de um nível razoável de estresse no trabalho. É também importante enfatizar a prevenção da SB através da criação de um ambiente de trabalho organizado, com recursos de trabalho disponíveis a fim de garantir a boa qualidade do atendimento e desempenho profissional ideal.</p>
<p>Gisbert, et al., 2008 (4).</p>	<p>Determinar a prevalência da síndrome de <i>burnout</i> entre os fisioterapeutas e estabelecer relações entre grupos de fisioterapeutas com a síndrome e características do trabalho.</p>	<p>35,3% apresentaram nível alto para EE; 21,3% nível alto para DE e 19,4% nível alto para RP.</p>	<p>A prevalência de <i>burnout</i> obtida considerando-se o nível alto nas três dimensões, exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal foi elevado (4%). Esse resultado é indicativo de uma situação de deterioração mental relevante.</p>

Bermúdez, et al., 2008 (13).	Estimar a prevalência e os principais fatores associados a síndrome de <i>burnout</i> entre os fisioterapeutas na cidade de Popayan.	Prevalência de 10,5% para a dimensão EE, 1,2% para DE e 0 para RP.	A prevalência da SB encontrada nesse estudo se aproxima dos achados na literatura mundial, o que leva a tomar medidas preventivas para que a prevalência em fisioterapeutas não aumente progressivamente.
Pavlakakis, et al., 2010 (19).	Explorar os factores associados à síndrome de <i>burnout</i> em fisioterapeutas cipriotas que trabalham no setor privado e público de saúde.	Prevalência de burnout foi: 13,8% dos que trabalham no setor público e 25,5% no setor privado.	<i>Burnout</i> é um problema comum em fisioterapeutas no Chipre, com elevada prevalência, afetando um quinto dos participantes do estudo. Observou-se associação entre <i>burnout</i> e baixos salários, o setor de emprego, faixa etária e trabalho considerado estressante.
Ibikunle, et al., 2012 (20).	Encontrar a associação entre fatores, como trabalho satisfação, vitimização, remuneração, medo do local de trabalho e ambiente de trabalho com a síndrome de <i>burnout</i> entre os fisioterapeutas nigerianos.	Os resultados apresentaram estágios de <i>burnout</i> e estresse no trabalho nas três dimensões, EE 39 fisioterapeutas, DE 79 fisioterapeutas e DP 79 fisioterapeutas.	Os resultados apontaram que todos os preditores estudados afetaram o nível de esgotamento profissional em fisioterapeutas nigerianos.
Tragea, et al., 2012 (21).	Pesquisar o esgotamento profissional de fisioterapeutas gregos que trabalham em hospitais públicos e privados e centros de reabilitação.	A maioria dos participantes apresentaram escore de 52% na dimensão EE, 45,3% na dimensão RP e 49,1% para a dimensão DE.	<i>Burnout</i> é um problema comum em fisioterapeutas gregos. O <i>burnout</i> apresentou associação com as variáveis, sexo, idade, anos de experiência e o nível de pós-graduação. Mais pesquisas são necessárias, para melhor caracterizar esse fenômeno, mas também para identificar e adotar medidas preventivas para o seu enfrentamento.

Al-Imam, DM; Al-Sobayel, HI, 2014 (22).	Investigar os níveis de <i>burnout</i> em fisioterapeutas que trabalham na Arábia Saudita e avaliar a associação entre <i>burnout</i> e fatores relacionados à organização do trabalho.	A Prevalência de escore elevado na dimensão EE, DE e RP foi encontrado em 42%, 39,4% e 37,8% dos participantes. Alto nível de <i>burnout</i> nas três dimensões (EE e DE e RP) foi encontrado em 7,5% da amostra estudada.	Este estudo encontrou um nível moderado de <i>burnout</i> entre fisioterapeutas sauditas que trabalham na Arábia Saudita, com os níveis de <i>burnout</i> significativamente associados a diferentes fatores.
Urszula Pustułka-Piwnik, et al., 2014 (23).	Investigar o nível de desgaste entre os fisioterapeutas e as relações entre os índices de síndrome de <i>burnout</i> e variáveis demográficas e relacionadas com o trabalho selecionados.	A média para a dimensão EE foi de 20,58, para a dimensão DE foi 5,98 e para a dimensão RP foi de 34,36.	O estudo confirmou que a prevalência de <i>burnout</i> em fisioterapeutas é semelhante a encontrada em estudos com outros trabalhadores de saúde.
Nowakowska-Domagala, et al., 2015 (24).	Avaliar a escala de esgotamento profissional entre os fisioterapeutas e fazer uma análise exaustiva das correlações entre estilos de enfrentamento e o grau de DE, EE, e reduziu a sensação de RP.	17% da amostra apresentaram nível elevado de EE, 16% apresentaram nível elevado de DE e 15 % apresentaram nível baixo de RP.	A amostra estudada apresentou baixa prevalência de <i>burnout</i> . Não há nenhuma evidência empírica confirmando a associação entre os estilos de enfrentamento e SB nos fisioterapeutas estudados.

Quadro 1. Descrição dos estudos revisados, segundo autores/ano, objetivos, resultados e considerações finais.

Fonte: Revisão sistemática, 2016.

4 | DISCUSSÃO

Os artigos analisados apresentaram delineamento epidemiológico seccional, visando verificar a prevalência da síndrome de *burnout* em fisioterapeutas, e os possíveis fatores associados. Dos estudos selecionados 50% foram populacionais e 50% amostrais. Os objetivos foram avaliar a associação entre características sociodemográficas, variáveis profissionais, fatores organizacionais e as dimensões da síndrome de *burnout*.

Entre às variáveis associadas ao nível elevado de *burnout*, em cada uma das suas três dimensões, as que apareceram com maior frequência nos estudos selecionados foram as sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, número de filhos), poucos

estudos apresentaram tempo de profissão, atividades extralaborais e características organizacionais, nenhum estudo apresentou relações administrativas e relações com colegas de trabalho.

Observou-se nos resultados dos estudos selecionados uma divergência nos achados de prevalência, isso impossibilitou de descrever a tendência (elevada ou baixa) da síndrome de *burnout* nesses trabalhadores. Isso se deve ao fato de que os estudos analisados foram realizados com metodologias diferentes.

Um ponto importante a ser discutido, são os critérios utilizados para definição da síndrome. As diferenças nos resultados podem ser explicadas por aspectos metodológicos que incluem a utilização do MBI, que a depender do país de origem do estudo, tem seus escores diferenciados, assim como também varia a escala (0-6, 1-5, 1-7), variando as respostas e conseqüentemente os resultados. A falta de utilização de um critério único para a definição da síndrome dificulta a comparação entre os resultados dos estudos, uma vez que os pontos de corte para as dimensões variaram.

O MBI é um instrumento utilizado para a avaliação da síndrome de *burnout* (CARLOTTO; CÂMARA, 2004). Ele avalia índices de *burnout* de acordo com os escores de cada dimensão, sendo que altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional (subescala invertida) indicam alto nível de *burnout* (MASLACH; JACKSON, 1981).

Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o MBI como um construto tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas, a fim de manter sua perspectiva de síndrome. No entanto diversos estudos de validação do MBI têm apresentado diferentes distribuições fatoriais, normalmente variando de 3 a 5 fatores (CARLOTTO; CÂMARA, 2004). Verificou-se nos estudos aqui revisados, que os critérios para estabelecer as dimensões do *burnout* (alto, médio ou baixo) nas três dimensões da síndrome variaram consideravelmente.

Sendo assim, não foi possível comparar os resultados dos estudos, em virtude da diferença entre as escalas utilizadas, assim como, os valores adotados como pontos de corte para definir os níveis alto, baixo e/ou moderado das dimensões do *burnout* nos grupos avaliados. Também, não existe consenso quanto ao número de dimensões elevadas para a definição da síndrome de *burnout*.

Destaca-se que nos estudos analisados os profissionais fisioterapeutas que estavam susceptíveis a desenvolver a síndrome de esgotamento profissional foram os que informaram menor tempo de atuação de trabalho (< 5 anos), sendo observado que o maior tempo de atividade laboral não apresentou associação com o aparecimento dos sintomas, resultados encontrados nos estudos (DONOHOE et al., 1993); (BERMÚDEZ et al., 2008)(IBIKUNLE; UMEADI; UMMUNAH, 2012); (AL-IMAM; AL-SOBAYEL, 2014); (SCUTTER; GOOLD, 1995); (WANDLING; SMITH, 1997). Alguns estudos foram realizados no ambiente hospitalar sem especificar se foram realizados com trabalhadores que atuam em ambulatório, em enfermaria ou em Unidade de Terapia Intensiva (GISBERT; LOS FAYOS; MONTESINOS, 2008); (DONOHOE et al.,

1993); (IBIKUNLE; UMEADI; UMMUNAH, 2012); (AL-IMAM; AL-SOBAYEL, 2014); (PAVLAKIS; RAFTOPOULOS; THEODOROU, 2010); (PUSTUŁKA-PIWNIK et al., 2014); (NOWAKOWSKA-DOMAGALA et al., 2015)

Observou-se uma diversidade de resultados no que se refere à associação entre as variáveis idade, sexo, estado civil, ter ou não filhos, tempo de trabalho, quantidade de horas trabalhadas e a síndrome de *burnout*. Não houve consenso nos estudos analisados quanto à associação entre variáveis sociodemográficas com as dimensões do *burnout*.

Com relação à prevalência da síndrome, é importante salientar que o *burnout* é consequência de um processo crônico de estresse, o que dificulta sua percepção no início, sendo confundido com outros agravos, impedindo a sua prevenção antes que suas consequências mais graves se manifestem (MASLACH; LEITER, 1997).

As repercussões clínicas da síndrome de *burnout*, para a organização, podem ser evidenciadas quando “[...] os indivíduos que estão neste processo de desgaste tanto psicológica quanto fisicamente, estão sujeitos a abandonar o emprego. Eles investem menos tempo e energia no trabalho, fazendo somente o que é absolutamente necessário e faltam com mais frequência”. Trabalho de alta qualidade requer tempo e esforço, compromisso e criatividade, mas o indivíduo desgastado já não está disposto a oferecer isso espontaneamente. A queda na qualidade e na quantidade de trabalho produzido é o resultado profissional do desgaste (MASLACH; LEITER, 1997).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados permitem afirmar que a produção científica consultada, apresentou resultados heterogêneos em relação à prevalência e aos fatores associados ao *burnout* em fisioterapeutas.

Esses resultados apontam a necessidade de uma definição consensual entre os pesquisadores da escala de pontuação para os 22 itens do MBI que caracterizam as três dimensões do *burnout*, para o tipo de cálculo dos escores (frequência relativa, média, mediana), assim como, os valores adotados como pontos de corte para definir os níveis alto, baixo e/ou moderado das três dimensões do MBI e por fim estabelecer um critério consensual para a definição da síndrome *burnout* (presença do nível alto em apenas uma dimensão, presença do nível alto em duas dimensões ou presença do nível alto nas três dimensões do MBI). Dessa forma, no futuro será possível comparar os resultados de estudos realizados entre a mesma categoria profissional e entre categorias diferentes e apontar possíveis fatores associados à síndrome.

REFERÊNCIAS

AL-IMAM, D. M.; AL-SOBAYEL, H. I. **The Prevalence and Severity of Burnout among Physiotherapists in an Arabian Setting and the Influence of Organizational Factors: An Observational Study**. *Journal of physical therapy science*, v. 26, n. 8, p. 1193–1198, 2014. Disponível

em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155218/>.

ARAÚJO, T.; GRAÇA, C.; ARAÚJO, E. **Estresse ocupacional e saúde : contribuições do Modelo Demanda-Control** Occupational stress and health : Job Strain Model contribution. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, p. 285–297, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a21v8n4>.

BENEVIDES-PEREIRA, A. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 2010.

BERMÚDEZ, L. et al. **Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán, 2007**. 2008. Disponível em: http://www.academia.edu/5102863/PREVALENCIA_DE_SINDROME_DE_BURNOUT_Y_SUS_PRINCIPALES_FACTORES_DE_RIESGO_EN_FISIOTERAPEUTAS_DEL_MUNICIPIO_DE_POPAY%C3%81N_2007.

BRIAN HAYNES, R.; SACKETT, D.; GUYATT, G. **Epidemiologia clínica: como realizar pesquisa clínica na prática**. v. 3, 2008.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. **Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 232–240, 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5010/3246>

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. **Análise Fatorial Do Maslach Burnout Inventory (MBI) Em Uma Amostra De Professores De Instituições Particulares**. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 3, p. 499–505, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722004000300018&script=sci_abstract&tlng=es

CASTRO SÁNCHEZ, A. M. et al. **Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia**. *Fisioterapia*, v. 28, n. 1, p. 17–22, 2006. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-prevalencia-del-sindrome-burnout-fisioterapia-13085633>.

DEJOURS C, ABDOUCHELI E, J. C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: 1994.

DONOHUE, E. et al. **Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals**. *Physical therapy*, v. 73, n. 11, p. 750-756-761, 1993. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/14965746_Factors_associated_with_burnout_of_physiotherapists_in_Massachusetts_rehabilitation_hospitals.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. **A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 4, p. 517–525, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2326>.

GISBERT, M.; LOS FAYOS, E.; MONTESINOS, M. **Burnout en fisioterapeutas Españoles**. *Psicothema*, v. 20, n. 3, p. 361–368, 2008. Disponível em: <http://www.psicothema.com/pdf/3493.pdf>

IBIKUNLE, P.; UMEADI, O.; UMMUNAH, J. **Predictors of Burnout Syndrome Among Nigerian Physiotherapists**. *African Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*, v. 4, n. 1–2, p. 1–7, 2012. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ajprs/article/view/69626/72361>.

LIMA, F. et al. **Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, p. 137–146, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/03.pdf>.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **The measurement of experienced burnout**. *Journal of Organizational Behavior*, v. 11, n. 2, p. 343–361, 1981. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/>

doi/10.1002/job.4030020205/abstract.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it.** *California, Jossey-Bass Publishers, USA, 1997.*

MENEZES, S. **Fisioterapia em Terapia Intensiva : uma nova denominação para uma antiga especialidade.** *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 2, n. 2, p. 49–53, 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/10602>.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. **Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 255–261, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2022/2101>.

NOGUEIRA, T. S. **Síndrome de burnout em fisioterapeutas hospitalares.** *Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública Universidade Estadual do Ceará*, Fortaleza, 2007. Disponível em: http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/tatianasales_2007.PDF

NOWAKOWSKA-DOMAGALA, K. et al. **The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study.** *Medicine*, v. 94, n. 24, p. e906, 2015. Disponível em: http://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2015/06030/The_Interrelationships_of_Coping_Styles_and.8.aspx.

OGIWARA, S.; HAYASHI, H. **Burnout amongst Physiotherapists in Ishikawa Prefecture.** *Journal of Physical Therapy Science*, v. 14, n. 1, p. 7–13, 2002. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/14/1/14_1_7/_pdf.

PAVLAKIS, A.; RAFTOPOULOS, V.; THEODOROU, M. **Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey.** *BMC health services research*, v. 10, p. 63, 2010. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-63>.

PUSTUŁKA-PIWNIK, U. et al. **Burnout syndrome in physical therapists - demographic and organizational factors.** *Medycyna Pracy*, v. 65, n. 4, p. 453–462, 2014. Disponível em: <http://medpr.imp.lodz.pl/Zespol-wypalenia-zawodowego-u-fizjoterapeutow-a-zmienne-demograficzne-i-organizacyjne,542,0,2.html>.

SANTOS, A.A; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. N. **Revisão sistemática da prevalência da síndrome de burnout em professores do ensino fundamental e médio.** *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 299–319, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2444.pdf>

SCUTTER, S.; GOOLD, M. **Burnout in recently qualified physiotherapists in South Australia.** *Aust.J.Physiother.*, v. 41, n. 0004–9514 (Print), p. 115–118, 1995. Disponível em: [http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S0004-9514\(14\)60425-6/pdf](http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S0004-9514(14)60425-6/pdf).

TRAGEA, P. et al. **Burn out among Greek physical therapists.** *Interscientific Health Care*. Vol 4, Issue 2, p. 77–82, 2012. Disponível em: <http://inhealthcare.gr/article/en/i-epaggelmatiki-eksouthenosi-se-deigma-ellinon-fusikotherapeuton>.

WANDLING, B. J.; SMITH, B. S. **Burnout in orthopaedic physical therapists.** *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, v. 26, n. 3, p. 124–130, 1997. Disponível em: <http://www.jospt.org/doi/pdf/10.2519/jospt.1997.26.3.124>.

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS FISIOTERAPEUTAS EGRESSOS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Alana Maiara Brito Bibiano

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Núcleo de Saúde Pública NESC. Recife - Pernambuco

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas Públicas - NUCISP
Maceió - Alagoas

Marília Martina Guanaany de Oliveira Tenório

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Recife – Pernambuco

Roberto Firpo de Almeida Filho

Secretaria Municipal de Saúde de Maceió
Alagoas, Gerência de Doenças Crônicas
Maceió – Alagoas

Michelle Carolina Garcia da Rocha

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas Públicas - NUCISP.
Maceió – Alagoas

RESUMO: A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde. A pesquisa teve como objetivo analisar a percepção dos fisioterapeutas

egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família sobre a formação interdisciplinar. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no programa de RMSF de uma instituição pública de Maceió-AL, com um universo de seis sujeitos (totalidade de fisioterapeutas egressos do programa até 2015). Utilizou-se entrevista aberta ou em profundidade com questões direcionadoras e posterior Análise de Conteúdo. Após a análise, foram categorizadas cinco unidades de registro. Os resultados evidenciaram que os fisioterapeutas egressos demonstraram o conceito de interdisciplinaridade e interprofissionalidade nas falas, expuseram as atividades interdisciplinares desenvolvidas e relataram a formação interdisciplinar que a RMSF proporcionou para aprimorar a prática profissional atual. Conclui-se que a RMSF é um dispositivo importante na formação interdisciplinar e interprofissional dos fisioterapeutas egressos e para o contexto das mudanças na formação em saúde, com potencial de favorecer o debate sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Pesquisa interdisciplinar; Internato e Residência; Saúde da Família; Fisioterapia.

ABSTRACT: The Multidisciplinary Residency in Family Health (MRFH) is based on interdisciplinarity as a facilitator of the

construction of expanded health knowledge. The research aimed to analyze the perception of graduates physiotherapists of a Multidisciplinary Residency Program in Family Health on interdisciplinary training. Is a study of qualitative approach, developed in the Multidisciplinary Residency Program in Family Health (MRFH) in a public institution of Maceió - AL, with a universe of six subjects (totality from graduates physiotherapists from the program until 2015). Was used an open or depth interview with guiding issues and later content analysis. After the analysis, were categorized five recording units. The results showed that the graduates physiotherapists demonstrated the concept of interdisciplinarity and interprofessionality in the speeches, exposed the interdisciplinary activities developed and reported the interdisciplinary training that the MRFH provided to improve current professional practice. It is concluded that MRPH is an important device as in interdisciplinary and interprofessional training of graduates physiotherapists and the context of the changes in health education, with the potential to foster debate on the issue.

KEYWORDS: Interdisciplinary studies; Internship and Residency; Family Health; Physical Therapy Specialty.

1 | INTRODUÇÃO

A formação em saúde no Brasil é discutida desde o final da década de 1980 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 e em sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), que apresentam como um dos objetivos a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Desde então, diversos programas foram discutidos na tentativa de aprimorar a formação dos profissionais de saúde e estreitar os laços entre as políticas de saúde e educação. Nesse cenário, foram discutidos programas e cursos de educação profissional, de graduação e pós-graduação (BRITES et al., 2014).

No que tange à pós-graduação *lato sensu*, a Residência em Área Profissional da Saúde e a Multiprofissional, instituídas pela Lei 11.129/2005 (BRASIL, 2005a) e Portaria Interministerial 2117/2005 (BRASIL, 2005b), respectivamente, são voltadas para a educação em serviço e destinadas às categorias profissionais que integram a área de saúde, dentre elas a Fisioterapia. Constituem-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS, sob responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, inclui-se o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), que deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados nas redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como espaço privilegiado (BRASIL, 2015).

A RMSF fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar

nas coletividades, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos do cuidado (NUNES, 2005). Busca não somente o crescimento profissional, mas também promover a transformação do serviço de saúde, da gestão e da participação no setor da saúde, contribuindo para a integralidade da atenção, para a cogestão e o controle social, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos fisioterapeutas egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família sobre a formação interdisciplinar.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo teve uma abordagem qualitativa, desenvolvido no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de uma instituição pública no município de Maceió/AL, Brasil, com a totalidade de fisioterapeutas egressos do programa até o mês de março do ano de 2015.

Para tanto, foi utilizado, como critério de inclusão: ser fisioterapeuta egresso do programa de RMSF da instituição selecionada, que teve início no ano de 2009. Este programa conta com três turmas finalizadas, totalizando seis fisioterapeutas egressos. Todos aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O período de coleta de dados se deu entre os meses de julho e setembro de 2015.

Considerando que o interesse do estudo foi compreender o que fundamenta o comportamento manifesto das pessoas envolvidas, optou-se pelo método da entrevista aberta ou em profundidade (MINAYO; GOMES, 2011), com questões direcionadoras, permitindo que o entrevistador tenha liberdade para desenvolver situações e explorar amplamente a questão desejada, e o entrevistado possa falar livremente sobre um tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Os participantes foram entrevistados pelo mesmo avaliador, em local reservado, com gravação da entrevista em áudio. Posteriormente, os dados foram transcritos na íntegra para leitura e análise. Os participantes foram identificados com legendas (E1 a E6), mantendo o anonimato. Foi utilizado o referencial de Análise de Conteúdo (MINAYO; GOMES, 2011) para organizar as falas coletadas, que se refere à verificação de hipóteses ou questões, na qual se podem encontrar respostas para as questões formuladas, e confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses), além de descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que foi comunicado.

Foi realizada a Análise Temática para analisar os dados coletados, cujo conceito central é o Tema que comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. Posteriormente, as mensagens foram organizadas e categorizadas segundo suas semelhanças e diferenciações em

Unidades de Registro (UR) (MINAYO; GOMES, 2011). Após a Análise do Conteúdo das respostas obtidas pelos participantes, os relatos em comum e a aproximação com o objeto do estudo, as Unidades de Registro categorizadas foram:

UR1. Conceito de Interdisciplinaridade;

UR2. Atividades Interdisciplinares desenvolvidas na residência;

UR3. Formação sobre interdisciplinaridade na residência;

UR4. Influência da residência na formação interdisciplinar;

UR5. Formação interdisciplinar promotora de mudanças na prática profissional atual.

Para interpretação dos dados, os resultados da pesquisa foram confrontados com o referencial teórico sobre interdisciplinaridade, interprofissionalidade, planejamento em saúde, educação em saúde, integralidade, Política Nacional de Humanização – Projeto Terapêutico Singular e Residência Multiprofissional em Saúde da Família na busca por conteúdos coerentes, singulares ou contraditórios.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer CAAE 1.143.461, em 02/07/2015, e obedeceu aos princípios éticos dispostos na resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira UR (UR1), que trata do *Conceito de interdisciplinaridade* exposto pelos fisioterapeutas egressos, observou-se que os participantes demonstraram esse conceito nas falas, e ampliaram o escopo ao abordar também as relações profissionais.

E3. “Pra mim interdisciplinaridade seria [...] a maneira de trocar conhecimentos, não encerrar o conhecimento em si em um único foco [...] abordagens diferenciadas com outras profissões, interligando os saberes de todos”.

E4. “É você atuar em conjunto, né, seja com essa questão entre disciplinas ou entre profissionais e quando você encontra uma nova atuação, um novo saber, um novo conceito, um novo olhar, e aí você une os dois saberes e aí surge um novo saber”.

Inicialmente, faz-se necessário distinguir os planos disciplinares e profissionais. O sufixo “disciplinar” se refere ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica, relativo ao campo do saber para compreensão dos fenômenos, já o “profissional”, às práticas concretas das equipes e seus serviços voltados para a solução de problemas empíricos específicos (D’AMOUR, 1997).

Assim, a interdisciplinaridade pode ser entendida como a interação das disciplinas em torno de um objetivo em comum, na construção de um novo saber (JAPIASSU, 1976). Os participantes, de forma geral, relataram essa interação e ampliaram o espectro ao revelar que essa relação vai além das disciplinas e do campo do saber, indo também para a interação entre diferentes categorias profissionais no trabalho. Na prática, é difícil encontrar tipos “puros” (afinal prática-teoria-prática interagem e se realimentam), e essa definição tem valor por distinguir princípios gerais (por exemplo:

“interdisciplinaridade”) de seus desdobramentos na prática cotidiana dos trabalhadores (por exemplo: “interprofissionalidade”) (FURTADO, 2007).

Desse modo, o conceito de interdisciplinaridade e também o de interprofissionalidade se fizeram presentes nas falas, e os relatos realçaram a estreita relação existente entre teoria e prática nas atividades dos fisioterapeutas egressos da residência.

Na UR2, que trata das *Atividades Interdisciplinares desenvolvidas na residência*, os participantes expuseram suas ações em saúde da família que foram desenvolvidas desde o processo inicial no conhecimento do território de atuação, planejamento das ações, desenvolvimento de atividades práticas assistenciais e de educação em saúde individuais e grupais e as avaliações das ações.

E4. “A gente iniciou a atuação interdisciplinar nos grupos principalmente, grupo de homens, de mulheres, planejava as ações em conjunto e aí realmente surgiu uma nova forma de contribuir com aquele grupo. [...] Com os atendimentos integrados, então a gente atuava em conjunto, tanto no domicílio como no ambulatório também. Elaborar o plano de tratamento em conjunto [...]”.

E6. “Desde a fase inicial do processo de territorialização que a gente fez com toda a equipe. Todo o processo de planejamento e de avaliação dos grupos, grupo de gestantes, de mulheres, de saúde do trabalhador, na gestão, nos atendimentos aos pacientes buscando num mesmo atendimento desenvolver o paciente de uma forma mais global [...] fazendo o projeto terapêutico singular [...]”.

As atividades descritas pelos participantes contemplaram ações interdisciplinares individuais e coletivas de saúde que consideraram os usuários do serviço de modo integral e singular, e foram realizadas de forma integrada por diversas categorias profissionais. Durante as falas, os sujeitos relataram que realizaram atividades interdisciplinares quando planejaram e avaliaram as ações e os planos de tratamento em conjunto, considerando o conceito ampliado de saúde e repensando novas formas de contribuição para as ações baseadas na realidade da comunidade e dos serviços de saúde ofertados.

Desse modo, os serviços das equipes de saúde da família devem se organizar de tal forma que contemplem o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas (BLACK; GRUEN, 2005). Cuidados dirigidos a uma população específica incluem, além da atenção ao indivíduo, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes, o planejamento das intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas para a população e um movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas (VAN WELL et al., 2008) (LIGHTBURN; SESSIONS, 2006).

As ações grupais citadas por todos os participantes são as atividades de educação em saúde desenvolvidas para a população específica de acordo com as linhas de cuidado (homens, gestantes, adolescentes, trabalhadores, entre outros). Os grupos são considerados ferramentas importantes para a promoção da saúde e para educação em saúde (GURGEL et al., 2011) (FERREIRA NETO; KIND, 2011) e

são uma alternativa para as práticas assistenciais, constituindo um ambiente coletivo de interação, sendo favoráveis ao aprimoramento pessoal e profissional de todos os envolvidos através da valorização dos saberes, da cultura e da possibilidade de intervir no processo saúde-doença de cada pessoa (DIAS et al., 2009) (BONOW et al., 2011) (CARDOSO et al., 2011).

O projeto terapêutico singular (BRASIL, 2007), também citado nas falas, fundamenta-se na interdisciplinaridade e na integralidade da atenção, pois é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, com base na integralidade do cuidado, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.

Com isso, as atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas egressos durante a residência apresentaram uma abordagem interdisciplinar e buscaram a compreensão das demandas dos usuários e da comunidade de forma singular, integral e articulada.

Na terceira UR (UR3), que aborda a *Formação sobre interdisciplinaridade na residência*, os sujeitos foram questionados quanto à formação específica sobre o tema. Os participantes relataram que a interdisciplinaridade foi abordada em alguns módulos teóricos proporcionados pelo programa de Residência, mas que a temática foi apreendida, de fato, com a prática integrada entre os residentes de diversas categorias profissionais.

E1. “A gente que foi desenvolvendo, aprendendo com a própria atividade o que era interdisciplinaridade né, a gente que foi moldando isso, a gente mesmo trabalhando que foi aprendendo o que era aquilo”.

E3. “O que tínhamos eram tópicos dentro dos módulos né, que temos os módulos de aulas teóricas, e aí cada professor tentou trazer alguma coisa em relação a isso dentro do cronograma do programa de aulas. [...] A gente aprendeu meio que na marra né?!”.

E4. “A gente discutia muito sobre interdisciplinaridade, a gente teve que estudar muito. [...] Discussões sobre interdisciplinaridade eram nas nossas reuniões de planejamento”.

As falas demonstram o que os teóricos abordam: a interdisciplinaridade também é uma questão de atitude. É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano. Está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade e aceitar novos papéis (SANTOMÉ, 1998) (FAZENDA, 1996).

Isso demonstra que a interdisciplinaridade foi discutida no momento em que os profissionais de diversas categorias estiveram dispostos a dialogar, trocar conhecimento, compartilhar ideias, solucionar os problemas das práticas, melhorar a metodologia de trabalho de cada um e prestar maior assistência ao indivíduo/comunidade. Ademais,

ressalta-se que a interdisciplinaridade se fez presente no processo de formação dos residentes em saúde da família, principalmente na relação teoria-prática, frente às discussões em equipe para planejar e executar as atividades.

A UR4 trata da *Influência da Residência na formação interdisciplinar*. Nessa UR os sujeitos discorreram sobre a importância da Residência na formação interdisciplinar em saúde da família e se este programa, através das práticas integradas, proporciona essa vivência de uma forma contínua e eficaz.

E2. “Só quem passa por uma residência sabe o que é, né, vivencia, acho que a residência ela é superimportante [...] Hoje eu digo que eu conheço muito mais as profissões dos meus colegas do que eu conhecia antes de entrar na residência”.

E4. “Teve influência total. A residência mudou tudo, a residência é um ambiente já que favorece a interdisciplinaridade, é dedicação exclusiva. A gente tinha tempo realmente de dialogar, de debater e discutir [...]”.

E5. “Ela é de fundamental importância para que você possa atuar plenamente na saúde e na qualidade de vida do nosso usuário. Você não trabalha sozinho, você não vive sozinho né, e se você não tiver o auxílio, a assistência de outros profissionais que possam tá te ajudando na reabilitação e cura, ou prevenção de doenças, daquela comunidade, daquele coletivo ou daquele indivíduo, você vai chegar um momento que você estagna, você não evolui com seu paciente”.

Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seus saberes na organização do processo de trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço, visto que as necessidades são heterogêneas e complexas e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea (WHO, 2010).

A influência do programa de Residência na formação interdisciplinar dos fisioterapeutas foi considerada essencial, levando-se em consideração que todas as ações desenvolvidas no curso são integradas e articuladas, em regime de dedicação exclusiva, com foco não só no indivíduo, mas também na coletividade. Vale ressaltar ainda, que a interprofissionalidade também se faz presente na formação da residência, uma vez que a interação das práticas profissionais foram citadas nas falas dos sujeitos, reforçando a complementaridade das ações interdisciplinares (interação das ciências ou áreas do conhecimento) e interprofissionais (práticas profissionais).

A última Unidade de Registro (UR5) abordou sobre a *Formação interdisciplinar como promotora de mudanças na prática profissional atual*, e demonstrou que a formação que a Residência proporcionou, modificou a forma de agir e atuar em equipe dos fisioterapeutas egressos.

E3. “Eu posso afirmar com segurança que hoje eu me sinto mais preparado para atuar em equipe, encaminhar paciente, todo o conceito de clínica ampliada, de saber como o paciente chegou até mim, pra onde ele vai após terminar a reabilitação

[...].

E4. “Teve mudança total. Teve mudança na minha visão como profissional, teve mudança na minha atuação como profissional, e principalmente na minha visão e atuação como pessoa. Você começa a observar todo o contexto, desde o físico, o motor, o social, o psíquico. A residência pra mim foi um divisor de águas mesmo, eu entrei uma pessoa e sai outra totalmente diferente. Totalmente”.

E5. “Eu acho que todo profissional de saúde ele deveria ter a mesma capacitação que nós tivemos, porque eu não sei o que é que falta pra que a gente possa aprender a compartilhar, a trabalhar interdisciplinarmente dentro das faculdades, o que faz a gente perceber o quanto que sozinho a gente não anda [...]”.

E6. “Foi o meu primeiro contato e eu acho que eu carrego isso pra mim e já to viajando na transdisciplinaridade, tentando fazer com que lá no caso onde eu trabalho, na gestão da secretaria de saúde [...] eu sempre to tentando trazer essa construção pra lá”.

A RMSF, que se caracteriza como um processo de formação a partir da inserção no trabalho contribui para o desenvolvimento de competências interdisciplinares para responder às necessidades e demandas de saúde da população e auxiliar na formação a partir da vivência cotidiana nos serviços de saúde, ou seja, no mundo do trabalho (GIL, 2005). Dessa forma, a compreensão das necessidades e demandas de saúde requer o conhecimento de todo processo saúde-doença adquirido nos saberes interdisciplinares, e a vivência cotidiana dos serviços é proporcionada de maneira mais efetiva através de práticas interprofissionais.

Nos serviços de saúde, a prática interprofissional, reconhecida como componente da organização dos serviços, permite a problematização e, por consequência, um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde. Isso tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, uma vez que possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI et al, 2013).

Percebe-se, então, que a Residência proporcionou não só a formação interdisciplinar ao pensar em saúde integral, como também novos modos de agir em equipe interprofissional, gerando ganhos tanto para a formação dos fisioterapeutas egressos quanto para os usuários que foram e posteriormente serão assistidos nos serviços de saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fisioterapeutas egressos consideraram essenciais as contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na formação interdisciplinar, uma vez que o programa proporcionou novas formas de pensar nos usuários do SUS de

forma holística considerando todo o processo saúde-doença.

Os participantes relataram, ainda, que as contribuições da Residência na formação profissional foram fundamentais para o desenvolvimento de habilidades e competências interprofissionais para promover mudanças no modo de atuação profissional atual, superando os desafios dos trabalhos fragmentados e desarticulados, o que favoreceu a inserção no mercado de trabalho da saúde da família/saúde pública, seja na gestão, assistência ou docência em ensino superior.

Por fim, as falas trouxeram importantes informações a respeito da formação que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família promove sobre a temática da interdisciplinaridade, e este trabalho sugere a necessidade de novas pesquisas, tanto interdisciplinares quanto interprofissionais no intuito de discorrer sobre esses temas na formação de recursos humanos na saúde, não só no campo da Fisioterapia, mas de todas as áreas profissionais, para a promoção de práticas de saúde mais integradas, articuladas e humanizadas.

REFERÊNCIAS

BLACK, N.; GRUEN, R. **Understanding health services**. Berkshire, Open University Press, 2005.

BONOW, C. A.; CEZAR-VAZ, M. R.; SANT'ANNA, C. F.; CARDOSO, L. S.; SILVA, M. R. S. **Limites e possibilidades do desenvolvimento de grupos criativos na Estratégia Saúde da Família**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás, v. 13, n. 4, p. 688-694, 2011.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1.

BRITES, L. S.; WEILLER, T. H.; SILVEIRA, D.; FRANÇOIS, A. P. W.; ROSA, F. M.; RIGHI, L. B. **“A gente vai aprendendo”**: o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 285-295, 2014.

BRASIL a. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 - Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 2005.

BRASIL b. Portaria Interministerial Nº 2117, de 3 de novembro de 2005. Institui a Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 Nov 2005, nº 212, Seção 1, p.112, 2005.

BRASIL. Departamento da Atenção Básica (DAB). **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**, 2015. (Acesso em 04/03/2015). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 60, (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2007.

CARDOSO, L. S.; CEZAR-VAZ, M. R.; SILVA, M. R. S.; COSTA, V. Z. **The purpose of the communication process of group activities in the Family Health Strategy**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 396-402, 2011.

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de**

première ligne au Québec [Tese]. Université de Montreal, Montreal, Canadá, 1997.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. **Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

FAZENDA, I. C. A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** 4ª ed. São Paulo: Loyola; 1996.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, N. D. L. **Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FURTADO, J. P. **Equipes de Referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões**. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, P. N. C.; RÊGO, R. M. V.; PASSOS, M. L. L. **Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira**. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 610-615, 2011.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LIGHTBURN, A.; SESSIONS, P. **Community-based clinical practice: re-creating the culture of care**, In: Lightburn A, Sessions P, editors. Handbook of community- based clinical practice. Oxford University Press, New York, p. 19-38, 2006.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30ªed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011, 108p.

NASCIMENTO, D. P. G.; OLIVEIRA, M. A. C. **Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NUNES, E. D. **Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. **Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

SANTOME, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artmed; 1998.

VAN WEEL, C.; MAESENEER, J.; ROBERTS, R. **Integration of personal and community health care**. Lancet, v. 372, p. 871-872, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.

A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: ANALOGIA ENTRE A PROPOSTA DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E UMA REALIDADE NA REGIÃO AMAZÔNICA

Geiferson Santos do Nascimento

União das Escolas Superiores de
Rondônia – UNIRON
Porto Velho-RO

Isabella Naiara de Almeida Moura

União das Escolas Superiores de
Rondônia – UNIRON
Porto Velho-RO

RESUMO: Com o decorrer dos anos verificou-se a necessidade uma assistência eficaz na atenção básica a saúde para assim atender as demandas assistenciais emanadas da população nacional. O Ministério da Saúde em 2008 realizou um grande avanço na área da atenção básica, criando o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), programa que veio a incorporar o profissional fisioterapeuta dentro de equipe multidisciplinar de atuação e fortificando assim suas competências. O presente estudo teve a interesse de efetivar uma analogia entre a proposta do NASF e a realidade prática do fisioterapeuta da atenção básica, sendo um estudo qualitativo, descritivo, de análise de conteúdo, realizado nas equipes de NASF existentes na cidade de Porto Velho, no estado de Rondônia. A amostra foi composta por dois fisioterapeutas, onde foram incluídos fisioterapeutas que atuam

diretamente no NASF. Para realização da analogia, foi necessário a divisão em quatro etapas: entrevista narrativa, transcrição, transcrição e análise conteúdo, onde o estudo seguiu as prescrições da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Com os resultados obtidos ficou devidamente comprovado que algumas propostas expedidas pelo NASF são executadas na cidade estudada, mas que existem dificuldades e fatores externos que influenciam diretamente na atuação do fisioterapeuta e no resultado de suas condutas, e que a demanda demasiada de pacientes na atenção secundária e terciária, dificultam a atuação do fisioterapeuta na área preventiva, levando assim a necessidade de uma revisão da proposta do NASF para especificação das atribuições do fisioterapeuta.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Atenção Primária a Saúde. Níveis de Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT: Over the years it has become necessary to provide effective assistance in basic health care in order to meet the healthcare demands of the national population. The Ministry of Health in 2008 made a major breakthrough in the area of basic care, creating the Family Health Support Center (NASF), a program that incorporated the professional physiotherapist into a multidisciplinary team to act and fortify

their skills. The present study had the interest of making an analogy between the NASF proposal and the practical reality of the basic care physiotherapist, being a qualitative, descriptive study of content analysis performed in NASF teams in the city of Porto Velho, in the state of Rondônia. The sample consisted of two physiotherapists, including physiotherapists who work directly in the NASF. For the accomplishment of the analogy, it was necessary to divide in four stages: narrative interview, transcription, transcreation and content analysis, where the study followed the prescriptions of Resolution 466/2012 of the National Health Council. With the results obtained it was duly proven that some proposals made by the NASF are executed in the city studied, but that there are difficulties and external factors that directly influence the performance of the physiotherapist and the result of their behaviors, and that the excessive demand of patients in the secondary and tertiary care, make difficult the physiotherapist's performance in the preventive area, thus necessitating a revision of the NASF proposal to specify the physiotherapist's assignments.

KEYWORDS: Physiotherapy. Primary Health Care. Health Levels. Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 para atender as necessidades da saúde populacional brasileira assegurado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) apresentando várias propostas, ideologias, princípios e estratégias de saúde coletiva (BRASIL, 1990). O Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com intuito de prevenir, promover e reabilitar a saúde da família de maneira integral, apresentando assim uma proposta de reorganização do SUS, dando uma maior ênfase na atenção primária à saúde da família (RAGSSON, 2004).

Com o decorrer dos anos verificou-se a necessidade uma assistência eficaz na Atenção Básica a Saúde (ABS) para assim atender as demandas assistenciais emanadas da população nacional. Diante desse fato, o MS criou através da Portaria nº 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que inseriu uma equipe multidisciplinar mínima para atender e melhorar a assistência ao indivíduo na ABS (BRASIL, 2008).

Com a criação do NASF, o fisioterapeuta assim como os outros profissionais foram inseridos ao ambiente assistencial da ABS e conseguiram ampliar seu campo de trabalho para contribuir de maneira direta na multi-assistencialidade aos indivíduos carecidos. Aliado a isso o fisioterapeuta foi visto por muitos anos como um profissional reabilitador que atua na lesão e todas as suas sequelas oriundas (CARVALHO, 2009), excluindo-se da visão geral algumas atuações como prevenção e promoção da saúde previsto na Diretriz Curricular como competência (RIBEIRO, 2002).

Atualmente inexistem estudos na área para a região demográfica da Amazônia, pois existem poucos estudos que evidenciam a atuação do fisioterapeuta na ABS, e os

poucos existentes ainda inviabilizam se essa atuação esta devidamente equiparada ao proposto pelo NASF (FORMIGA, 2012). O presente estudo irá agregar os estudos sobre a atuação fisioterapêutica na ABS que ao longo dos anos vem sendo desenvolvidos no Brasil, somando-se assim a literatura existente cuja finalidade é o enriquecimento da literatura de uma maneira qualitativa.

Desse modo, o objetivo deste estudo e efetivar uma comparação entre a proposta do NASF e a atuação prática do fisioterapeuta dentro de uma cidade da região amazônica.

2 | MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório da análise de conteúdo, compreendendo as experiências concebidas por determinado grupo e/ou classe social. O entrevistador organiza o método, planeja as ideias e hipóteses, possui uma fidedignidade maior nas análises realizadas, sendo esses fatos características de estudos exploratórios (MARCONI & LAKATOS, 1999).

A amostra foi composta por dois profissionais que atuam diretamente no NASF na cidade de Porto Velho, no estado de Rondônia, dentro da Amazônia Ocidental, sendo os mesmos os únicos profissionais a atuarem nesta área na cidade pesquisada. Foram excluídos profissionais que não tivessem atuação direta no NASF. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), sendo aprovado conforme CAAE nº 546694161.0000.0012.

As informações utilizadas como parâmetros do estudo, seguiram rigorosamente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que resguarda e regulamenta as informações, sigilo e anonimato dos participantes em pesquisas com seres humanos na área da saúde (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada em Maio de 2016, através do gravador de áudio do aparelho telefônico da marca Samsung Primer. Para controle dos dados, foi utilizada a Ficha de Documentação proposta por Flick (2004) para se manter de forma organizada a contextualização e a coleta dos dados.

O presente estudo foi dividido em quatro etapas: Entrevista Narrativa, Transcrição, Transcrição e Análise do Conteúdo.

A etapa da entrevista narrativa consiste no entrevistado discorrer sua visão e/ou opinião a cerca da ideia central sem tempo limite, devendo o entrevistador agir de maneira direta para que o entrevistado conte a história da ideia central apresentando todos os fatos necessários para tal e se possível em ordem cronológica do início até o término (HERMANN, 1995).

A etapa da transcrição é um simples, porém importante, é durante essa etapa que o pesquisador transcreve na íntegra toda a entrevista realizada, incluindo os vícios de linguagem, bordões, respeitando as regras, pausas, interpretações emocionais e

outros fatores que auxiliam o entrevistador na fase de análise do conteúdo (FLICK, 2004).

A etapa de transcrição é marcada por reescrever a entrevista retirando os vícios de linguagem e termos desnecessários para a análise do conteúdo, sendo uma etapa importante, pois irá refinar a transcrição para facilitar a análise, afinal durante a fase de análise de dados deve ser fácil de escrever, fácil de ler, de aprender e principalmente fácil de pesquisar (BRUCE, 1991).

A última etapa e a mais importante é a análise de conteúdo, pois trata-se de uma técnica que visa analisar a ideia central de um discurso através dos núcleos de sentido que compõe a comunicação e deve-se separar as entrevistas e/ou as partes que são essenciais para solucionar a problema do estudo. É nessa etapa que se faz a comparação entre o material analisado e as bases em critérios escolhidos como parâmetros (MINAYO, 2007)

Durante a última etapa para apuração e comparação, foram feitos recortes das falas e organizados de modo que possam ser confrontados com a literatura onde os entrevistados foram classificados em X e Y resguardando o sigilo das informações (MINAYO, 1996), sendo no caso do presente estudo, comparados a Portaria nº 154/GM do Ministério da Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A portaria que regulamenta o NASF não possui especificações técnicas exclusiva da atuação fisioterapêutica, contudo, possui no Anexo I, um rol de descrições das atividades que devam ser exercidas pelos profissionais que compõe o NASF (BRASIL, 2008).

Diante disso, e dentro das competências designadas para os fisioterapeutas, com base na grade curricular da graduação definida pelo Ministério da Educação (MEC) em 2002, foram separados seis trechos da portaria para efetivar a analogia entre a legislação e a realidade prática de atuação (BRASIL, 2002) com base nos dados colhidos, conforme tabela 1.

DEFINIÇÃO	TRECHOS DA PORTARIA nº 154/2008
Trecho I	Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pela ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.
Trecho II	Ações de Atividade Física/Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e os danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favorecem a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.
Trecho III	Veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado.
Trecho IV	Capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares.
Trecho V	Realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos.
Trecho VI	Desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão.

Tabela 1. Trechos da Portaria nº 154/2008 – Ministério da Saúde

Decorrente das análises e ainda das diversas aplicações textuais e interpretações realizadas nas entrevistas obtidas, foi devidamente verificado os apontamentos realizados pelas profissionais que atuam dentro do ABS quanto aos trechos retirados da Portaria nº 154/2008 do Ministério da Saúde, conforme tabela 2.

DEFINIÇÃO	ENTREVISTADO X	ENTREVISTADO Y
Trecho I	<p>[...] Existe um cronograma que determina a nossa atuação em uma unidade a cada dia, atendendo a demanda daquela unidade e suas particularidades. Ao final do mês são realizadas as reuniões técnicas, onde as equipes trazem suas necessidades [...]</p>	<p>[...] Todos os meses são realizadas reuniões em todas as equipes [...] enfatizamos também nas reuniões técnicas o trabalho interdisciplinar, pois em grupos volumosos, tende a ter problemas de conflito pessoal. Melhorando esse relacionamento interpessoal, faz com que a equipe trabalhe mais integrada e na mesma linha de raciocínio clínico para o paciente [...]</p>
Trecho II	<p>Conseguimos realizar muitos trabalhos com grupos [...] mas a população não se envolvia muito [...] e para ser mais eficaz essa atuação, atuamos nos grupos que as equipes já possuíam (Hipertensão, Gestantes, Crianças, Idosos), sendo desses grupos, o que apresentou maior índice de aceitação e participação, o Hipertensão [...]</p>	<p>Conseguimos desenvolver bons trabalhos em grupos nos últimos tempos, desde alongamentos, palestras, caminhadas, atividade física e outros [...] atualmente estamos inseridos dentro dos grupos mais volumosos como: Hipertensão, Gestantes, Homens e Adolescentes, sendo que existem outros grupos que estamos estudando maneiras de desenvolver trabalhos com esse público [...]</p>
Trecho III	<p>[...] O foco principal do NASF é a prevenção [...] devido à atenção básica ser uma área nova para a fisioterapia, quase não encontramos embasamento científico, e esse foi um dos percalços quando fomos palestrar sobre o NASF para as equipes. Para agregar precisou de muito contato com profissionais que já atuavam ou atuaram na área. [...].</p>	<p>[...] Os grupos já possuem uma estrutura a maior tempo e com isso já existia um trabalho preventivo antes do NASF [...] as atividades preventivas é prioritária [...] contudo, no início do NASF as equipes tinham pacientes em casos extremos há muito tempo e não sabiam qual rumo tomar com eles, aliado ainda a falta de estruturação do NASF para nos receber no início, passamos alguns meses só fazendo atendimento domiciliar[...].</p>
Trecho IV	<p>[...] As equipes sempre traziam novas ideias, resultados, dificuldades. O que pudessem ser ensinado para os agentes comunitários aplicarem, era feito, esses atos tiveram ganhos significativos na área de Assistência Social [...]</p>	<p>[...] enfatizamos as reuniões técnicas [...] os trabalhos e as atividades com as equipes de saúde fazem com que as mesmas prestem um serviço de qualidade para a população [...]</p>

Trecho V	<p>[...] Em uma situação mais extrema existe a necessidade da visita domiciliar para orientação da família [...] contudo quando NASF começou a atuar verificou que a maior demanda era do curativo [...] no caso da fisioterapia a população atendida possuía uma demanda volumosa de pacientes acamados e careciam de atendimento domiciliares, situação que eles pedem até hoje [...] não tivemos eficácia em atendimentos domiciliares, pois a demanda era muito grande e acabávamos atendendo cada paciente apenas uma vez ao mês, sendo que existe a necessidade de continuidade [...] acabávamos executando a ponte entre o paciente que necessitava da fisioterapia e o atendimento unidade pública ou clínicas escola, sendo as clínicas escolas a qual tínhamos mais retorno, porém existia outro problema, a ausência de profissionais como Fonoaudiólogo [...] esses fatos nos deixou (equipe) frustrados quanto ao atendimento domiciliar, pois necessitava-se e uma continuidade da terapia pelo menos duas vezes semanais, mas essa realidade era impossível diante da quantidade de equipes sob nossa responsabilidade [...]</p>	<p>[...] A demanda volumosa não permite uma continuidade no atendimento e nas visitas domiciliares e isso decepciona muitas vezes, pois o paciente apresenta poucas melhoras ou menos do que poderia alcançar [...] não é possível obter resultados satisfatórios e acaba que necessitamos enviar para os centros de tratamentos e clínicas escolas [...] sem dúvidas as clínicas escolas tem sido nossas grandes aliadas, pois acabam suprimindo essa demanda que precisa de atendimento continuado e proporcionando uma reabilitação [...] o fonoaudiólogo faz muita falta! É um tipo de serviço essencial nas visitas [...] minha maior frustração é não possui um retorno positivo nas visitas [...]</p>
Trecho VI	<p>Para desenvolver um papel reabilitador, é necessário a presença de mais profissionais, com a diminuição do número de equipes atendidas por NASF e a rotina que já temos prática, com isso tende-se a ter melhores resultados ao final e uma melhor dinamização do NASF em Porto Velho. Conseguiremos ainda ampliar o trabalho voltado par prevenção, esse será o grande foco e também a grande dificuldade a ser enfrentada [...]</p>	<p>Para que consigamos desenvolver a reabilitação de fato, estamos buscando saídas para conseguir ampliar a rede de atendimento do NASF e uma dela é fechar parceria com as faculdades, para que elas consigam desenvolver estágios dentro do NASF nas áreas profissionais que o NASF atualmente possui. Nosso propósito é fazer com que esses acadêmicos realizem as atividades preventivas em grupos e os profissionais do NASF possam dedicar maior tempo para os atendimentos domiciliares [...].</p>

Tabela 2. Recorte da entrevistas conforme trechos da Portaria nº 154/2008

O Trecho I é composto pelas atividades de desenvolvimento de terapias através de discussões e reuniões técnicas, aprimorando assim os serviços ofertados pelas ESF. Ao efetivar uma analogia entre o trecho em epígrafe e os recortes realizados, percebe-se em ambas as equipes que na prática existem as reuniões técnicas entre as equipes de saúde e a equipe do NASF, tendo como suma importância essas reuniões para formular novas propostas, condutas, a absorção de novas demandas e exclusão de casos sanados. É durante essas reuniões que possuem ainda as definições das atividades para o mês subsequente, sendo o fisioterapeuta, um profissional responsável pelo bem-estar e qualidade de vida da população.

Ribeiro (2017) em seu estudo demonstra a importância de profissionais como agentes comunitários e outros da equipe, nas reuniões técnicas, para a definição e adoção de medidas fisioterapêuticas eficazes e que condizem com a realidade clínica da população atendida.

Novais & Brito (2011) também destacou em seu estudo a importância do fisioterapeuta está inserido dentro da equipe do NASF, para assim nortear não somente as atividades que lhe compete, mas também nos planejamentos de ações e medidas da equipe do NASF e das equipes de saúde.

O Trecho II é composto pelas execuções de atividades físicas e corporais que visam à melhoria da qualidade de vida e a redução de possíveis agravos das patologias constantes na população atendida. Analisando o trecho e os recortes comparativos, destaca-se que ambos entrevistados, demonstraram que a medida mais comum encontrada para desenvolvimento da prática de ações para minimizar risco e promover uma melhor qualidade de vida, bem como ainda uma educação em saúde, são as ações em grupos, ações estas que atendem de uma maneira uniforme um maior número de pessoas em menos tempo da equipe. A importância dessas atividades em grupos visa dinamizar as informações e ações de modo generalizado, visto que será voltado para as necessidades específicas daquele grupo.

O estudo de Donato et al. (2004) demonstrou que o fisioterapeuta que atua diretamente na atenção primária a saúde, possui competência diferenciadas daquelas normalmente atribuídas a profissão de maneira generalizada. Bourne et al. (2007) e Escales et al. (2011) demonstram que a atuação do fisioterapeuta da atenção básica vai além de diagnóstico fisioterápico e as aptidões musculoesqueléticas, estendem-se também as atuações de forma a minimizar os riscos de agravantes da população assistida.

Já Spadden et al. (2012) em seu estudo foi além, enfatizou a importância das atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas na atenção básica e que essas atividades agregam na redução de uso de farmacológicos, acesso a informações básicas de saúde e por consequência uma melhora significativa na qualidade de vida da população.

O Trecho III traz consigo a importância de dinamizar as informações preventivas, sendo essas ações, medidas que diminuiriam o encaminhamento da população para

a atenção secundária e terciária, e ainda a melhora da saúde coletiva. Comparando o trecho utilizado com os recortes expressivos, percebe-se de maneira demasiada, um déficit da atuação do NASF na área preventiva. Embora que o intuito de prevenir tenha ganhado forças após o Pacto Nacional de Atenção Básica, não existem muitos estudos que sirvam de balizamento para atuação dentro da área preventiva e assim desenvolver uma prática baseada em evidência, dificultando as ações e aumentando a população que irá necessitar de atendimento secundário e terciário, decorrente da ausência de informação preventiva.

A atuação fisioterapêutica teve um empecilho ainda maior, devido ao número de pacientes que necessitavam de atendimento da atenção terciária, diminuindo assim significativamente o tempo que esses profissionais poderiam dedicar para atuar na prevenção de outros pacientes.

O Pacto Nacional pela Saúde, realizado no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde tratou a cerca pontos essenciais para a melhoria da saúde pública no país. Com isso o MS expediu o volume IV de medidas em 2006, sendo denominado de Pacto Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006), um programa de medidas que visavam ampliar a assistência e a melhoria dos atendimentos em âmbito nacional, minimizando assim os furos existentes que dificultavam esses serviços.

Bloemer (2002) e Martins & Duarte (2000) fomentaram que a atuação fisioterapêutica de forma preventiva possui grande relevância para a população atendida, uma vez que esse atendimento precoce, minimizará os riscos de alterações posturais, exacerbação de doenças crônicas e educação em saúde.

Contudo, Formiga (2012) em seu estudo demonstrou que a realidade da prevenção no Brasil ainda é uma dificuldade rotineira da prática fisioterapêutica da atenção básica, pois existe uma necessidade de caráter mais emergencial, que é a atenção terciária.

O Trecho IV retrata a necessidade da capacitação de agentes comunitários em saúde para desenvolver atividades de facilitadores e com isso minimizar as demandas de casos que necessitem de atendimento do NASF. Após a devida analogia, é notório que existe a capacitação dos agentes comunitários como facilitadores e difusores de informações, levando assim até a população. A educação permanente em saúde existente dentro da equipe do NASF, permitindo assim uma atuação mais eficaz, portanto, a atuação terá como base os aprendizados específicos, gerando resultados significativos quando comparados com a atuação restrita dos profissionais dos NASF para todos os casos, inclusive os de pequena relevância.

Hendricks et al. (2003) destaca a eficiência do fisioterapeuta inserido na equipe de atenção básica, para o desenvolvimento do conhecimento dos demais profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, as potencialidades da equipe e a atuação eficaz de atendimentos básicos, sendo de suma importância o repasse e transposição de informações e conhecimento.

O MS realizou a implementação da Educação Permanente em Saúde através

da Portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007), visando assim atender ao regulamento do Pacto Nacional pela Saúde e trazendo assim a necessidade de capacitação dos servidores da área da saúde tomando como referência as necessidades das pessoas e da população atendida, bem como ainda a valorização do trabalho e dos trabalhadores que operam na área da saúde.

Somando-se ainda, é possível perceber no estudo de Nahur (2007) o relevante conceito de interdisciplinaridade, uma vez que a atuação interdisciplinar permite uma visão geral nas necessidades da população, define prioridades nos serviços e nas demandas, e ainda aproxima os profissionais para o diálogo e discurso, proporcionando assim uma soma de informações e conhecimentos.

O Trecho V traz consigo a necessidade primordial no caso do fisioterapeuta inserido no NASF, sendo nesse contexto do qual é possível verificar as necessidades de casos extremos, das rotinas de visitas domiciliares e as necessidades da população. Verificando os recortes realizados, é possível perceber inúmeras dificuldades apresentadas pelos profissionais, que vão desde: falta de profissionais específicos; demanda exacerbada; falta de profissionais no quadro; periodicidade de atendimento e outros. Todos esses fatores interferem diretamente no resultado final do processo de atendimento do paciente, sendo possível verificar ainda em ambos os recortes, a frustração como profissional fisioterapeuta, por não conseguir atingir o objetivo necessário com o paciente e com isso não conseguir desenvolver de maneira satisfatória para o paciente e para si, o seu trabalho.

Bispo-Júnior (2010) demonstra que grande parte da prioridade do fisioterapeuta que atua na atenção básica, são os pacientes que possuem dificuldade para terem acesso a atenção secundária e terciária, emanando assim demandas elevadas de atendimentos domiciliares e com isso, impossibilitando que os mesmos executem ou desenvolvam trabalhos preventivos.

Castro et al. (2006) demonstrou que ausência de profissionais específicos dentro das necessidades da atenção básica, aliado ainda ao número reduzido de profissionais atuantes, traziam sérios riscos a potencialidade existente da atuação fisioterapêutica. Tal atuação poderia ficar comprometida, impossibilitando o sucesso das condutas, uma vez que a ausência de um trabalho multidisciplinar por ausência de profissionais ou ainda um atendimento esporádico decorrente da alta demanda, causariam restrições diretas à evolução fisioterápica dos pacientes.

A cidade de Porto Velho contava com dois NASF tipo II, conforme relato das entrevistas, contendo o Art. 6º § 2º da Portaria 154/08 (BRASIL, 2008), define que somente as cidades com menos de 10 habitantes por quilometro quadrado poderiam possuir NASF tipo II. Em conformidade com último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) do ano de 2015, a cidade apresentava uma densidade demográfica de 14,75 hab/km², sendo assim necessitando de uma reestruturação do NASF.

Mediante isso, no ano de 2016, os dois NASF tipo II foram fundidos formando

assim um NASF tipo I, composto por: dois Nutricionistas; dois Fisioterapeutas; dois Assistentes Sociais e dois Psicólogos, atendendo assim as necessidades previstas em legislação e assistindo oito equipes de saúde da família, dentro dos parâmetros do Art. 3 da Portaria nº 3.124/2012-MS (BRASIL, 2013). Contudo, existe a necessidade de revisão da estruturação do NASF na cidade de Porto Velho, uma vez que a cidade possui mais equipes de saúde da família que carecem de atendimento e ainda não possuem NASF para prestar esse atendimento matricial.

Litchfield et al. (2002) retrata em seu estudo, a influência dos fatores externos ao desenvolvimento da atuação profissional, e que eles acarretam prejuízos a qualidade dos serviços prestados, a qualidade psicológica e o grau de satisfação do profissional envolvido, sendo que dependendo do grau dos fatores externos, os mesmos podem desenvolver distúrbios psicológicos e Síndrome de Burnout.

O Trecho VI reportar a necessidade de desenvolvimento das ações de reabilitação baseada na comunidade, entendendo assim a necessidade da demanda local e as necessidades específicas. Verificando os recortes realizados, percebe-se que na situação atuação que encontra-se o NASF na cidade Porto Velho, o papel reabilitador não possui muita eficácia, pois tende a ter dificuldades com as demandas e quantidade de profissionais. Outro ponto ainda que torna-se esse papel dificultoso é a disponibilização de estrutura física para esse tipo de serviços, sendo que a saída mais viável atualmente, é o encaminhamento para as clínicas escolas e a tentativa de parcerias com as Instituições de Ensino Superior.

Castro et al. (2006) cita em seu estudo a necessidade de estruturação física dos locais para desenvolvimento das ações do fisioterapeuta na atenção básica, onde um profissional sem estruturação física, possui as suas atribuições restritas e limitadas as condições simples de atuação.

Bispo-Júnior (2010) enfatiza que a formação do acadêmico fisioterapeuta no Brasil ainda é muito individualista e voltada para a atenção terciária colocando o processo reabilitador como ponto principal da profissão e esquecendo a necessidade do conhecimento e aplicação técnica no processo de saúde/doença.

Formiga (2012) relata ainda que os acadêmicos necessitam de um processo de aprendizagem mais amplo, e que a comunidade, assim como os domicílios e unidade de saúde, possa ser campos de desenvolvimento das práticas preventivas e do papel do fisioterapeuta na educação em saúde. Enfatiza ainda as mudanças ocorridas nos últimos anos pelas Instituições de Ensino Superior e como esse papel preventivo vem sendo trabalho para uma nova visão do tema com os acadêmicos.

4 | CONCLUSÃO

Nos últimos anos a fisioterapia tem ampliado o desenvolvimento de atividades relacionadas à atenção básica a saúde no Brasil, propondo assim um novo modelo

assistencial, contribuindo de maneira direta para o cenário da atenção secundária e terciária. O presente estudo retrata essa ampliação a partir de relato de experiências profissionais, onde o desenvolvimento das atividades são rotineiras e as situações encontradas somam-se a capacitação profissional para o desempenho.

Traz ainda a nova visão das Instituições de Ensino Superior, que estão voltando atividades para a atenção básica, onde as experiências acadêmicas irão contribuir de maneira direta na formação diária do futuro profissional.

A proposta do NASF tem como objetivo, direcionar os profissionais quanto às atuações. Nesse contexto, foi relevante verificar as experiências profissionais e a realidade na cidade de Porto Velho, pois muitas vezes as atribuições propostas pelo NASF ficam impossibilitadas do desenvolvimento, decorrente de fatores externos, como foi evidenciado a situação de visitas domiciliares.

Vale ressaltar ainda que esses dados constantes no estudo sobre as vivências profissionais são informações valiosas, visto que não existem estudos na região demográfica estudada a cerca do assunto e que atualmente na literatura, existe poucos relatos de experiências para se balizar sobre a atuação equiparada ao NASF. É possível verificar no presente estudo, que as propostas instituídas pelo NASF, quanto ao fisioterapeuta, tentam-se ser colocadas em práticas diariamente, mesmo diante de inúmeras dificuldades apresentadas, e que mesmo com número reduzido de profissionais, os fisioterapeutas envolvidos buscam um atendimento de excelência, dentro das limitações as quais estão imposto.

A atuação do fisioterapeuta na atenção básica ainda está em construção, e existem inúmeras barreiras que precisam ser superadas, e é com base nas experiências conhecidas que podemos evidenciar essas barreiras. É fundamental a aplicação de melhorias nas propostas impostas pelo NASF, como por exemplo, a criação de parâmetros para definição de quantidade de NASF por quantidade de habitantes. Contudo ainda não existem indicadores que possam demonstrar uma relação mais adequada a esse ponto.

Por fim, é necessário destacar que as atividades dos fisioterapeutas da atenção básica, vêm sendo desenvolvida com base na proposta, mas carece ainda de um foco principal de suas ações, permitindo assim um melhor desenvolvimento das atividades e um reconhecimento das suas competências dentro da atenção básica.

REFERÊNCIAS

BISPO-JÚNIOR J. P. **Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais.** Rev C.S Col, 15 (supl. 1):1627-1636, 2010.

BLOEMER R. **Postura e desconforto corporal em um ambiente de trabalho informatizado** [Monografia]. Tubarão: Unisul, 2002, 14 p.

BOURNE J. A. DZIEDZIC K. MORRIS S. J. JONES P. W. SIM J. **Survey of the perceived professional, educational and personal needs of physiotherapists in primary care and community settings.** Health Soc Care Community. 2007;15(3):231-7.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativa da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2015**. 2015. Disponível em/ Available in: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/nota_metodologica_2015.pdf Acesso em / Access in: 20 de Maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Educação, **Resolução n.4 aprovada em 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Diário Oficial da União, de 4 de Mar.de 2002, Seção 1, p. 11.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Pacto Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, volume n. 4, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 201, 16 Dez. 2012. Seção 1, p. 210.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União, n. 18, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 jan. 2013. Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

BRASIL, Presidência da República, Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 174, 05 Out. 1988. Seção 1, p.16.

BRASIL, Presidência de República, Casa Civil. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 182, 20 Set. 1990. Seção 1, p 01.

BRUCE G. **Directions in corpus linguistics: proceedings of the nobel symposium 82**. Comments, Berlim, 1991.

CARVALHO S. T. **Conhecimento e percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a Fisioterapia [dissertação]**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.

CASTRO S. S. CIPRIANO-JUNIOR G. MARTINHO A. **Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão**. Rev. Fisiot. Mov.,19(4):55-62, 2006.

DONATO E. B. DUVALL R. E. GODGES J. J. ZIMMERMAN G. J. GREATHOUSE D. G. **Practice analysis: defining the clinical practice of primary contact physical therapy**. J Orthop Sports Phys Ther. 2004;34(6):284–304.

ESCALES P. F. VILAR J. M. CAMACHO C. I. **La fisioterapia en atención primaria: estudio em La ciudad de Valencia**. Fisioterapia. 2011;33(4):166–72.

FLICK U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. trad. Sandra Netz – 2ª Ed. – Porto Alegre : Bookman, 2004.

- FORMIGA N. F. B. **Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta do núcleo de apoio à saúde da família (NASF)**. Rev. Bras. De Ciência em Saúde. 2012;16(2):113-122.
- HENDRIKS E. J. KERSSSENS J. J. NELSON R. M. OSTENDORP R. A. B. **Health care one-time physical therapist consultation in primary health care**. Phys Ther. 2003;83(10):918–31.
- HERMANNNS H. **Handbuch qualitative sozialforschung**. Narratives interview, 2^a Ed. Verlags. 1995.
- LITCHFIEL R. MACDOUGALL C. **Professional issues for physiotherapists in family-centred and Community - based settings**. Aust. J Physiother. 2002;48(2):105–112.
- MARCONI M.A. LAKATOS E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999, 260p.
- MARTINS C. O. DUARTE M. F. S. **Efeitos da ginástica laboral em servidores da reitoria da UFSC**. Rev Bras Ciên e Mov, 8(4):7-13, 2000.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Hucitec, 2007.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, 269p.
- NAHUR M. T. M. **Interdisciplinaridade: eixo de articulação da Bioética e do Biodireito**. Bioética. [artigo online]. *Unisal*, 2007. Disponível em/ Available in: www.lo.unisal.br/sistemas/bioetica/arquivos/artigoc.doc. Acesso em / Access in: 20 de Maio de 2016.
- NOVAIS B. K. L. L. BRITO G. E. G. **Percepção sobre o trabalho da fisioterapia na atenção primária**. Rev. Aten. Prim. Saúde. 2011;14:424-434.
- RAGSSON C. A. P. ALMEIDA D. C. S. COMPARIN K. MISCHIATI M.F. GOMES J. T. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional**. [monografia online]. Cascavel; Unioeste, 2004; Disponível em: http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf. Acessado em: 14 de setembro de 2015.
- RIBEIRO K. S. Q. S. **A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária**. Fisioterapia Brasil, 3(5):311 – 18, 2002.
- RIBEIRO K. S. Q. S. ARAÚJO NETO M. J. ARANGIO M. G. NASCIMENTO P. B. S. **A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica**. Rev APS, 10(2):123-48, 2007.
- SPADDEN C. THERRIEN M. EWEN I. R. **Care coordination for children with special health care needs and roles for physical therapists**. Pediatr Phys Ther. 2012;24(1):70–7.

HIP HOP E TERAPIA OCUPACIONAL : IDENTIDADE, CONSCIENTIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE JOVENS

Heliana Castro Alves

Departamento de Terapia Ocupacional
Universidade Federal do Triângulo
Mineiro – UFTM, Uberaba, MG, Brasil

Natasha Pompeu de Oliveira

Universidade Federal do Triângulo
Mineiro – UFTM, Uberaba, MG, Brasil

Aline Dessupoio Chaves

Departamento de Educação Física, Universidade
Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Uberaba
MG, Brasil

RESUMO: O Hip Hop é considerado um movimento artístico de contestação social que forma um sistema simbólico orientador das práticas culturais e das atitudes juvenis possibilitando a cidadania e o reconhecimento social. Esta pesquisa teve por objetivo descrever e analisar a utilização do Hip Hop como estratégia para a construção da identidade, conscientização, participação e inclusão social de jovens inseridos no cotidiano de comunidades periféricas na perspectiva dos direitos culturais. O estudo consistiu num estudo de caso, de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu durante um ano a partir de 10 entrevistas semiestruturadas e filmagem de oficinas artístico-culturais no contexto terapêutico ocupacional, atuando na interface entre o campo social, o campo cultural

e o campo da educação não formal. A análise de conteúdo temática gerou três categorias temáticas: Construção da identidade e resgate da trajetória de vida; hip hop como expressão da realidade social; Inclusão e participação social. A pesquisa sugere que o Hip Hop pode ser um recurso pertinente nas práticas socioeducativas, possibilitando a reflexão crítica de jovens em situação de vulnerabilidade social sobre os seus contextos, no resgate da trajetória de vida, construção identitária e participação social.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional, Educação, Justiça Social, Direitos Humanos, Cultura.

HIP HOP AND OCCUPATIONAL THERAPY: IDENTITY, AWARENESS AND SOCIAL PARTICIPATION OF YOUNG PEOPLE

ABSTRACT: Hip Hop is considered an artistic movement of social protest, which forms a symbolic guiding system of cultural practices and youth attitudes, enabling citizenship and social recognition. This study aimed to describe and analyze the use of hip hop as a strategy for the construction of identity, awareness, participation and social inclusion of young people in the daily life of peripheral communities from the perspective of cultural rights. This is a case study with a qualitative approach. Data collection took place over a year using 10 semi-structured interviews and footage of artistic and cultural

workshops in the occupational therapeutic context, working at the interface between the social, the cultural field and the field of non-formal education. The thematic content analysis created three themes: Identity Construction and rescue the life course; Hip Hop as an expression of social reality; Social inclusion and participation. This research suggests that Hip Hop can be a useful resource in socio-educational practices, enabling critical reflection of young people in social vulnerability on their contexts, the rescue of the life course, identity construction and social participation.

KEYWORDS: *Occupational Therapy, Education, Social Justice, Human Rights, Culture.*

1 | INTRODUÇÃO

É possível observarmos, nos últimos anos, um alargamento da atuação do terapeuta ocupacional que passa a ser visto como um profissional que apresenta como perspectiva de atuação um compromisso com uma prática interdisciplinar voltada para o sujeito coletivo e seu território. Ao articular a dimensão macroestrutural com o conhecimento amplo do território e a dimensão microsocial pelas histórias de vida que se traduzem a partir dos sujeitos coletivos (LOPES; SILVA, 2007), a terapia ocupacional busca um entendimento amplo das suas intervenções tanto no campo social quanto no campo da educação e cultura e, sobretudo, na interface entre estes diferentes campos. Neste cenário, a intervenção da terapia ocupacional na educação não-formal se alinha a partir de uma proximidade epistemológica de sua prática fundamentalmente territorial a partir de tecnologias sociais que visam à inclusão e participação social de sujeitos coletivos inseridos num determinado território e contexto sócio-político e cultural. Entre as tecnologias sociais utilizadas por este profissional, destacam-se as atividades artístico-culturais que são redimensionadas e ressignificadas dependendo do contexto de atuação.

O Hip Hop constitui um movimento de cultura juvenil que surgiu nos Estados Unidos na década de 60 a partir de práticas culturais dos jovens negros e latino-americanos nos guetos e ruas dos grandes centros urbanos. Composta por quatro elementos básicos (o Mestre de cerimônia, o DisJoquei, o Break e o grafite), a cultura Hip Hop constitui, um sistema orientador das práticas culturais e das atitudes da juventude de periferia e apresenta uma gama diversa de linguagens artísticas (STOPPA, 2005; MAGRO, 2002; WELLER, 2000). Segundo Magro (2002), o movimento passou a ser difundido no Brasil a partir da década de 80, tornando-se, principalmente para os jovens da periferia urbana, um meio fecundo para mobilização e conscientização. Frequentemente, a juventude da periferia urbana é vinculada a um conjunto de fatores que a vulnerabiliza diante das consequências da desigualdade social. Concebe-se a juventude a partir da construção sócio-histórica implicada na relação deste sujeito com a sociedade retratando ainda um período do desenvolvimento que tem por essência a transformação: um constante processo de contestação e renegociação com as questões da vida coletiva. Deve-se, portanto, reconhecer o jovem como um sujeito capaz de

formular questões relevantes e ações significativas no campo social (MAGRO, 2002). Paralelamente e de forma imbricada com a juventude pobre, o contexto social em que o movimento cultural de Hip Hop passou a se evidenciar na sociedade se reflete no processo de exclusão social, preconceito em relação às minorias étnicas e perda de direitos sociais por parte de uma população marginalizada. Nesta conjuntura, o movimento hip hop é considerado um movimento de periferia e de caráter sociopolítico constituindo uma cultura de contestação e protesto perante a desigualdade.

A prática do terapeuta ocupacional no contexto da educação não formal pode se revelar particularmente profícua se relacionada à noção de cultura na sua dimensão estético-política, envolvendo, entre outros aspectos: o exercício dos direitos culturais, a aprendizagem política da cidadania e a vivência de um processo de conscientização. Esta prática deve possibilitar a articulação dos interesses do jovem nos do meio social em que está inserido, por meio de mecanismos de participação social que o terapeuta ocupacional pode agenciar durante sua prática. O papel deste profissional em consideração a um movimento cultural já consolidado deve, porém, levar em consideração as dinâmicas e lógicas próprias que são desenvolvidas no interior destas práticas culturais. Considerando o movimento Hip Hop uma manifestação artística contestatória e de caráter educativo/sociocultural, e ainda na perspectiva dos direitos culturais e justiça social, esta pesquisa teve por objetivo descrever e analisar a utilização do Hip Hop como estratégia para a construção da identidade, participação e inclusão social de jovens em situação de vulnerabilidade social, na interface entre terapia ocupacional, cultura e educação.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa de abordagem qualitativa teve caráter exploratório, na forma de um Estudo de Caso, com uma população constituída por dez jovens, homens e mulheres, inseridos no movimento Hip Hop, apresentando entre 14 e 17 anos, residentes em bairros periféricos de um município no interior de Minas Gerais. A pesquisa foi realizada entre 2010 e 2011, em dois bairros diferentes, sendo que, em um deles, realizou-se parceria com uma ONG de ação local. Os jovens que participaram da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo informados sobre os procedimentos e objetivos do estudo. Primeiramente foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas, contendo questões acerca da percepção e concepção do movimento Hip Hop, do bairro em que vivem, descrição do cotidiano e sobre a participação dos jovens nos respectivos bairros. A segunda parte da pesquisa consistiu na oferta de oficinas artísticas e educativas no contexto terapêutico ocupacional. Para a coleta de dados, também foram realizados Diários de Campo (D.C) dos pesquisadores, anotando-se as percepções durante a coleta de dados. A análise de dados foi realizada a partir de análise de conteúdo temática.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira categoria “Hip Hop na construção da identidade e resgate da trajetória de vida” se constituiu a partir de relatos e vivências dos adolescentes quando estes expressaram, no coletivo mudanças na postura diante da vida através da filosofia do movimento Hip Hop, além de conter o processo de resgate espontâneo de memória da trajetória de vida ocorrido a partir das oficinas de escuta ativa de rappers. Foi possível observar que o Hip Hop é considerado por estes jovens como uma atividade significativa e motivacional, presente no cotidiano, permitindo um processo reflexivo e um amadurecimento destes adolescentes em seus contextos de vida. A categoria também discute como os elementos do Hip Hop se apresentam na vida dos adolescentes na afirmação de marca identitária.

Alguns estudos relacionam o Hip Hop a um importante movimento ligado à juventude de periferia que exprime um determinado estilo de vida vinculado simbolicamente à prática sociocultural (MAGRO, 2002; STOPPA, 2005; WELLER, 2000). Durante as oficinas, os jovens aludiam aos componentes estético-corporais das pessoas que participam do movimento cultural a partir de elementos-signos como roupas largas, boné, além da estilização da linguagem, estilo de dança, modo de andar (técnicas corporais) e canto. Este discurso parecia demonstrar a necessidade de imprimir uma maneira peculiar de expressão, marcada pelo corpo e cultura, como um enfrentamento à sociedade excludente e estigmatizadora, reafirmando uma condição de marginalidade que os diferencia de uma massa. A condição de marginalidade ainda é retratada pelos jovens como um fator positivo, relacionado à diferenciação resistente a partir dos gestos, cor da pele, classe social, compondo, assim, formas identitárias diferenciadoras, típicas da fase transformadora e crítica da juventude: *“Olha Hip Hop, a coisa às vezes meio que é criticado, às vezes pelo estilo das roupas que usamos, pelo jeito de falar e andar, mas assim também tem coisas boas para ser tirada de dentro do Hip Hop e saber aproveitar da melhor forma possível e muita gente acha que Hip Hop é para preto, morador de favela e nem é, hoje graças a Deus tá bem melhor, as pessoas entende um pouco melhor” (W).*

Os elementos do Hip Hop caracterizam-se, portanto, como marcas constitutivas de uma “identidade”. As “diferenças culturais”. aqui são evidenciadas na divisão de classes cujos símbolos se materializam nos signos corporais e atitudinais - o modo de vida de um rapper. A partir destes símbolos diferenciadores, os jovens mostravam uma forte identificação ideológica e uma nova maneira de enfrentar problemas, seja a partir da expressão artística, seja a partir da participação efetiva no movimento, expressando sua singularidade. Os jovens expressam que a partir desta atividade eles começam a apresentar reflexões que agenciam processos de aprendizagem e mudança, levando-os a pensar em novas soluções para os problemas vivenciados no cotidiano. Retratar o movimento Hip Hop como um signo sociocultural que imprime uma marca identitária para a expressão da juventude marginalizada remete a Paulo Freire

quando este afirma que a singularidade do homem e sua cultura devem ser respeitadas para que haja mudança social. Portanto, trabalhar no âmbito da educação com jovens em situação de vulnerabilidade no contexto terapêutico ocupacional pressupõe um mergulho na sua cultura a partir dos pressupostos ideológicos e formas de expressão intrínsecos ao movimento. A cultura é compreendida como um espaço estético de resistência e luta social e passa a ser vista no seu caráter relacional, em que os fatores de classe, etnia e gênero também podem estar implicados.. Em consideração às marcas identitárias relacionadas ao gênero artístico deste movimento, é necessário observar que, segundo Alves (2001), neste contexto cultural e artístico, busca-se compreender as relações possíveis entre o processo de criação (que ocorre no ato de dançar, grafitar) e a constituição da subjetividade num contexto demarcado pela exclusão social, investigando, assim, a movimentação dos sentidos para encontrar as reais possibilidades do jovem na criação de uma estética própria. Percebe-se como a utilização dos elementos do Hip Hop está relacionada à construção de subjetividades num constante processo de aprendizagem em que o jovem busca gerir uma visão de mundo que é construída a partir de uma relação significativa e significante com o meio social: [...] o quinto [elemento] é o conhecimento e o Hip Hop para mim é a onde eu mais consegui assim mudar o meu jeito de ser, de pensar e de agir [...] e eu também tendo esta visão foi que ele fez eu querer saber mais e mais e compreender mais as coisas, querer conhecer as coisas, saber mais, me fez evoluir [...] para vida, maneira de pensar, perceber as coisas e lidar com as pessoas (W).

Neste sentido, o jovem, ao reafirmar seu processo de construção de identidade, consegue, a partir da expressão de suas opiniões na música, ou a partir do resgate de história de vida, reconhecer a possibilidade de participar das relações sociais e, ao mesmo tempo, investir no seu autoconhecimento (MAGRO, 2002). Enquanto postura epistemológica voltada para o método do Paulo Freire, os pesquisadores valorizavam, sobretudo, a bagagem cultural anterior que os jovens traziam a partir da seleção da música, letras e coreografias. Porém, em alguns encontros, eram oferecidos aos participantes alguns rappers desconhecidos por eles, principalmente músicas que tratavam sobre personalidades negras. O contato com este material indicou a possibilidade de aprendizagem e reflexão, possibilitando novas referências para as ações cotidianas, além de reafirmação e valorização da identidade negra. Magro (2002) afirma o Hip Hop como um espaço de referência para os jovens, no qual é possível desenvolver um sentido de identidade radicalizado na experiência social, cultural e étnica. O Hip Hop possibilita, a partir da ação coletiva, a promoção do sentimento de pertença social: o jovem de periferia urbana, pobre, negro identifica-se com esta cultura por uma relação que este estabelece diretamente com sua realidade de vida e na forma como ele se insere na sociedade. Os elementos do Hip Hop caracterizam-se, portanto, com uma marca constitutiva de uma “identidade”, de um lugar, meio pelo qual as pessoas relacionam-se entre si e com o mundo (STOPPA, 2005). A música produz trilhas sonoras que embalam o cotidiano da vida social, afetiva e profissional das

peças. Os resultados indicam o rapper como uma forma de expressão que permite o resgate de memórias e histórias de vida, possibilitando assim o autoconhecimento, a aproximação entre terapeuta/jovem, além de agenciar reflexões sobre perspectivas de vida. Mesmo diante do caráter coletivo nos espaços socioeducativos, admite-se que o resultado pode ser absorvido individualmente (GOHN, 1999). Durante as oficinas o resgate espontâneo de histórias de vida se deu a partir de raps que os próprios jovens escolhiam: *“A música que mais mexe comigo é Góes, ‘quando o pai se vai’, pois ela é muito parecida com a história do pai que fez tudo que podia para a família, eu gostava de ficar com ele, de fazer as coisas com ele como futebol”* (W). Percebe-se, assim, que o contato com os rappers possibilitou a abertura de uma via de comunicação espontânea com os terapeutas ocupacionais que, por sua vez, aproveitavam o recurso simbólico das letras das músicas como um espaço forjado na relação com os jovens a partir de suas narrativas de vida. É interessante sinalizar que muitas vezes suas histórias se misturavam à própria letra da música durante o diálogo, mostrando o potencial da música como suporte material facilitador para a expressão do jovem. O rapper como instrumento para o resgate da trajetória de vida também esteve presente a partir de relato de outros participantes. No caso de J., ao selecionar e trazer uma música para o grupo ouvir, além de relatar, espontaneamente sua trajetória de vida entrelaçada à de sua mãe (antiga usuária de drogas que morreu assassinada pelo companheiro), também afirmou suas escolhas e perspectivas de futuro, tentando se diferenciar dessa realidade. Um dia, J. trouxe o rapper “Naquela Sala”, para nosso encontro e afirmou que essa música faz ela pensar na sua mãe que morreu espancada grávida de 7 meses no contexto do tráfico de drogas. A jovem disse ainda que esse é um dos fatores que ela, J. se separou do seu ex-companheiro, pelo fato dele estar envolvido com drogas. J. comentou que eles fizeram um trato que ele não precisava ajudar em nada com as crianças, mas que também não queria ele perto deles [...] assim ela teria uma história bem diferente de sua mãe (Diário de Campo). O clima emocional de partilha coletiva de histórias de vida a partir dos rappers enquanto um importante indicador da reflexividade provocada por este elemento na construção da identidade dos jovens corrobora com Weller (2000, p. 223) quando este afirma que “[...] os jovens compreendem o movimento como elemento de identificação com a verdade e com sua história de vida, constituindo uma partilha coletiva das experiências vividas.”

A segunda Categoria Vulnerabilidade e Suporte: Hip Hop como expressão da realidade social, é constituída pela percepção dos adolescentes em relação às situações de vulnerabilidade social presentes no bairro, como drogas, violência, relações conflituosas com a polícia, sociabilidade negativa com moradores do bairro, estigma social, assim como a percepção destes atores em relação aos equipamentos sociais presentes que garantem suporte social para o enfrentamento destas adversidades. Esta categoria também aborda a sociabilidade positiva que pode, em alguns momentos e para alguns dos jovens, estar presente no cotidiano do bairro em que vivem, atuando

como pontos de apoio para o seu desenvolvimento.

Os conteúdos aqui explicitados foram coletados a partir de oficinas terapêutico-ocupacionais de escuta ativa de músicas, identificando-as com os espaços sociais presentes no bairro e a identificação direta, por parte dos jovens, dos elementos discursivos apontados nos rappers com os acontecimentos cotidianos do bairro em que moram. Os jovens expressavam, a partir dos rappers escutados e discutidos, as formas de violência presentes no bairro, como brigas entre vizinhos e até mesmo dentro da família: [...] estas meninas de doze trezes anos se prostituindo, meninos de dez anos fazendo corre a para os caras vim, até eu mesmo já tive um problema com isso com a minha mãe: uma mulher que mora de frente em casa não converso com ela, ela falou para minha mãe que eu tava fazendo aviãozinho ai eu acabei apanhando do meu pai [...] depois que eu fiquei comecei a ficar dentro de casa este problema começou a sumir dai de repente eu saí pra fora para ver, tava bem pior que isso parece que o mundo começou a acabar de uma hora para outra, as drogas foi tomando conta do mundo hoje em dia eu não vejo nada de bom no mundo só violência (D). A partir dos rappers os participantes relatam o fenômeno da violência nas suas múltiplas facetas: a prostituição infantil, a presença do tráfico de drogas; práticas educativas parentais baseadas na coerção física além de, em alguns casos, a ausência de redes de solidariedades no bairro: *“Eu vejo traição... brigas, estas coisas assim [...] lá perto de casa se você passa perto de casa só vê um tanto de nego xingando, minha rua não é uma rua de se confiar não”* (D).

Sabe-se que a situação de vulnerabilidade é acentuada quando os adolescentes são submetidos a situações de vulnerabilidade social, na presença de vários fatores, especialmente aqueles de origem externa, relacionado ao ambiente social impactando o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e moral. Dentre estes, cita-se a violência física e psicológica, a negligência ou o abandono por parte dos pais, a morte de familiares, o envolvimento com o tráfico ou consumo de drogas, a pobreza, entre outros. Durante o processo de criação de novos conhecimentos no espaço educativo não formal, o agir comunicativo dos indivíduos, como reflete Gohn (1999), se volta para o entendimento dos fatos e fenômenos sociais cotidianos que são elaborados a partir das experiências anteriores segundo as condições histórico-sociais de determinado tempo e lugar. Levando em consideração que os relatos eram realizados a partir da escuta de rappers durante os encontros, percebe-se que a cultura emerge como prática de produção de significados, espaço e campo de significações. As oficinas possibilitaram o processo de aprendizagem a partir de uma apreensão coletiva da realidade social dos jovens, inovando as redes sociais para o estabelecimento de processos reflexivos entre estes atores sociais. Neste sentido, Paulo Freire (1980) realiza importantes reflexões acerca do caráter conscientizador de práticas educativas, aludindo ao desenvolvimento crítico da tomada de consciência por parte do sujeito acerca da sua realidade social. A conscientização é constituída por um ato de desvelamento, decodificação da realidade, ou seja, tomar “posse” desta realidade, envolvendo necessariamente o ato de ação-

reflexão do sujeito. A partir da reflexão crítica neste ato de “des-velar”, o homem pode esclarecer as dimensões obscuras que resultam de sua aproximação com o mundo e, antes de tudo, uma postura politizada que insere criticamente o sujeito na história. Por isso, a conscientização se constitui como um compromisso histórico (FREIRE, 1980). Desta forma, o Hip Hop tem sido percebido por vários estudiosos como um movimento social juvenil que possibilita a mobilização e conscientização destes jovens (MAGRO, 2002; WELLER, 2000).

A relação conflituosa com a polícia foi um dos aspectos abordados pelos adolescentes, enquanto reflexo da estigmatização social contra as condições socioeconômicas, além de apontar também os fatores culturais impressos em signos identitários relacionados ao movimento Hip Hop (estilo de roupas, modo de andar). Este tema é bastante explorado em rappers. Abramovay et al. (1999) relatam a abordagem violenta da polícia junto a jovens de periferia que, invariavelmente, trata como malandros ou bandidos: “qualquer jovem é malandro”, reforçando o estigma social vivenciado. Os jovens também expressaram temas cotidianos como rotina escolar, e a relação com espaços sociais e de lazer que eles frequentavam, como a praça, que foram destruídos por falta de manutenção e pelo uso do tráfico, como ponto de drogas. Isso pôde ser expresso no rapper criado por um participante durante uma das oficinas: *“Depois da pracinha, da minha casa ou da escola, vou para o campinho brincar e jogar bola, pra entrar no campo tem que ter muita vontade, agora eu não entendo por que tanta malandragem”* O movimento Hip Hop afirma sua função social de contestação ou revelação dos problemas sociais como o uso de drogas e armas. A partir da escuta e discussão do rap “Até quando” de Gabriel, o Pensador, um dos jovens afirma que: [...] hoje o mundo só tem violência, guerra morte todo de mais, tristeza só tem estas coisas todo lado que você vê você vê briga você vê morte se vê nada de bom aí, se tivesse um jeito de conserta o mundo seria melhor né mais nunca acha um jeito de consertar o mundo, é isso não tenho mais nada a falar (D).

No entanto, se existe em determinados momentos a expressão de desesperança e inação, a busca por partes dos jovens de lugares e equipamentos sociais que possam representar uma forma de apoio e de melhoria no bairro também foi percebida, apontando, em alguns momentos, aspectos positivos da sociabilidade destes jovens e a importância de políticas públicas protetivas. O suporte social abrange políticas e redes de apoio sociais que têm como finalidade contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente aquelas em situação de exclusão. Os dados revelam que a configuração de espaços de apoio e suporte social, como escola, CRAS, entre outros espaços de sociabilidade como festas e reuniões de bairro, funciona como um importante fator de segurança em que os jovens depositam uma perspectiva saudável de futuro. Por outro lado, para além da presença de equipamentos sociais públicos, a união da comunidade para resolução de problemas também é percebida pelos jovens como uma importante fonte de apoio na constituição de redes solidárias, constituindo espaços de aprendizagem não formal, participação social e enfrentamento das adversidades.

Percebe-se, assim, que os rappers no contexto das oficinas de terapia ocupacional funcionaram como balizadores do processo de reflexão dos adolescentes em relação aos processos e equipamentos sociais presentes no seu cotidiano, possibilitando uma conscientização e aprimorando a percepção crítica da realidade. O processo de criação destes rappers possibilitou aos profissionais, portanto, um mapeamento das redes de suporte e vulnerabilidades do território, além de propiciar uma abertura de diálogo com os jovens na elaboração de estratégias pessoais e sociais para o enfrentamento das situações relacionadas à violência e drogas.

A terceira categoria, Hip Hop e voz ativa: inclusão e participação social, revela aspectos das verbalizações dos participantes quando estes relacionam a atividade do Hip Hop com a participação e inclusão social, reconhecendo o movimento como um elemento que proporciona a sociabilidade positiva destes jovens na constituição de um importante espaço de reconhecimento social, cidadania e construção de perspectivas futuras. Durante as oficinas terapêutico-ocupacionais, os jovens expressam que não possuem voz ativa na sociedade, não sendo ouvidos pelas autoridades ou pelos adultos, mas que a inclusão no movimento lhes permite expressar o que pensam acerca dos problemas sociais que vivenciam.

Sabe-se que os jovens são colocados à margem do poder político e são definidos, na maior parte das vezes, como um problema social. A visão de que o adolescente ainda não alcançou uma competência crítica, social e política aponta, inevitavelmente, para Magro (2002), a necessidade de desenvolvimento de uma pedagogia de controle por parte dos adultos. Esta visão da sociedade sobre os jovens é percebida por eles: “Os jovens não tem voz: quando a gente vê uma coisa e vai contar pros nossos pais, ai eles acha que é coisa da nossa imaginação, que não acontece isso” (D.S). No entanto, como afirma Magro (2002), o cotidiano se revela como uma espécie de ateliê existencial, no qual os jovens provam suas potencialidades criativas, criam novas formas de estar no mundo, novas formas de solidariedade e representatividade social, podendo estar contrários às normas sociais vigentes. Antes de tudo, a coletividade própria do movimento Hip Hop é vista como uma forma de manifestação das vozes periféricas, principalmente aqueles que vivenciam situações de vulnerabilidade social. É neste sentido que Stoppa (2005) alude a alguns estudos que apontam o movimento a partir de sua importância social, relacionando-o à participação sociocultural, como uma conquista da cidadania e formação de estratégias de atuação nos movimentos sociais. Em alguns momentos, os participantes aludiram ao Hip Hop a possibilidade de inclusão social a partir do próprio conhecimento técnico. Assim, o “saber-dançar”, “saber-cantar” ou “saber grafitar”, ou seja, as práticas culturais enquanto direito social, surgem no horizonte dos jovens como saberes especializados que lhes permite uma entrada na vida urbana a partir do trabalho, status, reconhecimento e estabelecimento de um papel na sociedade. Os resultados apontam que a inserção no movimento Hip Hop possibilita aos jovens uma perspectiva de participação e reconhecimento social (dar aulas, transmitir conhecimentos, dançar em espetáculos) em contextos

relacionais a partir do prisma educacional, além de ampliar as possibilidades de troca de experiências com a comunidade. É neste sentido que observamos a importância de se constituir práticas interventivas a partir das políticas culturais, aproveitando o potencial transformador da cultura na perspectiva da inclusão e justiça social. Percebe-se o desejo por mudanças sociais por parte dos jovens, a partir de uma reflexão sobre o seu contexto social e enxergando a si mesmos como agentes de transformação. Este prisma da relação do sujeito com o próprio processo criativo numa relação de troca produtiva com a sociedade, aponta para a perspectiva do exercício dos direitos culturais. A transmissão de saberes no contexto da desigualdade social parece se configurar, portanto, como um sonho e uma perspectiva do jovem: “[...] se Deus quiser um dia eu consigo, é minha vontade de um dia montar um projeto para esta galera que mora nas ruas e convive na rua (...)” (W). Os jovens envolvidos em atividades culturais que os inserem neste processo reflexivo, como afirma Magro (2002), resgatam a educação como uma formação de autores-cidadãos, capazes de formularem questões relevantes e ações significativas no campo social, além de tecerem seus projetos existenciais, transformando seu lugar na realidade social.

A apreensão de determinados aspectos desta realidade, a partir da escuta de rappers seguida de filmagens de pontos do bairro, parece vir vinculada, para além da tomada de consciência dos problemas sociais subjacentes, às estratégias para a solução destes problemas (mutirão popular, ações políticas), conjecturando o potencial deste trabalho socioeducativo e cultural para o empoderamento dos jovens na busca de soluções estratégias coletivas para o enfrentamento de condições sociais adversas reveladas no seu cotidiano: *“Antes era tudo limpinho agora ninguém mais quer cuidar, e isso é tudo coisa nossa, da sociedade, do urbano, da nossa cidade. [...] a gente tem que pedir para a prefeitura pra limpar, por que isso aqui tá narquia, de sujeira [...] ai nós estamos vendo que podia juntar a comunidade a arrumar esse campinho pra brincar, pra mudar um lugar pra divertir”* (L). A reflexão coletiva durante as oficinas sobre os problemas que a comunidade enfrenta, principalmente pela ocupação do tráfico nos pontos de lazer sugere, como afirma Stoppa (2005), o Hip Hop como uma prática educativa sociocultural que possibilita a organização coletiva de jovens na busca de alternativas aos problemas vivenciados no cotidiano. Problemas estes que podem estar relacionados à discriminação racial, violência, drogas, prostituição, situação de rua, etc. - fenômenos típicos da sociedade contemporânea em decorrência de processos político-econômicos e históricos. A atividade expressiva surge como eixo fundamental no desenvolvimento de práticas sociais que apostam no material humano e na elaboração crítica da realidade social como elementos balizadores do processo de criação. A Tabela 1 demonstra algumas letras de rap criadas pelos participantes no processo das oficinas de terapia ocupacional.

<p>Eu acho que estou certo, eu tenho meu direito, pra melhorar o campo só com a ajuda do prefeito.</p>	<p>Aí meu povo, aí pessoal Tem que vir para cá a inclusão social Sei que você nunca fez Se que você nunca viu Mas vai ter que fazer para melhorar nosso [nome do bairro].</p>	<p>O mundo no [bairro] tem que ser diferente Pra melhorar o mundo só depende da gente As crianças do [bairro] tem que ir para a escola Mas se não contribuir Seus pais os ignora.</p>
<p>Eu e o [nome de amigo] no mundo da dança O futuro só depende das crianças O nosso [bairro] vai virar uma cidade Mas prá melhorar tem que ter solidariedade.</p>	<p>Olha o tomate Ele está maduro Vou para o projeto Buscar o meu futuro.</p>	

Tabela 1. *Rappers* criados pelos participantes da pesquisa durante as oficinas.

O processo educativo não formal possibilitado pelo Hip Hop, na visão de Stoppa (2005) possibilita o vislumbre de uma nova perspectiva de inclusão social para os membros da comunidade a partir de uma inserção crítica, participando ativamente em ações coletivas em busca de saídas para estes problemas. Os jovens manifestaram, na criação de raps, a noção do coletivo, do exercício da cidadania e de redes de solidariedade como estratégias de enfretamento. Esta prática nos leva às proposições de Freire (1980) quando este afirma que, a partir da conscientização, o indivíduo deixa de ser objeto para ser sujeito, inserindo-se criticamente na realidade e constituindo-se ativamente como protagonista do seu próprio processo educativo na perspectiva da mudança social.

Os desafios relacionados aos problemas sociais demandam uma ação de sujeitos em vias de conscientização: o sujeito deixa de naturalizar, por exemplo, a violência no bairro, para problematizá-la a partir de reflexões acerca de uma realidade passível de transformação. É possível perceber, portanto, que os jovens conseguem se apropriar do Hip Hop enquanto uma manifestação cultural contestatória no agenciamento de mudanças sociais do seu bairro a partir do acesso aos agentes políticos que a música proorcionaria: *“Eu acho assim... que a gente podia era cantar esses rapper para os políticos, para ver se eles faziam alguma coisa... tá tudo aqui”* (E). Os resultados sugerem, assim, que a criação de espaços terapêuticos ocupacionais ligados às atividades culturais junto ao movimento Hip Hop possibilita a construção de vivências coletivas rumo à participação social e laços identitários que se reafirmam na luta social de grupos marginalizados. A forma de expressão política e cultural é assumida, portanto, como um importante instrumento para a promoção da cidadania por parte de jovens, possibilitando uma inserção crítica na realidade e, antes de tudo, potencializando as possibilidades de transformação social dos espaços vividos na comunidade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho foi analisar a utilização da cultura Hip Hop como estratégia para a construção da identidade, processos de cidadania, participação e inclusão social de jovens em situação de vulnerabilidade social inseridos no cotidiano de comunidades periféricas a partir de uma prática terapêutica ocupacional social no campo da cultura e da educação não formal. A pesquisa apresentada sugere importantes contribuições para a reflexão sobre as possibilidades que a cultura hip hop oferece no processo socioeducativo com a população em questão, além de apontar algumas perspectivas para a atuação da terapia ocupacional social na articulação entre cultura e educação. Sumariamente, os resultados apontam o Hip Hop como um recurso pertinente nas práticas socioeducativas-culturais, possibilitando a reflexão crítica destes jovens sobre os seus contextos sociais no processo de construção de identidade e formação cidadã, e possibilitando sua sensibilização para a mudança social a partir de práticas comunitárias que envolvem processos de negociação com o poder público na conquista de direitos sociais. Os elementos do Hip Hop podem vir a se tornar marca identitária, constituindo um relevante instrumento para conscientização, expressão/resgate da trajetória da história de vida, e participação social. Reafirma-se que os procedimentos metodológicos utilizados no processo de construção da prática terapêutica ocupacional possibilitam a valorização das vozes subalternas destes jovens que passam a se expressar carência socioeconômica, violação de direitos, projetos de mudança, demandas não atendidas pelo poder público.

No contexto dos atendimentos em terapia ocupacional, estabeleceu-se uma interface entre os campos social, educacional e cultural, promovendo um encontro profícuo de tecnologias sociais que abarcassem a complexidade das demandas sociais apresentadas. Enquanto estratégia, a intervenção da terapia ocupacional constituiu um espaço social e culturalmente articulador, tendo como base o processo criativo destes jovens. Na sua dimensão mediadora, as atividades junto ao Hip Hop possibilitaram uma cartografia cultural da sociabilidade do território, apresentando assim, tanto o mapeamento das redes de suporte quanto um mapeamento dos fatores de vulnerabilidade vivenciados pelos jovens no território. Nesta pesquisa, percebe-se ainda que a articulação da terapia ocupacional junto ao potencial apresentado pelo movimento cultural do Hip Hop permite uma interessante prática no processo de coletivização dos jovens em torno das problemáticas vivenciadas na comunidade, aproximando-os criticamente desta realidade a partir da discussão e formulação de estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas sociais presentes na vida cotidiana. A atividade cultural do Hip Hop, no encontro com os saberes da terapia ocupacional, portanto, provocou uma ampliação das possibilidades de agenciamento social junto ao público, a partir de um investimento empoderador voltado para a articulação entre direitos culturais e justiça social. A cultura e a educação funcionaram, portanto, como eixos estruturantes da práxis, na imbricação de saberes de diferentes

campos do conhecimento e consolidação de práticas sociais suportivas. É possível apontar que a fértil articulação entre cultura e justiça social no campo das políticas públicas culturais acaba por promover discussões e práticas importantes que reúnem temáticas como diversidade cultural, identidade e direitos de grupos vulneráveis. Defende-se que é do território de experiências e conhecimentos, a partir do paradigma da interculturalidade e na perspectiva da justiça, inclusão social e promoção da cidadania, que a terapia ocupacional fala e atua. Antes de tudo é necessário, porém, compreender o encontro da prática da terapia ocupacional com movimentos culturais já consolidados no território, como a construção conjunta de um terceiro espaço: um espaço intercultural, que articula práticas e saberes diferenciados entre o profissional e seu público. Neste “terceiro espaço”, é profícuo e válido pensar a atividade cultural não apenas na sua dimensão instrumental, mas como um lócus enunciativo de vozes subalternas e suas diferenças culturais. Deve-se ainda pensar a intervenção como um balizador do processo estético-político de legitimação social das práticas culturais já realizadas no território, potencializando novos afetos, novas perspectivas, reflexões, agenciamentos, possibilidades de encontros e, antes de tudo, a consolidação dos direitos culturais da população. Neste terceiro espaço construído com a terapia ocupacional, o Hip Hop parece, portanto, se evidenciar e se afirmar como um movimento cultural que agencia a voz ativa dos jovens de periferia urbana para uma ação socialmente transformadora.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M. et al. **Gangues, galeras, chegados e rappers: juventude, violência e cidadania nas cidades da periferia de Brasília**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
- ALVES, F. S. **Dança de rua: corpos e sentidos em movimento na cidade**. Rio Claro: Unesp, 2001.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- GOHN, M. G. **Educação não-formal e cultura política**. São Paulo: Cortez, 1999.
- LOPES, R. E.; SILVA, C. R. O campo da educação e demandas para a terapia ocupacional no Brasil. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 158-164, 2007.
- MAGRO, V. M. M. Adolescentes como autores de si próprios: cotidiano, educação e o Hip Hop. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 22, n. 57, p. 63-75, 2002.
- STOPPA, E. A. **“Tá ligado mano”: o hip hop como lazer e busca de cidadania**. 2005. 143 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- WELLER, W. **A construção de identidades através do hip hop: uma análise comparativa entre rappers negros em São Paulo e rappers-alemães em Berlim**. *Caderno CRH*, Salvador, n. 32, p. 213-232, 2000.

Fonte de Financiamento: Ministério da Educação- (Proext).

DELINEANDO O CAMINHO: SELECIONANDO DESCRITORES PARA REVISÃO INTEGRATIVA NO ÂMBITO DA TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL

Yuri Fontenelle Lima Montenegro

Universidade de Fortaleza - Ceará

Chrystiane Maria Veras Porto

Universidade de Fortaleza - Ceará

Marilene Calderaro Munguba

Universidade Federal do Ceará - Ceará

RESUMO: O presente relato consiste em um recorte do trabalho de conclusão de curso de graduação, cujo tema consistiu em uma investigação sobre produções científicas brasileiras sobre Justiça Ocupacional em eventos científicos desta área, com consequente interface com a Terapia Ocupacional Social; realizada de março de 2015 a junho de 2016. Tem-se por objetivo descrever a escolha dos descritores para realizar o estudo. A pesquisa exploratória foi o meio pelo qual se definiu os descritores, e ocorreu de março a junho de 2015. Evidenciou-se a proximidade da Justiça Ocupacional com a Terapia Ocupacional Social a partir da população-alvo. Os conceitos de vulnerabilidade social, marginalização e desfiliação foram encontrados como forma de reunir a população-alvo em categoria ampla. A pesquisa teve por amostra 63 trabalhos encontrados em Anais das edições de 2009 a 2015 do Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Congresso Norte e Nordeste de Terapia Ocupacional, Encontro Nacional

de Docentes de Terapia Ocupacional e Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional. O descritor Terapia Ocupacional Social foi o de maior incidência, encontrado em 48 trabalhos; Vulnerabilidade Social, em 18; Desfiliação em 1 e Marginalização em nenhum. O descritor Justiça Ocupacional obteve uma resposta, em uma conferência, e Justiça Social nenhuma. Contudo, foi possível abranger a heterogeneidade da população-alvo, a qual foi posteriormente classificada em 7 categorias. É necessário promover vivências interdisciplinares que oportunizem maior apropriação dos conceitos de vulnerabilidade social, desfiliação, marginalização e justiça social, considerando que apresentaram baixa incidência nos trabalhos encontrados.

PALAVRAS-CHAVE: Justiça Ocupacional, Justiça Social, Vulnerabilidade Social, Marginalização, Desfiliação.

ABSTRACT: This study is derivative from a research for the title of bachelor degree in occupational therapy. The research, investigating academic papers about the interface between occupational justice and social occupational therapy in scientific events of occupational therapy was held from March 2015 to June 2016. The objective of this study is to describe the selection of the descriptors to conduct the study. An exploratory research took place from

March to June 2015 for selecting the descriptors. The population turned out to be a common thread between Occupational Justice and Social Occupational Therapy. The concepts of social vulnerability, marginalization and disaffiliation were found as a way to identify a broad population and then classify it in 7 categories. 63 works were found in Annals of the 2009 to 2015 Brazilian Occupational Therapy Congress, North-Northeast Occupational Therapy Congress, National Meeting of Occupational Therapy Teachers and the National Seminar for Research in Occupation Therapy. The descriptor Social Occupational Therapy was the most prevalent, found in 48 papers; Social vulnerability was found in 18, Disaffiliation in 1 and Marginalization in none. The descriptor Occupational justice was found in a conference. There was no results for Social justice. However, it was possible to cover the diversity of the population. Interdisciplinary experiences may be relevant to raise consciousness for papers embracing the concepts of social justice, social vulnerability and disaffiliation

KEYWORDS: Occupational Justice, Social Justice, Social Vulnerability, Marginalization, Disaffiliation.

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de um recorte de trabalho de conclusão de curso de graduação em Terapia Ocupacional cuja proposta, inicialmente, era realizar uma revisão integrativa da produção sobre Justiça Ocupacional em periódicos internacionais. Contudo, após leitura dos trabalhos realizados por Durocher, Gibson e Rappolt (2014a; 2014b), sendo um destes uma revisão conceitual, optou-se por tomá-los como ponto de partida para investigar a relação entre conceitos de Justiça Ocupacional com a Terapia Ocupacional no Brasil.

O conceito de Justiça Ocupacional tem origem no campo da Ciência Ocupacional, a partir do trabalho conjunto das terapeutas ocupacionais Dr^a. Ann Wilcock e Dr^a. Elizabeth Townsend em meados da década de 90, agregando conhecimentos em empoderamento e prática centrada no cliente, proveniente dos trabalhos prévios desta, e o interesse de ambas em explorar a influência das ocupações na justiça social (TOWNSEND; MARVAL, 2013; DUROCHER; GIBSON; RAPPOLT, 2014a; DUROCHER; GIBSON; RAPPOLT, 2014b). Wilcock e Townsend (2011) afirmam que o objetivo da Justiça Ocupacional é sensibilizar os profissionais para o fato de que ao redor do mundo pessoas estão sujeitas a situações de injustiça ocupacional. As autoras fundamentam isto na compreensão de que o engajamento em ocupações fornece satisfação, significado e equilíbrio pessoal, familiar e comunitário.

Durocher, Gibson e Rappolt (2014a; 2014b) apresentam a síntese de diversos conceitos da Justiça Ocupacional a partir de autores variados. A comparação conceitual entre justiça social e Justiça Ocupacional e a descrição das espécies de injustiça ocupacional presente na literatura tiveram especial relevância para o prosseguimento do estudo, pois evidenciaram semelhanças entre elementos da Justiça Ocupacional e da Terapia Ocupacional Social. A distinção entre justiça social e Justiça Ocupacional

é caracterizada pela compreensão do homem enquanto ser ocupacional neste, apresentando características biológicas e ecológicas singulares que demandam acesso diferenciado a recursos e oportunidades, enquanto que aquela é baseada na natureza social do ser humano, nas relações sociais, igualdade de valor, direito, responsabilidade e poder entre os cidadãos. Contudo, apesar de evidenciar diferenças, há o reconhecimento de aproximações entre as duas perspectivas, podendo-se compreender a Justiça Ocupacional como uma espécie de justiça social cuja ênfase está centrada na participação em ocupações significativas (STADNYK et. al., 2010; WILCOCK, 2005; WILCOCK, 2006; WILCOCK; TOWNSEND, 2011; WHITEFORD; TOWNSEND, 2011). As situações de injustiça ocupacional são compreendidas na forma de desequilíbrio, privação, alienação, marginalização e *apartheid* ocupacionais; apresentando em comum algum tipo de limitação ou prejuízo do engajamento em ocupações, mas devido a fatores diferentes (TOWNSEND; MARVAL, 2013; DUROCHER; GIBSON; RAPPOLT, 2014).

Considerando que o único trabalho encontrado sobre Justiça Ocupacional em periódicos nacionais de Terapia Ocupacional foi o de Townsend e Marval (2013), passou-se a investigar a ocorrência de trabalhos sobre Justiça Ocupacional apresentados e publicados nos Anais dos principais eventos para a Terapia Ocupacional no Brasil e sua interface com a Terapia Ocupacional Social. Este trabalho, portanto, é uma relevante ferramenta para impulsionar estudos e histórias inspiradoras para um mundo mais justo e inclusivo no âmbito acadêmico e profissional, tendo por objetivo delinear o processo de seleção dos descritores para a pesquisa do trabalho de conclusão de curso, bem como relatar os dados quantitativos referentes aos mesmos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato consiste em um recorte do trabalho de conclusão de curso de graduação em Terapia Ocupacional, cujo tema consistiu em uma investigação sobre produções científicas sobre Justiça Ocupacional em eventos científicos da categoria, com conseqüente interface com a Terapia Ocupacional Social.

Realizou-se a pesquisa documental no período de março de 2015 a junho de 2016. Estipulou-se como descritores do estudo: Justiça Ocupacional, Justiça Social, Terapia Ocupacional Social, Marginalização, Desfiliação e Vulnerabilidade Social; que foram definidos a partir da primeira fase da investigação - estudo exploratório (SEVERINO, 2016; BAUER; GASKEL, 2014; MINAYO, 2010), realizada em periódicos nacionais e internacionais, realizada de março a junho de 2015.

O trabalho de conclusão de curso, do qual este estudo é um recorte, consistiu em revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; NIRMALA; EDISON; SUNI, 2011) de abordagem qualitativa (PIMENTEL; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009; MARCONI; LAKATOS, 2011) e quantitativa (SEVERINO, 2016; MARCONI; LAKATOS, 2011).

A partir da análise estatística descritiva (SEVERINO, 2016; BLAIR; TAYLOR,

2013; RODRIGUES, 2014) dos dados quantitativos foi possível observar a incidência dos descritores selecionados nos trabalhos apresentados e publicados nos Anais das edições de 2009 a 2015 do Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional e o Congresso Norte-Nordeste de Terapia Ocupacional, que estiveram de acordo com os critérios de inclusão determinados, a saber: trabalhos das edições dos eventos já citados, que apresentaram os descritores selecionados no título, resumo ou palavras-chave.

A busca pelos descritores nos Anais seguiu dois padrões: o uso da ferramenta de pesquisa, quando disponível, ou a busca rápida em Anais disponíveis em websites ou que reuniram os trabalhos em um mesmo arquivo de PDF. Assim, optou-se por não realizar associação de descritores durante a busca. Efetuou-se a leitura dos resumos em etapa seguinte para selecionar os trabalhos que fizeram parte da amostra do estudo.

RESULTADOS

Os descritores foram definidos após pesquisa exploratória que tornou evidente a aproximação do conceito de Justiça Ocupacional com o de Justiça Social e o de Terapia Ocupacional Social. Marginalização, Vulnerabilidade Social e Desfiliação são termos referentes à população alvo da prática de terapeutas ocupacionais tanto na bibliografia referente à Justiça Ocupacional (TOWNSEND; MARVAL, 2013; DUROCHER; GIBSON; RAPPOLT, 2014a; 2014b) quanto na que menciona a Terapia Ocupacional Social (BARROS et. al., 2005; BARROS et. al., 2011; GALHEIGO, 2005; GALHEIGO, 2011; GALHEIGO, 2016; GHIRARDI; LOPES, 2005).

A pesquisa teve por amostra 63 trabalhos identificados em publicações nos Anais de eventos científicos nacionais na área de Terapia Ocupacional em edições de 2009 a 2015.. A partir do gráfico 1 é possível evidenciar a predominância do descritor Terapia Ocupacional Social, presente em 76,2% (n=48) dos trabalhos selecionados, seguido por Vulnerabilidade Social, 28,6% (n=18) e Desfiliação, 1,6% (n=1).

Os descritores Justiça Social, Marginalização e Justiça Ocupacional não foram encontrados na amostra do estudo. Entretanto, este último foi tema de uma conferência do XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional em 2009.

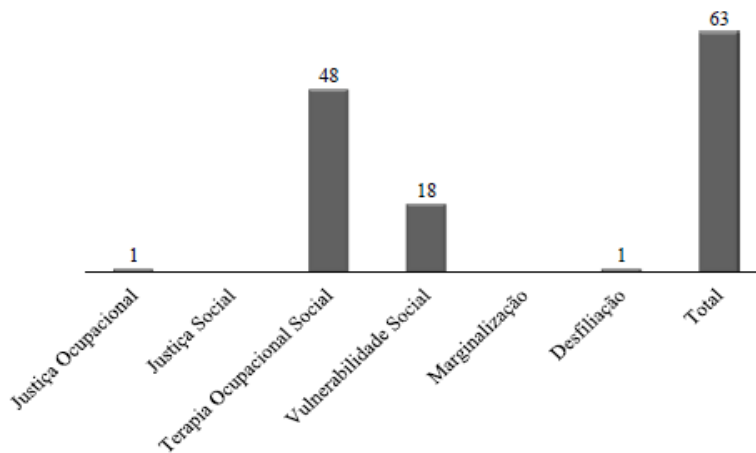


Gráfico 1: Quantificação dos descritores encontrados.

Gráfico 1: Quantificação dos descritores encontrados.

O gráfico 2 evidencia a diversidade de pessoas beneficiadas pela intervenção de terapeutas ocupacionais no campo social. Destaque-se que a predominância de trabalho é notadamente referente aos ciclos de vida, totalizando 56%. Destes, trabalhos referentes a crianças e adolescentes são majoritários, representando 29%, sucedido pela juventude (21%), e os idosos (6%). Os trabalhos cuja população-alvo é referente a alguma situação de pobreza representa 18%. Questões de gênero representam 12%, pessoas com deficiência 10% e trabalhos referentes à mobilidade humana, abordando a situação de imigrantes, 8%.

Cabe ressaltar que os itens indicados no gráfico 2 para categorizar a população-alvo dos trabalhos de terapeutas ocupacionais no campo social não são definitivos. Qualquer trabalho analisado pode ser incluso em mais de um dos itens acima. Contudo, para a análise quantitativa não houve repetição de trabalhos em categorias distintas.

A análise qualitativa da pesquisa apresentou repetição de trabalhos em diferentes categorias. Os trabalhos utilizados para compor o gráfico 2 totalizam 51. Os outros 12 trabalhos não foram utilizados para compor o gráfico 2 pois são referentes à graduação, pesquisas ou outros temas que não permitem a categorização da população-alvo em um item específico. Assim, verifica-se uma orientação para encorajar ações coletivas que envolvem os equipamentos sociais. A história da profissão revela que este é um tema complexo e os terapeutas ocupacionais trabalham para identificar os aspectos que contribuem para o desequilíbrio do sistema e usam a atividade para voltar a equilibra-lo (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2005).

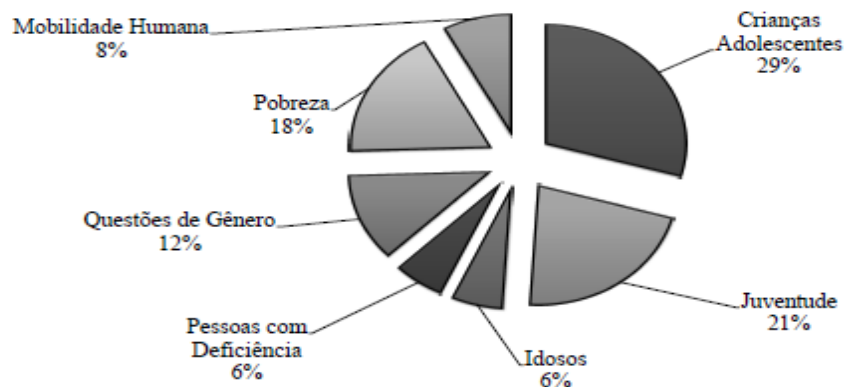


Gráfico 2: Percentual da população alvo abordada no trabalho de conclusão de curso (n=51).

Gráfico 2: Percentual da população alvo abordada no trabalho de conclusão de curso (n=51).

Percebe-se que os trabalhos alcançados pelos descritores escolhidos para a realização da pesquisa para o trabalho de conclusão do curso, lidam com população-alvo bastante diversas. Portanto, a definição de descritores que pudessem caracterizar a população-alvo e o tema dos trabalhos de maneira ampla garantiram que a diversidade presente nas pesquisas em Terapia Ocupacional Social fosse preservada para a realização da revisão integrativa.

DISCUSSÃO

Destaque-se que, apesar de certa incidência do descritor “Vulnerabilidade Social”, há escassez de resultados para os descritores que buscam caracterizar a população-alvo nas práticas em Terapia Ocupacional Social de forma ampla. Percebe-se que a tendência é a escolha de termos que enquadrem esta população em categorias mais específicas; algo mais próximo do que se buscou com o gráfico 2. Ainda assim, a caracterização ampla demonstra relevância ao se referir à Terapia Ocupacional Social, conforme aponta Galheigo (2005; 2011; 2016).

Contudo, considerando que entre os termos “vulnerabilidade social”, “marginalização” e “desfiliação” apenas este não consta entre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), é possível que a preferência do primeiro ao segundo seja explicada por Galheigo (2011) ao contextualizar o significado dos conceitos a partir da perspectiva sociológica.

Em adição, há também assimilação dos conceitos apresentados por Castel (1997) em publicações de relevância para a Terapia Ocupacional Social (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002; BARROS, 2004; MALFITANO, 2005). O sociólogo francês propõe um modelo transversal para enquadrar a população em diferentes situações de marginalidade utilizando-se da relação com o trabalho e inserção relacional como características compartilhadas pelos grupos suscetíveis a esta situação. Assim, Castel (1997) caracteriza a zona de integração a partir do trabalho estável e inserção relacional forte; a zona de vulnerabilidade a partir do trabalho precário e fragilidade

dos apoios relacionais; a zona de desfiliação por meio da ausência de trabalho e isolamento social; e ainda descreve a zona de assistência abrangendo pessoas que estão à parte do trabalho, mas recebem suporte social mais ou menos instável, não sendo “invisível” para a comunidade. Portanto, o referencial de Castel juntamente com outros significados atribuídos à palavra “marginalização” ou “marginais” (GALHEIGO, 2005; 2011), no contexto brasileiro, pode ser a explicação para a preferência ao termo vulnerabilidade social e, de forma mais discreta, desfiliação.

Prosseguindo com a análise dos resultados em relação aos descritores, fica evidente que justiça ocupacional não faz parte do vocabulário da profissão no Brasil. Contudo, o termo justiça social, presente na Constituição Federal (BRASIL, 2013) e em documentos símbolos da mudança de paradigma na área da saúde¹ (BRASIL, 2002), que se vincula com etapas iniciais do desenvolvimento da Terapia Ocupacional Social (GALHEIGO, 2016), também não aparenta estar presente nas produções da profissão; apesar de referências frequentes a direitos, cidadania e emancipação social.

Eis, portanto, um contraste com as produções a respeito da justiça ocupacional, em especial sobre o *Participatory Occupational Justice Framework* (TOWNSEND; WHITEFORD, 2005; WHITEFORD; TOWNSEND, 2011): a assimilação de conceitos relacionados a teorias da justiça no arcabouço teórico de um quadro de referência para nortear a prática profissional. Em que isso implica?

A literatura internacional (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2015; WHITEFORD; TOWNSEND, 2011; RICHARDSON; MACRAE, 2011; CZYMONIEWICZ-KLIPPEL, 2011; KRAMER-ROY, 2011; KRONENBERG; POLLARD, 2005; TOWNSEND; WHITEFORD, 2005; ABELENDÁ et. al., 2005; FUJIMOTO; IWAMA, 2005; WOOD; HOOPER; WOMACK, 2005) aponta que o conceito de justiça ocupacional tem sido assimilado na estrutura teórica da Terapia Ocupacional e norteador práticas profissionais de forma a refletir o compromisso social do terapeuta ocupacional para com a população.

Inclusive, esse compromisso retoma objetivos já presentes na prática profissional ao longo de sua história - inclusão social e qualidade de vida, por exemplo - e abrange outros ainda não tão consolidados como os anteriores; é o caso dos direitos humanos e justiça.

Ora, apesar da ausência de menções diretas à justiça social, tais conceitos estão presentes em publicações da Terapia Ocupacional Social (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002; BARROS, 2004; MALFITANO, 2005; SILVA, 2014; LOPES, 2016; GALHEIGO, 2016; GHIRARDI, 2016; MALFITANO, 2016; DORNELES; LOPES, 2016); considerando que, por haver um distanciamento de objetivos familiares à área

¹ A Carta de Ottawa, alvítre da I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde que determinou como objetivo promover o alcance da saúde para todos até o ano 2000, tornou-se importante para a compreensão do surgimento da discussão sobre Justiça Ocupacional à medida que marca a busca por uma compreensão sistêmica da saúde. O documento suscitou a ampliação do olhar sobre a saúde para além dos aspectos biológicos, incluindo a justiça social como pré-requisito para que a “vida saudável” se torne realidade (BRASIL, 2002).

da saúde, a busca pela cidadania e emancipação social desempenhe função análoga à da qualidade de vida².

Portanto, apesar das diferenças, os conceitos de Justiça Ocupacional e Terapia Ocupacional Social desempenham funções semelhantes na prática de terapeutas ocupacionais inseridos em contextos sociais diferentes. Nestes contextos, os terapeutas ocupacionais, preocupados com as dinâmicas sociais que produziram essa realidade, vieram a discutir sobre as temáticas sociais e as possibilidades de trabalho no campo social. Todavia, se os terapeutas ocupacionais pretendem contribuir no campo social e melhorar a igualdade social, devem redimensionar os objetivos e as estratégias que sustentam suas ações nos contextos sociais considerando a complexidade dos problemas e o pluralismo das concepções atinentes à cultura e aos saberes.

CONCLUSÃO

Considerando a abrangência de trabalhos com propostas e população-alvo diversas, a utilização dos descritores Terapia Ocupacional Social, Vulnerabilidade Social, Desfiliação, Marginalização, Justiça Ocupacional e Justiça Social foi adequada para a realização da revisão integrativa a fim de investigar a relação entre o conceito de justiça ocupacional com a Terapia Ocupacional no Brasil.

As diferenças na incidência dos descritores Vulnerabilidade Social, Desfiliação e Marginalização pode ser explicada a partir da assimilação dos conceitos apresentados pelo sociólogo Robert Castel presente na literatura nacional sobre a Terapia Ocupacional Social juntamente com os significados de “infratores” atribuídos, no contexto brasileiro, a uma determinada população quando referida pelo termo “marginalizados” ou “marginais”.

A ausência do descritor Justiça Social nos trabalhos apresentados e publicados em Anais dos eventos científicos nacionais de maior relevância para a Terapia Ocupacional, considerando a presença do termo na Constituição Federal e em documentos relevantes para a história do campo da Terapia Ocupacional Social, não se traduz em considerável discrepância quando comparado com os conceitos associados à Justiça Ocupacional.

Apesar de a ausência do termo “justiça social” não ter sido esperada, percebe-se que o arcabouço teórico e a aplicação prática da Justiça Ocupacional e da Terapia Ocupacional Social apresentam objetivos e pressupostos semelhantes, desempenhando funções análogas no exercício profissional de terapeutas ocupacionais em diferentes contextos sociais.

Ressaltamos que aprofundar considerações a respeito das possíveis contribuições

² Na esfera da saúde há o objetivo de habilitar o cliente à vivência de uma vida de qualidade, satisfatória, apesar de eventuais comprometimentos, enquanto que no campo social se preza pela garantia dos direitos inerentes ao ser humano e exercício da cidadania de forma plena, embora existam, ou tenham existido, adversidades na trajetória de vida.

da apropriação do conceito de justiça social para a Terapia Ocupacional no Brasil não foi o objetivo deste estudo, e acreditamos que há necessidade de outros estudos caso se deseje ampliar as discussões sobre o assunto.

Sabemos que esta tarefa é difícil e tem limitações, principalmente políticas e sociais, mas acreditamos que as competências do terapeuta ocupacional poderão fomentar sua prática profissional neste campo. Limitando-se ao ponto essencial, podemos dizer que há, certamente, competências profissionais para a instituição de um projeto democrático à luz da exigência de justiça ocupacional. Portanto, entre as múltiplas questões a serem aprofundadas, salientamos duas: o currículo e a formação do terapeuta ocupacional.

REFERÊNCIAS

ABELEND, J. et. al. The model of human occupation as a conceptual tool for understanding and addressing occupational apartheid. In: KRONENBERG, F.; SIMÓ ALGADO, S.; POLLARD, N. *Occupational therapy without border (volume 1): learning from the spirit of survivors*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 26, edição especial, p. 1-49, jan./abr., 2015.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 13, n. 3, p. 95-103, set./dez., 2002

BARROS, D. D. Terapia ocupacional social: o caminho se faz ao caminhar. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 15, n. 3, p. 90-97, set./dez., 2004.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M.I.; LOPES, R.E. Social occupational therapy: a socio-historical perspective. In: KRONENBERG, F.; SIMÓ ALGADO, S.; POLLARD, N. *Occupational therapy without border (volume 1): learning from the spirit of survivors*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

BARROS, D. D. et. al. Brazilian experiences in social occupational therapy. In: KRONENBERG, F.; POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D. *Occupational therapies without borders (volume 2): towards an ecology of occupation-based practice*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2011.

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

BLAIR, R. C.; TAYLOR, R. A. *Bioestatística para ciências da saúde*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: de 5 de outubro de 1988. 37. Ed. 2013. VitalSource BookshelfOnline. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522477319/cfi/3!/4/4@0.00:54.7>>. Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. As cartas de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”. *Caderno CRH*, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

- CZYMONIEWICZ-KLIPPEL, M. T. Researching to learn: embracing occupational justice to understand Cambodian children and childhoods. In: KRONENBERG, F.; POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D. *Occupational therapies without borders (volume 2): towards an ecology of occupation based practice*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2011.
- DORNELES, P. S.; LOPES, R. E. Cidadania e diversidade cultural: uma pauta para a terapia ocupacional. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EdUFSCar, 2016.
- DUROCHER, E.; GIBSON, B. E.; RAPPOLT, S. Occupational justice: a conceptual review. *Journal of Occupational Science*, v. 21, n. 4, p. 418-430, 2014a.
- DUROCHER, E.; GIBSON, B. E.; RAPPOLT, S. Occupational justice: future directions. *Journal of Occupational Science*, v. 21, n. 4, p. 431-442, 2014b.
- FUJIMOTO, H.; IWAMA, M. Muffled cries and occupational injustice in Japanese society. In: KRONENBERG, F.; SIMÓ ALGADO, S.; POLLARD, N. *Occupational therapy without border (volume 1): learning from the spirit of survivors*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
- GALHEIGO, S. M. Occupational therapy and the social field: clarifying concepts and ideas. In: KRONENBERG, F.; SIMÓ ALGADO, S.; POLLARD, N. *Occupational therapy without border (volume 1): learning from the spirit of survivors*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
- GALHEIGO, S. M. Occupational therapy in the social field: concepts and critical considerations. In: KRONENBERG, F.; POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D. *Occupational therapy without borders (volume 2): towards an ecology of occupation-based practice*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2011.
- GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional social: uma síntese histórica acerca da constituição de um campo de saber e de prática. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EdUFSCar, 2016.
- GHIRARDI, M. I. G. Terapia ocupacional e processos econômicos-sociais. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EdUFSCar, 2016.
- KRAMER-ROY, D. Occupational injustice in Pakistani families with disabled children in the UK: a PAR study. In: KRONENBERG, F.; POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D. *Occupational therapies without borders (volume 2): towards an ecology of occupationbased practice*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2011.
- KRONENBERG, F.; POLLARD, N. Overcoming occupational apartheid: a preliminary exploration of the political nature of occupational therapy. In: KRONENBERG, F.; SIMÓ ALGADO, S.; POLLARD, N. *Occupational therapy without border (volume 1): learning from the spirit of survivors*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
- LOPES, R. E. Cidadania, direitos e terapia ocupacional social. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EdUFSCar, 2016.
- MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005.
- MALFITANO, A. P. S. Contexto social e atuação social: generalizações e especificidades na terapia ocupacional. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EdUFSCar, 2016.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia científica*. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

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

NIRMALA, V.; EDISON, J. S.; SUNI, M. S. *Research methodology in nursing*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2011.

PIMENTEL, A.; OLIVEIRA, I. B.; ARAÚJO, L. Pesquisa qualitativa: aplicações em terapia ocupacional e psicologia. In: PIMENTEL, A.; OLIVEIRA, I. B.; ARAÚJO, L. *Pesquisas qualitativas em terapia ocupacional*. Belém: Amazônia Editora, 2009.

RICHARDSON, P. K.; MACRAE, A. An occupational justice research perspective. In: KRONENBERG, F.; POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D. *Occupational therapies without borders (volume 2): towards an ecology of occupation-based practice*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2011.

RODRIGUES, M. A. S. *Bioestatística*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 24. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2016.

SILVA, C. R. Direitos humanos para a diversidade: construindo espaços de arte, cultura e educação. Brasília: São Jorge, 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 8, p. 102-106, 2010.

STADNYK, R. et. al. Occupational justice. In: CHRISTIANSEN, C. H.; TOWNSEND, E. *Introduction to occupation: the art and science of living*. 2. Ed. Upper Saddle River: Pearson Education, 2010.

TOWNSEND, E.; MARVAL, R. Profissionais podem realmente promover justiça ocupacional? *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 229-242, 2013.

TOWNSEND, E.; WITHEFORD, G. A participatory occupational justice framework: population-based processes of practice. In: KRONENBERG, F.; ALGADO, S. S.; POLLARD, N. *Occupational therapy without borders: learning from the spirit of survivors (volume 1)*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

WHITEFORD, G.; TOWNSEND, E. Participatory occupational justice framework (POJF): enabling occupational participation and inclusion. In: KRONENBERG, F.; POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D. *Occupational therapies without borders (volume 2): towards an ecology of occupation-based practice*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2011.

WILCOCK, A. Older people and occupational justice. In: MCINTYRE, A.; ATWAL, A. *Occupational therapy and older people*. Oxford: Blackwell, 2005.

WILCOCK, A. *An occupational perspective f health*. 2. Ed. Thorofare: Slack, 2006.

WILCOCK, A.; TOWNSEND, E. Justiça ocupacional. In: CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. *Willard & Spackmann – Terapia ocupacional*. 11. Ed. Guanabara Koogan, 2011. VitalSource Bookshelf Online.

WOOD, W.; HOOPER, B. WOMACK, J. Reflections on occupational justice as a subtext of occupation centered education. In: KRONENBERG, F.; SIMÓ ALGADO, S.; POLLARD, N. *Occupational therapy without border (volume 1): learning from the spirit of survivors*. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

TERAPIA OCUPACIONAL E O MOVIMENTO DE ARTES E OFÍCIOS: UMA PROPOSTA ONTOLÓGICA DO FAZER ARTESANAL

Geruza Valadares Souza

Instituto Federal de educação, ciência e tecnologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
Brasil

e-mail: geruza.souza@ifrj.edu.br

Marcus Vinicius Machado de Almeida

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

e-mail: marcusvmachado@globo.com

RESUMO: A experiência na clínica com oficinas de criação, concomitante ao trabalho na docência nos cursos de terapia ocupacional, nos permitiu a articulação, de ordem teórica e prática, do uso de atividades manuais em terapia ocupacional. Com o objetivo de pesquisar os discursos/práticas que produzem uma visão de desvalorização das atividades manuais e que operam a dominação e captura de subjetividades através do imperativo capitalista de produção, adotamos a metodologia genealógica de Foucault – que consiste na análise histórica de saberes e práticas – para investigar as condições de possibilidades que promoveram a desvalorização do fazer manual e a consequente dissociação entre este e o fazer intelectual. Acreditamos que a terapia ocupacional, por ter como principal ferramenta a atividade, possa contribuir para a análise do uso das atividades artesanais sob a perspectiva histórico-política

do fazer manual, como dispositivo que promova a autonomia e a inclusão social. Com o objetivo de realizar a análise do trabalho como ontologia, encontramos no Movimento de Artes e Ofícios (MAO) pressupostos para pensar outras relações do sujeito com o trabalho e o fazer manual. A proposta do MAO consistiu em valorizar o fazer artesanal como alternativa ao trabalho mecânico e estereotipado da era industrial que empobrecia as experiências do homem em suas ações cotidianas. Entendemos que a pesquisa sobre a atividade artesanal, a partir da concepção do MAO, permite ampliar os conhecimentos da terapia ocupacional sobre a relação do homem com o fazer, assim como, contribuir para análises mais potentes acerca do fazer manual.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional, Saúde Mental, Artes e Ofícios, Oficinas de Criação, Fazer Artesanal.

ABSTRACT: Experience in clinical with workshops, concurrent to work in the occupational therapy course teaching, allowed us the articulation of theoretical and practical, of using manual activities in occupational therapy. In order to search the speeches/practices that guide a vision of devaluation of manual activities and operating domination and capture subjectivities through the imperative capitalist production, we adopt the genealogical

methodology Foucault - that is the historical analysis of knowledge and practices - to investigate the conditions of possibilities that promoted the devaluation of the manual making and the consequent dissociation between this and the intellectual do. We believe that occupational therapy, having as main tool the activity, may contribute to the analysis of the use of manual activities under the historical-political perspective of doing manual as a device to promote autonomy and social inclusion. In order to perform the analysis of work as ontology, we find in the Arts and Crafts Movement (MAO) assumptions to think other relations of the subject with the work and do manual. MAO proposal was to value the craft making as an alternative to mechanical and stereotypical work of the industrial era that impoverished the experiences of man in their daily actions. We understand that research on artisanal activity from the design of MAO, allow expand the knowledge of occupational therapy on the relation of man to do as well as contribute to more powerful analysis about making manual.

KEYWORDS: Occupational Therapy, Mental Health, Arts and Crafts, Creation Workshops, Craft Making.

INTRODUÇÃO

A problematização acerca do papel das atividades humanas, por meio da análise histórica do uso atividades manuais, em especial a atividade de artesanato, surgiu a partir de nossa inserção como terapeutas ocupacionais em serviços de saúde e, atualmente, como docentes do curso de terapia ocupacional no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nestes espaços, nossa atuação concentrou-se no trabalho com oficinas de criação, onde foi possível perceber, em alguns momentos, a desvalorização das atividades manuais por parte de alguns profissionais de saúde, incluindo também terapeutas ocupacionais, não obstante a comprovação dos inúmeros efeitos clínicos presentes neste dispositivo. Através destas experiências, foi possível comprovar tais impressões nas atividades desenvolvidas como professores e/ou supervisores em diversas disciplinas, cujo trabalho era voltado para os alunos em experiência de campo em Saúde Mental, sobretudo. Percebemos que era recorrente em seus relatos o questionamento referente à desvalorização do uso das atividades manuais nos serviços de saúde, onde a prática estaria intimamente ligada à ideia de cumprimento de tarefa, apoiada pelo imperativo capitalista de produção, sendo somente dessa forma valorizado o uso das atividades nas oficinas. Entretanto, verificamos que tal intervenção consiste na demanda impositiva de produtividade característica do trabalho capitalista, que em nossa avaliação consiste em um fazer alienante, pois não ocorre a partir da escolha, das técnicas corporais (MAUSS, 2017) e/ou dos modos de criação singulares dos usuários no processo do fazer. De acordo com Branco (2004), podemos dizer que esse tipo de atividade opera-se por uma:

[...] técnica de assujeitamento das existências humanas vindo da manipulação e docilização das subjetividades, feitas para efetivar certos padrões de normalidade

Uma segunda maneira de perceber como as atividades são qualificadas em nossa profissão foi perceptível em sala de aula. Ao ministrar as disciplinas de História da Terapia Ocupacional e de Fundamentos da Terapia Ocupacional, que têm como objetivo “proporcionar a compreensão de como foi e ainda é constituído o processo histórico (...)” e a fundamentação teórica da terapia ocupacional, bem como o entendimento do uso terapêutico das atividades (COSTA et. al. 2007, p. 118), foi-nos possível a compreensão de que a história do uso das atividades manuais está marcada pela dicotomia entre o fazer e o pensar, originada pela estrutura do pensamento filosófico e religioso ocidental e acentuado sistema capitalista que, ao longo da história, vem valorizando o fazer intelectual em detrimento do fazer manual.

Segundo nossa compreensão, essas duas formas de visualizar as atividades manuais despotencializam o uso das atividades na clínica: a primeira devido o seu fundamento moral pautado na vertente técnico-mercadológica, a qual valoriza a produção e o produto; já a segunda se expressa pelo caráter de naturalização da dicotomia entre pensar e fazer e exclui de sua análise a dimensão histórico-política desse dispositivo, aspecto que consideramos fundamental na problematização das atividades manuais na clínica.

Articulados a este pensamento, encontramos no Movimento de Artes e Ofícios (MAO) pressupostos para pensar a valorização do fazer manual, e mais especificamente do fazer artesanal. O MAO corresponde a um movimento anárquico de caráter ético, estético e filosófico inglês, da segunda metade do século XIX, que defende o fazer artesanal como alternativo ao fazer mecanizado e à produção em massa e pretende revalorizar o trabalho manual, propondo que a experiência estética ocorra através dos fazeres cotidianos, resgatando as experiências intensivas da vida (ALMEIDA, 2016). Para William Morris (2003), um dos fundadores deste movimento, uma comunidade anárquica somente seria possível pela prática artesanal, pois nesta, o modo de operar o cotidiano dissolve as hierarquias frequentes e comuns existentes em formas de governo com poderes centralizados regendo a política. Durante a prática artesanal, a comunidade se dedica de forma coletiva e horizontalizada e as atividades cotidianas são pertencentes e fundamentais a todos. Assim, as atividades manuais, em especial o artesanato, são reconhecidas como dispositivos coletivos do cotidiano, capazes de promover o cuidado de si e a produção de novos territórios existenciais, novos corpos e subjetividades (ALMEIDA, 2016). Dessa forma, este trabalho tem por objetivo problematizar os discursos hegemônicos e as condições de possibilidades que promoveram a desvalorização do fazer artesanal através da dicotomia entre atividade intelectual e atividade manual. Nesse sentido, tencionamos desenvolver a análise da atividade artesanal e sua potência na clínica. E pensamos que o Movimento de Artes e Ofícios contribui para uma visão ampliada das atividades humanas, em seus modos de operar e de fazer sentidos para os diferentes sujeitos e culturas, o que nos permitirá

pensar as potencialidades do fazer manual na terapia ocupacional em atenção ao cuidado em Saúde Mental.

DISCUSSÃO

Apesar dos inegáveis efeitos das oficinas e da ampla utilização deste dispositivo nos serviços de Saúde Mental e em outras clínicas, verifica-se escassa bibliografia sobre o tema, de forma que consideramos fundamental a produção de pesquisas sobre as atividades nas oficinas em saúde. Ademais, faz-se necessário ressaltar que o presente trabalho não pretende apresentar um novo modelo de oficinas, mas pretende contribuir para a discussão do tema.

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, foram implantados serviços substitutos às instituições asilares com o objetivo de romper com as teorias e práticas de institucionalização da loucura. Nesse novo cenário, as oficinas ganham função de destaque, pois são dispositivos que apresentam estreita relação com a Atenção Psicossocial e importante crítica à psiquiatria tradicional.

No campo da Saúde Mental, com a necessidade de construção de espaços de acolhimento para sujeitos em grande sofrimento mental, são implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Na contramão da psiquiatria clássica – que promovia a segregação e a tutela – a criação dos Centros de Atenção Psicossociais propõe a promoção da assistência integral, constituindo-se como lugar de passagem, de forma a perceber o usuário como participante no processo do seu tratamento e, portanto, na vida, valorizando as múltiplas relações entre os sujeitos e a comunidade.

Com a implantação dos CAPS, gera-se a necessidade de dispositivos sensíveis, flexíveis e de forte inserção na comunidade (RAMÔA, 2005). É nesse contexto que são criadas as oficinas nos CAPS, como dispositivos que possam articular o plano singular e o coletivo, com o objetivo de promover espaços de trocas e de ressignificação da experiência de sofrimento.

Dessa forma, as oficinas são de fundamental importância por se constituírem enquanto espaços preenchidos por relações, sustentando a possibilidade de se operar no coletivo. Esse é o sentido que orienta a portaria 336/GM de 2002 que prevê o atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), assim como o atendimento de oficinas terapêuticas (BRASIL, 2002).

As oficinas consistem em dispositivo privilegiado no contexto da reforma psiquiátrica, e ganham apoio na proposta político-clínica de reabilitação psicossocial devido ao seu papel de resgate da cidadania.

Para Galletti (2004), as oficinas rompem com o modelo médico tradicional de assistência e compõem-se como dispositivo alternativo a essas modalidades, apresentando-se como práticas plurais de atenção na Saúde Mental.

Não obstante as oficinas ganharem respaldo na legislação de Saúde Mental e se configurarem como importantes dispositivos que integra o cotidiano dos CAPS, ainda

percebemos posturas teórico-práticas que fundamentam o uso das oficinas pautado em pressupostos capitalistas de produção ou uma hierarquização entre os dispositivos empregados nas práticas de cuidado.

Para melhor definirmos o fazer na clínica, indicamos inicialmente demarcar o que vem a ser clínica.

Orientados por Passos & Barros (2000), afirmamos que a clínica se define pelo plano transdisciplinar, o qual interroga os limites estabelecidos pela identidade das disciplinas, que, com o advento da ciência moderna, se estabeleceu pela via da dicotomia entre sujeito e objeto. Para a vertente transdisciplinar, “(...) sujeito e objeto não são mais realidades previamente dadas, mas se produzem por efeito das práticas”. E acrescentam que “nessa perspectiva, já não se pode mais admitir sujeitos determinando formas de conhecer objetos, nem objetos com suas bem marcadas linhas se dando a conhecer aos sujeitos” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 74).

No plano da clínica, no qual entendemos como necessariamente transdisciplinar, não existe ou pré-existe um primado do sujeito ou do objeto. Dessa maneira, não podemos falar de um a priori da clínica ou de seu fundamento, mas de uma “fundação”¹, ao que Passos & Barros (2000) apontam para “o que vem primeiro é a relação, esta sim constituidora dos termos” (p.74). Dessa forma, clínica transdisciplinar apresenta sua “fundação” determinada pelo princípio da criação, enquanto potência transformadora e, por isso, constituída pela atitude crítica de desestabilização do instituído.

Nessa direção, tanto os discursos e as práticas são efeitos da relação, bem como a clínica presentifica-se nessa atitude intercessora em nome da criação. Para Passos & Barros (2000), o que interessa na clínica é a análise dos efeitos e os movimentos que permitem a recriação da existência. “(...) Experimentar ao invés de conjecturar, ocupar-se dos maquinismos que insistem na produção de outros modos de existência, esquecer-se de si e de sua história” (p. 78). Essas são algumas direções da clínica transdisciplinar que orientará nossa análise sobre o fazer na terapia ocupacional.

Faz-se importante destacar que a análise do dispositivo oficina não se configura pela busca de um fundamento, mas, ao contrário, pensamos as oficinas a partir do conceito de dispositivo que Baremblyt (2002) designa como:

Um dispositivo em geral não respeita, para sua montagem e funcionamento, os territórios estabelecidos e os meios consagrados; pelo contrário, os faz explodirem e os atravessa, conectando singularidades cuja relação era insuspeitável e imprevisível. Gera, assim, o que se denomina linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade, acontecimentos inéditos e invenções nunca antes conhecidas (p. 67).

Para o autor, todo dispositivo é determinado pelo plano da criação. Nesta direção

¹ A palavra “fundamento” historicamente vem sendo utilizada pela metafísica para afirmar o conceito de essência, de identidade. Para marcar uma distinção com o conceito de fundamento, Passos utiliza a palavra Fundação. “Com Stengers, podemos então dizer que, no lugar de buscar o fundamento das ciências, devemos localizar sua fundação: ‘a fundação concerne ao solo e mostra como alguma coisa se estabelece sobre este solo, ocupa-o e o possui; mas o fundamento vem antes do céu, vai do cume às fundações (...)’” (STENGERS, 1993, p. 82, apud PASSOS & BARROS 2000, p. 76).

é preciso ressaltar que o dispositivo da oficina não pode ser definido como um lugar que está dado a priori, nem tão pouco como um “em si”, mas sempre em vias de se fazer, sendo uma prática a ser sempre reinventada.

Nesta concepção, Passos (2008) afirma que a experiência com as oficinas é orientada tanto pela dimensão individual quanto pelo coletivo, o que implica a articulação entre o singular e o plano político, social e cultural. E neste limite, neste entre-domínios, nesta intercessão é que o cuidado se estabelece. É neste plano de trocas que se constitui o cuidado com o outro e o cuidado de si. Como afirma Foucault (2007), o cuidado “não consiste num exercício de solidão, mas sim uma verdadeira prática social” (p. 57), aparecendo como intensificação das trocas que se efetivam na coletividade. O autor atenta para o fato de que o cuidado não se resume a uma atitude do pensamento, mas implica um labor, envolvendo um conjunto de práticas e de ocupações.

Ao referir-se ao cuidado de si proveniente dos gregos antigos, declara: “Esse tempo não é vazio: ele é povoado por exercícios, por tarefas práticas, atividades diversas. Ocupar-se de si não é uma sinecura” (2007, p. 56). O cuidado de si constitui-se um cuidado do corpo e da alma, entendendo o corpo e a alma a partir do paralelismo, sem hierarquia e ou/ dicotomia entre ambos.

Ao afirmar a inseparabilidade do cuidado de si dos cuidados com os outros, diz Foucault: “O cuidado de si – ou os cuidados que se tem com o cuidado que os outros devem ter consigo mesmos – aparece então como uma intensificação das relações sociais” (2007, p. 58-59).

Trazendo esta concepção para pensar os fazeres nas oficinas, afirmamos que o cuidado de si é necessariamente o plano da criação, num processo de participação e de autonomia que implica ações transformadoras e de partilha. A experiência com as oficinas será entendida a partir desta orientação.

Assim, concebemos a oficina como lugar de acolhimento que perpassa a relação com o terapeuta, com os outros integrantes do grupo e as materialidades. O acolhimento diz respeito à produção de continente, de partilha e de pertencimento, possibilitando outras formas de existência e de se estar no mundo.

O processo de produção de subjetividade que as oficinas ativam se constitui como plano de múltiplas trocas, num processo que Maturana (2004) define como “*Linguagear*”, em que os afetos e emoções são emprestados ao outro, produzindo uma tecedura do grupo, que se dá pelos processos do fazer, do agir e pela linguagem produzindo rede.

Para Guattari (1992):

O que importa aqui não é unicamente o confronto com uma nova matéria de expressão, é a constituição de complexos de subjetivação-indivíduo-grupo-máquina-troca múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se re-singularizar (p. 17).

Este processo se evidencia nas oficinas quando o usuário se põe em obra no ato de fazer, pois identificamos que no fazer não é apenas uma materialidade que se transforma, que ganha corpo, há também uma transformação no corpo de quem faz. Quem faz é convidado a fazer escolhas, a se abrir aos afetos, a sair do lugar de paciente, doente, para se abrir a outras relações, outros devires. Quem faz se abre às múltiplas sensações dadas pelas potências das materialidades e pelos encontros.

Para Passos & Barros (2000), as sensações são potentes vetores na clínica pois: “(...) seriam as sensações, os *perceptos* presentes nas situações clínicas que não ganham a palavra e, em sendo assim, produzem alterações/movimentações nos territórios engessados dos sintomas” (p. 78).

Para pensar a dimensão da sensorialidade na clínica, empregaremos os conceitos de *percepto* e *afecto*, pois Deleuze e Guattari nos dizem que “(...) a sensação não se realiza no material, sem que o material entre inteiramente na sensação, no *afecto* e no *percepto*” (1992, p. 217). *Perceptos* e *afectos* nos permitem pensar as oficinas como dispositivos capazes de produção de potência criadora na clínica.

O trabalho das oficinas que valoriza a experimentação como produtora de devires se constitui como uma clínica dos encontros, o encontro criador de tensão, favorecendo agenciamentos em bloco. As potencialidades ocorrem em estado ativo na relação do usuário com o mundo, onde muitos elementos podem entrar em jogo numa relação terapêutica, e esses elementos não são representações, são presentificações, são *afecções*, constituidoras de novas sensibilidades, novos desejos, novos devires, que potencializam a criação e despotencializam as capturas da subjetividade.

Na história da psiquiatria, foi possível perceber que o uso do trabalho se articula ao sinônimo de terapêutico, e terapêutico em sua origem assumiu o significado de normatização e disciplinarização. Foucault (1975 / 2014) nos assinala que terapêutico corresponde a um termo médico que remete ao processo de medicalização da loucura, e concebe o sujeito como doente. Assim, terapêutico equivale a proposta de cura e encontra seu fundamento na normalização do comportamento. Com o objetivo de desvincular o dispositivo oficina do sentido terapêutico, optamos nesta pesquisa pelo conceito de clínica, pois entendemos que terapêutico conserva a concepção de normalização e adaptação do sujeito aos valores morais instituídos.

Almeida (2010) revela que na história da terapia ocupacional também verifica-se uma importante influência do sentido médico da profissão, que expressa-se pelo termo “terapia”, nomeação que prevaleceu ao longo da história da terapia ocupacional e que demarca a separação da ocupação com as instâncias: sociais, culturais, políticas e econômicas. Porém, a ocupação humana entendida pela concepção “terapêutica”, destitui o sentido da complexidade da atividade como relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo, como relação transformadora da existência.

Ao tratar do tema do uso das atividades em Saúde Mental, Galletti (2004) propõe romper com a proposta do modelo “terapêutico” que, amparadas pela legitimidade do discurso técnico, sustentam práticas e discursos de normalização do comportamento.

Para Rauter (2000), “(...) o trabalho e a arte têm esta função de inserção no mundo da coletividade, de rompimento do isolamento que caracteriza a vivência subjetiva contemporânea” (p. 268).

Conforme descrito pela autora, o trabalho e a arte são importantes vetores de transformação devido às características de criação e inclusão social. Entretanto, o trabalho como também a arte – este último de forma menos privilegiada na história da psiquiatria – foram utilizados desde o início da psiquiatria como importantes atividades de manutenção da ordem pelas instituições asilares (FOUCAULT, 2014). É importante questionar: em que contexto o trabalho e a arte são capazes de promover transformações da existência.

Neste trabalho, propomos pensar a união entre o trabalho e a arte, através da concepção ontológica do trabalho, que será melhor definida mais adiante.

Para Galletti (2004), o modo de produção capitalista:

[...] engendrou, na modernidade, proporções enormes de enrijecimento, de isolamento, de esvaziamento das esferas coletivas e, por fim, destituiu do trabalho seu potencial criativo. Ou seja, longe de representar uma fonte de prazer e de pertencimento ao mundo, o trabalho no capitalismo se transformou em uma fonte de exclusão, de sofrimento e de marginalização (p. 37).

Se o trabalho foi um dos instrumentos mais utilizados para a normatização do comportamento nas instituições asilares e se apresentamos um modelo de trabalho capitalista em nossa sociedade que se define essencialmente por mecanismos de alienação e assujeitamento, como pensar na proposta de trabalho enquanto instrumento de intervenção na saúde mental? Parece-nos também que a utilização do trabalho na proposta de reabilitação apresentar-se enquanto dado inquestionável em algumas ofertas de oficinas na Saúde Mental. Entretanto, percebe-se que os usuários do sistema de Saúde Mental – devido ao seu modo singular de existir – em geral estão aquém do trabalho formal. Nossa intuição é que: para lidar com estas problematizações, o Movimento de Artes e Ofícios pode apresentar caminhos interessantes.

Acreditamos que um breve histórico da dicotomia pensamento-ação do modo de produção capitalista nos auxilie na análise da proposta de reabilitação pelo trabalho em Saúde Mental. Desta forma, tomamos a proposta ontológica do trabalho como possibilidade de saída a esse impasse, na medida que nos permita uma concepção do trabalho como produção de experiências estéticas do cotidiano, que será melhor definida no decorrer do texto.

Historicamente, verificamos que, na Grécia Antiga, o trabalho manual era realizado por escravos e servos, atividade considerada menor. Conforme Gama (1987), “para os antigos, o trabalho manual era um tipo de trabalho indigno e o trabalho intelectual era um trabalho digno. Assim, se fez a divisão entre as artes liberais (relacionadas ao trabalho liberal) das artes mecânicas (trabalho feito com as mãos na Grécia antiga)” (p. 67). Dessa forma, podemos perceber que, desde a Idade Antiga, foi introduzida a separação entre atividade intelectual e trabalho manual, com a

consequente desvalorização deste último. Continuando, o autor mostra que o sentido de desvalorização do fazer manual nasce a partir da dicotomia entre fazer intelectual e fazer manual que desqualifica este último ao mesmo tempo que sustenta a relação de poder e de subordinação dos sujeitos que o praticam. Esta hierarquia e desvalorização do trabalho manual permanecerão como um substrato da subjetividade ocidental ao longo de sua história. Entretanto, o autor afirma que posteriormente na Era Moderna, com a ascensão da burguesia, que tem por mérito a atividade de produção, ocorre a necessidade de valorização das atividades manuais, o que nos permitirá pensar o fenômeno da reabilitação pelo uso do trabalho a partir da perspectiva de adaptação e submissão tributárias do imperativo capitalista. Só que esta valorização das atividades manuais, a partir da ascensão da burguesia, não carrega nela um plano de produção de vida, valorizando os sujeitos envolvidos neste fazer, mas apenas se volta a produção de mercadorias que devem ser consumidas gerando lucro. O produto feito, a mercadoria confeccionada durante a atividade é o que importa e não o processo de fazer enquanto plano de existencialização.

Problematizando estes pensamentos, nos voltamos ao Movimento de Artes e Ofícios (MAO) no qual encontramos condições para pensar a atividade manual sob outra perspectiva que não a de desvalorização apoiada pelo fundamento de produção do capitalismo. John Ruskin é considerado um dos precursores do MAO, e desde sua obra *Pedras de Veneza* (1992)², ele questiona os modos de trabalho ocidental e também já denunciava certa forma de operar da arte, iniciado na Era Moderna, que ele considerava negativo.

Com a Modernidade e, conseqüentemente, com a industrialização, Ruskin afirmou que faltava arte aos produtos industrializados, desprovidos de qualidade estética. Para o autor, “(...) a organização de trabalho fabril porque dividia a produção em etapas especializadas, tornando o trabalho um procedimento repetitivo, mecânico e alienante.” Esta produção Ruskin nomeou de “produto sem estética” (AMARAL, 2011, p. 80).

Ruskin identifica que, com a industrialização, houve uma tentativa de retirar as irregularidades, as expressões singulares dos artesãos que participam das construções das obras, tornando o fazer do operário um ato mecânico. Durante o período Gótico, antecessor ao Renascimento, era comum que toda cidade ou vilarejo construísse sua igreja ou catedral. A torre da igreja guardava certo significado especial, pois nesta parte da arquitetura, toda comunidade deste local, independente de seu ofício ou gênero, participava desta construção. Cada um contribuía com a edificação da torre, só que a tecnologia corporal (MAUSS, 2017) de cada corpo fazedor, criava pequenas diferenças

2 *The Stones of Venice* [As Pedras de Veneza] foi publicada em três volumes entre 1851 e 1853. Nesta obra Ruskin realiza o estudo do gótico através da Arquitetura de Veneza e realiza a defesa da superioridade deste estilo. “A versatilidade, a originalidade e a riqueza decorativa que admira no gótico são encaradas por Ruskin como o fruto da liberdade criativa que a sociedade medieval proporcionava ao artesão” (MORRIS, 2003, p.23).

entre as partes construídas da torre. Estas diferenças atestavam que ali estivera presente toda comunidade. A torre era um todo, mas em pedaço continha uma certa assinatura corporal que permitia um sentido de pertencimento do singular, do indivíduo ao todo do objeto feito. Em épocas de guerra, era comum que o inimigo desejasse destruir a torre de uma cidade, abalando moralmente seu adversário, destruindo seu símbolo de totalidade da comunidade.

Com o surgimento da indústria e a crise do trabalho artesanal, o trabalhador perde a liberdade criativa e o poder decisório do planejamento e confecção da obra. O fazer repetitivo da indústria é alienante pois não permite a criatividade dos operários e é determinado pelas ideias do arquiteto responsável pelo desenho da construção.

Ruskin afirma que, com o advento do modelo industrial de produção, não é o trabalho que ficou fragmentado, “(...) mas os homens que são divididos: partidos em meros segmentos de homens, de tal modo despedaçados em pequenos fragmentos e migalhas de vida” (Ruskin, 2006, p. 73). Conforme a citação do autor, não era apenas a produção capitalista que ocorria de forma fracionada, mas o homem era dividido em suas ações e como consequência sua existência era fragmentada.

Ao analisar a arquitetura em Veneza, que simboliza, sobretudo, uma arquitetura pré-capitalismo, Ruskin fala sobre a criatividade e autonomia dos operários nessas criações, que, apesar do anonimato no fazer, é possível perceber a marca da singularidade dos operários na construção.

Para Ruskin (1992), a arte permite ao autor ocupar um lugar de reconhecimento, na medida em que viabiliza a expressão de um registro histórico e memorial. Ao tratar do trabalho coletivo na arquitetura, Ruskin afirma que a materialidade da obra é condição para que se immortalize uma cena histórica ou um dado de uma memória local (AMARAL, 2011).

As construções góticas consistiam no resultado de um trabalho livre e criativo, não havendo diferença na confecção e execução das obras arquitetônicas. Desse posicionamento, Ruskin faz um elogio à arquitetura gótica qualificando-a como um trabalho criativo que não apresenta a hierarquia entre quem planejou a obra e quem a executou. Ruskin faz “uma associação entre a lógica dessa lei e a divisão do trabalho fabril de seu tempo, qualificando-o de mecânico e nada criativo” (AMARAL, 2011, p. 62).

Ao tratar do tema da arquitetura como disciplina na modernidade, o autor afirma que, nas construções arquitetônicas, o especialista não participa da produção manual de suas obras e, concomitantemente, o saber do operário fica afastado do processo de criação. Para Ruskin, a arquitetura havia se transformado em um ato mecânico, promovendo a separação entre o pensar e o fazer. Deste modo, “(...) a arquitetura havia se transformado em uma disciplina autônoma e propriedade exclusiva de especialistas, excluindo, assim, o saber do operário” (AMARAL, 2013, p. 62). O fazer artístico e espontâneo foi excluído do fazer do operário, o operário foi expropriado do processo criativo, cabendo apenas ao arquiteto a atividade pensante. Ruskin criticou

a desvalorização do fazer manual e a divisão do trabalho em intelectual e operacional, característico do sistema de produção capitalista e considerava a separação entre o “fazer” e o “pensar” um erro, pois restringia a liberdade criativa do sujeito, limitando ou excluindo a vivência estética no trabalho. E esta dicotomia, esta separação se alastrava para outras profissões e campos. Porém certamente mais grave naqueles que tinham como objetivo a construção de um objeto concreto, pois agora há aqueles que pensam o objeto e aqueles que executam, ou aqueles que pensam a atividade e aqueles que as experimentam. Logo, nenhum destes sujeitos conhecia a totalidade de seu labor, por isso a arte da Era Moderna se deteriorava assim como outros campos. Esta separação entre pensar e fazer era para Ruskin em última instância a fragmentação do ser humano.

Para Ruskin (2006):

[...] propomos antes aqui salientarmos o outro erro e mais fatal de desprezar a labuta manual quando governada pelo intelecto; pois não é menos fatal o erro de desprezá-la quando regulado pelo intelecto, que valorizá-la em si mesma. Nos dias de hoje, nos esforçamos permanentemente em separar os dois; queremos que um homem esteja sempre pensando e outro sempre trabalhando; a um damos o nome de cavalheiro, a outro, de mão-de-obra, enquanto o trabalhador devia estar constantemente pensando e o pensador constantemente trabalhando e ambos serem cavalheiros no melhor sentido da palavra (RUSKIN, 2006, p. 74).

Afirma ainda o autor:

É, portanto, somente pelo labor que o pensamento pode se tornar saudável e somente pelo pensamento que o labor pode se tornar feliz e os dois não podem ser separados impunemente. Seria bom que todos nós fôssemos bons artesãos de alguma espécie e que a desonra da labuta manual fosse completamente abandonada [...] (RUSKIN, 2006, p. 74).

Conforme a citação acima, podemos perceber que Ruskin não só desprezava a dicotomia entre o pensamento e a ação, como também criticava a hierarquia do fazer intelectual em detrimento ao fazer manual. Para Ruskin, a produção artesanal permitiu a união entre o fazer e o pensar, diferentemente das épocas anteriores que destituíram do sujeito a liberdade de criação.

Ruskin, além disso, acreditava que a experiência estética era vital, necessária a todos os sujeitos e deveria ocorrer diariamente no cotidiano e, por isso, propôs que o trabalho deveria favorecer a vivência de experiências estéticas através de relações de troca e de ações criativas. Ao analisar a ornamentação na arquitetura Ruskin não valoriza necessariamente a forma da obra, mas o prazer, porque sabemos que “o escultor estava feliz ao realizá-la” (GARCIAS, 1992: XV). Pela observação dos diferentes detalhes na construção das obras arquitetônicas, percebia a criatividade do operário através do trabalho coletivo. Ruskin, sem dúvida, foi o primeiro no mundo ocidental a afirmar que na arte importa menos o objeto feito, mas sim o ser humano produzido durante este fazer.

O conceito de arte apresenta-se por uma concepção que aproxima ética e estética. O autor definiu a ética e estética do trabalho pela expressão de uma política

da ajuda mútua, em que todos participavam da produção sem relação de hierarquia no processo do trabalho. Para Amaral (2011), Para Ruskin, as relações no trabalho deveriam eliminar a separação entre quem pensa e quem faz, de forma que todo trabalho permitiria o pensar e o agir. Assim, estética e a ética não se dissociam e são tratadas como se fossem uma coisa só.

Ruskin valorizava a relação entre as experiências de vida, percepções, memórias e sensações, como potencializadoras da criação. A sensorialidade é um aspecto central na sua concepção da arte, visto que a vivência estética não se restringe à contemplação do objeto, mas corresponde ao fazer estético que deve ser sentido (AMARAL, 2011).

Para Ruskin e os autores do MAO, o objetivo do trabalho deveria ser o prazer, que está tanto no processo quanto no produto final da criação. O prazer a que se refere implica uma concepção de prazer diferente da sociedade de consumo que localiza essa experiência no ato consumista do 'ter' e restringe o prazer ao momento de lazer em oposição ao trabalho – que, em nossa sociedade, cada vez mais se identifica com o entretenimento, como uma vivência passiva e apática relacionada ao consumismo – mas, ao contrário, o prazer apresenta-se como uma condição ontológica de realização no e pelo trabalho criativo.

Desse modo:

É, aliás muito atual esta crítica à sociedade de consumo, com todas as suas promessas de consumo compensatório e alienatório, incluindo uma indústria de lazer que não altera a rotina desgastante do trabalho, mas se limita a proporcionar um escape – hoje em dia totalmente pré-formado e tão aliciante quanto possível, nos níveis de exotismo ou 'aventura' que proporciona. (BOTTO, 2003, p. 14)

Nessa concepção, trata-se de pensar o trabalho em união com o lazer, como produção de sentidos existenciais, como uma ontologia, do trabalho preenchido por ações significativas, que devem se dar no cotidiano, como expressão da singularidade do sujeito.

Para Ruskin, a construção coletiva é fundamental tanto para a qualidade estética, quando para a vivência estética, pois é no todo da obra como resultado da criação coletiva que a qualidade estética da obra se dá e é na vivência coletiva que a experiência estética ocorre. Dessa maneira, a vivência estética para Ruskin é sempre resultado de uma dinâmica de relações, com o outro e com os materiais.

Para Ruskin, objeto feito à mão é belo, na medida em que a marca da imprecisão expressa a singularidade de quem fez. A precisão da máquina que reproduz objetos idênticos, anula a possibilidade da qualidade estética nos objetos da indústria. Todavia, a imprecisão da mão, característica do fazer manual, permite a diferenciação entre os objetos construídos de forma manual o que confere beleza ao objeto artesanal.

O autor define a imprecisão no fazer artesanal através do conceito de “tremido”, que traduz a singularidade no fazer artesanal, pois constitui a marca de quem fez, como um registro de autoria. O conceito de “tremido” define-se pela singularidade

do fazer artesanal, pois Ruskin, ao analisar a arquitetura Gótica, percebeu que as diferentes marcas deixadas nas obras distinguiam os diferentes sujeitos no processo do fazer, sobretudo visíveis nas torres das catedrais. Nesta direção, a teoria do “tremido” complementa a teoria do operário feliz, pois o fazer singular do trabalhador representado pelo “tremido” expressa a criatividade no fazer, o que reproduz a alegria no trabalho singular e coletivo.

O trabalho deveria construir sentidos, não apenas nas obras, mas na vida, ele se apresenta pela união entre ética e estética, não só o trabalho deve estar presente na arte – como constatou na criatividade dos operários das obras góticas em Veneza – como a arte deve estar no trabalho, como processo criativo e singular, transformador da vida.

Para o MAO, o trabalho alienado não permitia em uma ação libertadora, pois servia aos interesses da burguesia, não se constituindo como experiência ontológica, de produção de sentidos e de intensificação da vida. Desta forma, acreditava que só o trabalho livre e criativo poderia promover o sentido da ação do homem, como existência autônoma.

Ao discorrer sobre a economia do Estado, Ruskin (2004) afirma uma correspondência entre a necessidade de sobrevivência e de arte para a vida.

A dona-de-casa ideal [expressa] de modo proposital a divisão equilibrada de seus cuidados entre os dois grandes objetivos que são a utilidade e o esplendor. Em sua mão direita, alimento e linho, para a vida e vestuário; na mão esquerda, púrpura e bordado, para honra e beleza. Toda boa economia doméstica ou nacional se caracteriza por essas duas divisões: na falta de uma ou outra, a economia é imperfeita (RUSKIN, 2004, p. 29).

Para Ruskin, a atividade estética é tão essencial quanto às ações de subsistência, de forma que ambas se distinguem, mas não devem ser separadas ou anuladas.

Um outro personagem importante no MAO foi William Morris que também era um crítico à divisão de trabalho da produção industrial e tenta combinar as teses de Ruskin às de Marx, na defesa de uma arte para todos e não apenas para uma certa elite; a ideia é que o operário possa vivenciar experiências estéticas na relação com seu ofício, conferindo valor estético não apenas às suas obras, mas às suas ações.

Morris valoriza de forma exclusiva o fazer manual, criticando a divisão do trabalho característica da produção industrial. Propôs restaurar a produção artesanal com a qual a arte se identifica com o trabalho que dá prazer (AMARAL, 2011).

Apoiado nas ideias de Marx, o Movimento de Artes e Ofícios a partir de Morris denunciou o modelo industrial que, ao produzir o modelo especialista de produção, empobrecia a relação com os fazeres diversos e, conseqüentemente, a capacidade de agir e pensar. Para Marx:

[...] a atividade não é dividida voluntariamente, mas sim naturalmente, a própria ação do homem se torna para este um poder alheio e oposto que o subjuga, em vez de ser ele a dominá-lo. E é deste modo que o trabalho começa a ser dividido, cada homem tem um círculo de atividade determinado e exclusivo que lhe é imposto e do qual não pode sair; será sempre caçador, pescador, pastor ou crítico, e terá

de continuar a sê-lo se não quiser perder os meios de subsistência [...] (MARX & ENGELS, 2006, p. 43).

Com a divisão do trabalho em produção especializada, o sujeito, para Marx, perdeu a autonomia de suas ações. Ao privar o sujeito da pluralidade de suas ações, restringiu-se a liberdade de pensamento e de ação.

Com Morris, o conceito de arte contemplativa é abandonado em nome da arte como experiência estética e, por isso, a arte deveria estar no cotidiano como intensificação da vida.

[...] Morris reclama a necessidade de pôr fim ao divorcio entre a arte e a vida cotidiana como a única forma de restabelecer a harmonia entre o ser humano e a natureza e de construir uma sociedade mais justa, na qual a criação não esteja excluída do trabalho cotidiano (BOTTO, 2003, p. 12).

Morris, assim como Ruskin, faz um elogio à produção artesanal, ideal das guildas medievais, onde o artesão desenha e executa a obra, num ambiente de produção compartilhada.

Afirma o autor:

Em tempos idos, o mistério e o encantamento das artes manuais eram apreciados em todo o mundo, e a imaginação e a fantasia misturavam-se com tudo o que o homem fazia; e nesses tempos, todos os artesãos eram artistas, como lhes deveríamos chamar agora (MORRIS, 2003, p. 30).

O trabalho não estava dissociado da arte e da vivência social, porém, com o advento da industrialização, com o fazer monótono e mecânico, iniciou-se a anulação do trabalho criativo e, por conseguinte, a relação entre o fazer cotidiano atrelado a fantasia e a imaginação criativa.

A partir de Morris o artesanato não é apenas um grupo de atividades com certas técnicas e materialidades, mas é um modelo de vida, de comunidade, de ética e de política. E mais ainda: só ele, em sua horizontalidade de relações, coletividade da experiência estética não hierarquizada, não sacralizada pelas grandes instituições de consagração cultural (BOURDIEU, 2003), numa indissociabilidade entre o pensar, o sentir e o fazer, se torna o modelo para uma comunidade anárquica.

CONSTRUINDO OUTRAS SENSIBILIDADES: O ARTESÃO E O ARTESANATO

O artesanato, apesar de pouco citado nas bibliografias que tratam da temática das oficinas em saúde mental, constitui essencial meio de inclusão social e produção de subjetividade em virtude de sua característica histórica de composição estética e coletiva.

É importante ressaltar que nossa proposta não consiste em importar o modelo de produção artesanal e transformar os usuários dos serviços de saúde mental em artesãos, mas, através de uma problematização dos ideais do MAO e do fazer do artesão, oferecer perspectivas de trabalho que instaurem relações de solidariedade e possibilitem a autonomia.

Ao tratarmos do artesanato seguindo a inspiração do MAO, tomamos o modelo de produção do artesão retornando à época medieval e suas singularidades. É nessa direção que propomos uma genealogia da figura do artesão para pensarmos uma proposta ontológica do trabalho. Dessa forma, indagamos: que relações com o fazer esse modo de produção opera? Temos como aposta que o modelo de produção do artesão pode apresentar uma proximidade com a proposta das oficinas na clínica da Saúde Mental que estamos discutindo, devido a sua perspectiva de trabalho como construção de sentidos.

Guiados pela obra de Richard Sennett, *O Artífice* (2009), o autor nos assinala para a importância dos efeitos do trabalho artesanal para a vida. Sennett (2009), ao pesquisar sobre a experiência do artesão, afirma que, historicamente, presenciemos uma valorização da atividade intelectual em detrimento das atividades manuais, explicando que essa divisão reflete a maneira pela qual a civilização ocidental tende a compreender a relação entre a cabeça e a mão. Mas para Sennett, “as pessoas podem aprender sobre si mesmas através das coisas que fazem, a cultura material é importante” (2009, p. 18). Nesta direção o autor não concorda com o pensamento de Hannah Arendt, quando ela aponta para a distinção entre o animal laborens e o homo faber. Para Arendt, o animal laborens, homem laborativo, homem fazedor, não compreende o seu fazer, não compreende as causas, diferente do homo faber, que, segundo a autora, corresponde ao “homem que faz”, que compreende as causas. Dessa forma, para a autora:

Animal laborens é, como já indica o nome, o ser humano equiparado a uma besta de carga, o trabalho braçal condenado à rotina. Arendt enriquece a imagem imaginando-o absorto numa tarefa que o mantém isolado do mundo [...] No ato de fazer a coisa funcionar, nada mais importa; o animal laborens toma o trabalho como um fim em si mesmo (SENNETT, 2009, p. 16).

O autor, em sua crítica, discorda de Arendt quando ela argumenta que vivemos em duas dimensões. Em uma, a fazer as coisas: nessa condição, agimos de forma amoral, sem pensar, pois afirma a autora que, no ato do fazer manual, estamos absorvidos em uma tarefa sem pensar sobre ela. Em outra, não produzimos, apenas pensamos e julgamos sobre as coisas produzidas. Nessa última, somos habitados por uma forma de vida mais elevada.

Conforme o autor, essa distinção é falsa, pois as pessoas pensam no ato de produzir com os materiais. Além disso, segundo ele, as pessoas podem aprender sobre si mesmas através das coisas que produzem, não havendo divisão entre o pensar e o fazer.

[...] Porque menospreza o homem prático – ou a mulher que trabalha. O animal humano que é o Animal laborens é capaz de pensar; as discussões sustentadas pelo produtor podem ocorrer mentalmente com os materiais, e não com outras pessoas; as pessoas que trabalham juntas certamente conversam a respeito do que estão fazendo. Para Arendt, a mente se ativa uma vez realizado o trabalho. Uma outra visão, mais equilibrada, é que o pensamento e sentimento estão contidos no processo do fazer (SENNETT, 2009, p. 17).

Nessa perspectiva, a relação com a materialidade impõe o pensamento no processo do fazer, assim como promove a troca de experiências e afetos entre as pessoas envolvidas com o trabalho coletivo.

Nesse sentido, o autor fala de uma separação cabeça e mão, intelecto e fazer manual, que se originou a partir da distinção entre *animal laborens* e *homo faber*. Afirma Sennett (2009) que “a civilização ocidental caracteriza-se por uma arraigada dificuldade de estabelecer ligações entre cabeça e mão, de reconhecer e estimular o impulso da perícia artesanal” (p. 20).

Guiados por Sennett (2009) compreendemos que o fazer manual produz pensamento, sendo esta ideia herdeira do Iluminismo que relaciona o aprendizado ao bom trabalho com a capacidade de autogoverno, de autonomia. Para Sennett (2009) a autonomia é potencializada pelo fazer coletivo e a define “(...) como um impulso vindo de dentro que nos compele a trabalhar de uma forma expressiva, por nós mesmos”. E alerta o autor: “Por isso é que não devemos abrir mão da oficina como espaço social” (p. 88).

O fazer artesanal originário das *guildas* medievais consistiam em oficinas que correspondem importante espaço social. Dessa forma, Sennett distingue a arte do artesanato pelo princípio de autonomia e afirma que o artista pode ter sido o menos autônomo devido ao poder intolerante ou voluntarioso e, portanto, mais vulnerável devido ao seu estado solitário, enquanto que o artesão está imerso no universo de trocas sociais.

Sennett aproxima o artesanato da arte, ao valorizar a expressão e singularidade produzida no artesanato, ao mesmo tempo em que realiza a diferença entre ambos quando aborda o contraste sociológico entre arte e artesanato, dizendo que “os dois se distinguem, inicialmente, pelos seus agentes: a arte com um agente central ou dominante, enquanto o artesanato tem um agente coletivo” (SENNETT, 2009, p. 88).

Desse modo, a valorização do artista como alguém que cria uma obra original é uma visão moderna do homem e da obra como criação original. Ambos os conceitos, o de artista e o de obra original, são definições que não existiam no período das produções artesanais, são ideias recentes as quais revelam o artista como agente responsável pela criação do novo. Com a concepção de novo como princípio a ser buscado no campo das artes, revela-se o seu contrário, a desvalorização da repetição, como algo enfadonho e menor. Entretanto, julgamos que a repetição é fundamental para as transformações na clínica, não as repetições mortíferas, mas as repetições que vitalizam as ações e transformam a existência. Como encaminha Manoel de Barros (2007), “Repetir repetir até ficar diferente. Repetir é um dom do estilo” (p. 8).

Küller (1996) apresenta algumas características essenciais do trabalho do artesão e ressalta a perspectiva da reunião entre o pensar e o agir característico deste trabalho. No ofício do artesão, não há a separação entre quem pensa a obra e quem a realiza. Dessa forma, pensamento e ação são unificados no ato da criação. Na união entre fazer e pensar, o homem que executa a ação corresponde ao mesmo homem

que a idealizou, e isso ocorre devido à liberdade de criação no fazer.

O artesão consiste no trabalhador característico da época medieval que foi sendo abolido com a implantação do regime capitalista de produção. Küller afirma que, nas oficinas, os artesãos eram reconhecidos pela sua experiência profissional sendo esta a única característica hierárquica que marcava as relações entre os trabalhadores. Nesse sentido, havia respeito e reconhecimento ao saber do mestre. As relações de trabalho entre os artesãos se estabelecem pelo compartilhamento de experiências e a valorização do aprendizado ocorre pelo reconhecimento do saber do mestre e também do aprendiz.

No processo do fazer:

[...] na solidão da labuta com os materiais trava-se uma batalha de outra espécie: o desenvolvimento e ajuste das potências físicas, psicológicas e espirituais aos requisitos do opus (obra). A busca por excelência, o esforço de produzir um objeto que 'encantasse o cliente' e ao mesmo tempo fosse expressão de uma potência criadora, suscitava uma interiorização e um contínuo auto-desenvolvimento da personalidade (KÜLLER, 1996, p. 23).

Tanto Küller (1996) quanto Sennett (2009) abordam a importância da qualidade estética do produto para o artesão, a busca pela excelência na produção reside na relação afetiva com a obra. Küller, referindo-se à Marx, afirma que, no artesanato, “existe uma especial relação afetiva entre o homem e o seu trabalho. Um envolvimento afetivo liga o artesão ao seu ofício, fonte de prazer e de humanidade” (1996, p. 28).

A participação do artesão em todas as etapas da criação de sua obra também constitui uma importante característica do fazer artesanal, na medida em que o artesão domina o ciclo completo da construção. O trabalho artesanal, ao contrário do trabalho capitalista, que fragmenta as ações e aliena o sujeito, “é um tipo de trabalho que possibilita o ser humano integral” (KÜLLER, 1996, p. 26). No processo do fazer, é permitida e valorizada a criatividade.

Entendendo que o fazer e o pensar caminham juntos, o pensar como artífice corresponde pensar com o corpo, que exige uma posição crítica na sociedade, visto que, a exploração das ações promove uma atitude reflexiva diante da vida e de si mesmo.

O artesanato carrega a marca de uma produção personalizada, autoral. Há um traço afetivo e singular daquele que o fez e daquele que o usa. Dessa maneira, outra faceta do fazer artesanal corresponde à proximidade entre o criador da obra e o cliente que ocorre através da ligação afetiva e artística com a obra. No modo de produção capitalista, o produto perde essa relação de sentido de comunhão entre produtor e usuário devido ao mercado mais amplo e impessoal.

No fazer artesanal, o artesão é senhor de suas condições de trabalho, pois, além de dominar o ciclo completo de sua produção, possui os meios para esta. Assim, não fica subjugado a produzir para outrem como ocorre no trabalho capitalista em que o trabalhador vende sua força de trabalho para aquele que detém os meios de produção.

A partir dessas considerações, verifica-se que o fazer artesanal constitui uma vivência que promove a autonomia por diversos motivos. No fazer artesanal, há a relação do trabalho com o desejo, pois o artesão agrega trabalho e prazer.

A temporalidade do fazer artesanal constitui outro fator fundamental para pensar a oficina na clínica, pois o trabalho em conformidade com a temporalidade singular, própria de cada um, que inclusive acolhe o tempo lento de homens e mulheres, é fundamental para a clínica em Saúde Mental. Conforme Küller, o artesão:

[...] é livre para estabelecer a sua jornada de trabalho e seu ritmo. A natureza criativa do trabalho e a fluidez dos limites da jornada permitem uma passagem natural entre tempo de trabalho e o tempo destinado às demais exigências da vida. É possível, assim a percepção do tempo como potencializador da criação (1996, p. 34).

Sennett também ressalta a importância da ludicidade no trabalho que a produção capitalista excluiu do processo do fazer, e que muitos estudiosos ainda menosprezam esta temática ao tratar da questão. Para Sennett, “(...) a dureza da revolução industrial levou os adultos a deixar de lado seus brinquedos; o trabalho moderno é ‘sério demais’” (2009, p. 301). Para o autor, o fazer artesanal inclui o lúdico, que para nós é traduzido como prazer e aprendizado na relação criativa com os materiais, vivências estas cada vez mais escassas nos processos de trabalho no contemporâneo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção de estabelecer uma relação do modo de produção artesanal com a clínica é poder propor formas de trabalho que possam romper com o modelo hegemônico de produção capitalista definido por relações de trabalho solitárias que promovem a exclusão social. O MAO, propõe a pluralidade e a coletividade dos fazeres como experiência libertadora, de ressignificação da vida através das atividades estéticas e cotidianas. A vivência artesanal contempla relações compartilhamentos, pois propicia a troca, favorecendo um ambiente de criação e de solidariedade, acompanhado de uma temporalidade singular. A aposta é que esses e outros princípios de relação com os fazeres artesanais possibilitem operar a proposta de autonomia e inclusão social para as pessoas em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. V. M. *Laban e o corpo intenso*. 2014. 217 f. Tese (Pós-doutorado em Corporeidade) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2016.

_____. Arte, loucura e sociedade: ideologias e sensibilidade na terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 5, n. 2, p. 87-100, 2010.

AMARAL, C. S. A lógica espacial de John Ruskin. *Oculum Ensaios*, n. 7_8, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/oculum/article/view/361/341>> Acesso em 5 de setembro de 2017.

_____. *John Ruskin e o ensino do desenho no Brasil*. São Paulo: Editora Unesp, 2011.. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/113686/ISBN8539302048.pdf?sequence=1>> Acesso em: 2 de agosto de 2017.

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte, Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, M. *O livro das ignorâncias*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BOTTO, I. D. Prefácio. In: MORRIS, W. *Artes menores*. Lisboa: Antígona, 2003.

BRANCO, G. C. A prisão Interior. In: Passetti, E. *KafKa, Foucault: sem medos*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2004, p. 33-44.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 24 setembro de 2017.

COSTA, M. C. et. al. *Projeto Pedagógico de Curso de Terapia Ocupacional*. Instituto de educação, ciência e tecnologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

FOUCAUT, M. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2014.

_____. *História da Sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GALLETTI, M. C. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. UCG, 2004.

GAMA, R. J. *A Tecnologia e o Trabalho na História*. São Paulo: Nobel/ Edusp, 1987.

GARCIAS, J. C. Introdução. In: RUSKIN, J. *As pedras de Veneza*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

GUATTARRI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, 1992.

KÜLLER, J. *Ritos de passagem: gerenciando pessoas para a qualidade*. São Paulo: Senac, 1996.

MATURANA, H; ZÖLLER, G. *Amar e Brincar: fundamentos esquecidos do humano*. São Paulo: Palas Athenas, 2004.

MARX, K & ENGELS, F. *Ideologia Alemã*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2006.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Ubu, 2017.

MORRIS, W. *Artes menores*. Lisboa: Antígona, 2003.

PASSOS, E. Dez anos depois e ainda somos muitos: a clínica do Caps e o coletivo. *Revista da Escola de Saúde Mental*. In: LIBÉRIO, M; AIBUQUERQUE LIBÉRIO, M. (Orgs.) 12 Anos de CAPS na Cidade

do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, ano.1, n.1. Dezembro de 2008, p. 50-62.

PASSOS, E; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

RAMÔA, M. L. *A Desinstitucionalização da clínica na Reforma Psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPS-ad*. 177 f. 2005. Tese (doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

RAUTER, C. Oficinas para quê? uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (org) *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000, p. 267- 277.

RUSKIN, J. *A economia política da arte*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

_____. John Ruskin: Selvatiqueza (excerto de A Natureza do Gótico). *Risco: Revista de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo*, n. 4, p. 67-76, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/risco/article/view/44674/48296>> Acesso em: 15 de agosto de 2018.

_____. *As pedras de Veneza*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

SENNETT, R. *O Artífice*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2009.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSOS FORMATIVOS POR MEIO DE CENTROS REGIONAIS DE REFERÊNCIA PARA AGENTES E TRABALHADORES ATUANTES NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Andrea Ruzzi-Pereira

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Terapia Ocupacional
Uberaba – MG

Paulo Estevão Pereira

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba – MG

Ailton de Souza Aragão

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Saúde Coletiva, Uberaba – MG

Rosimar Alves Querino

Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
Departamento de Saúde Coletiva, Uberaba – MG

Erika Renata Trevisan

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Terapia Ocupacional
Uberaba – MG.

RESUMO: Os Centros Regionais de Referência (CRR) foram criados nas universidades públicas como estratégias para capacitação de profissionais que atuam com pessoas que fazem uso problemático de drogas. Visam a atenção integral de modo intersetorial e oportunizaram a educação permanente de profissionais, calcada na promoção da saúde, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Objetivos:** Relatar a implementação de processos formativos por meio do CRR da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Metodologia: Os cursos realizados em 2016 e 2017 envolveram docentes e profissionais e ofertaram 270 vagas nos processos formativos: Conhecer o território, potencializar os sujeitos para atuar em rede; Práticas educativas para a prevenção ao uso de drogas entre crianças e adolescentes; e Abordagens e estratégias de intervenções na atenção à pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Em todos eles, a formação interdisciplinar articulou-se à construção de projetos de intervenção totalizando 40 horas. **Resultados e Discussões:** A metodologia participativa ensejou amplo diagnóstico dos nós críticos advindos do uso de drogas nos bairros e escolas; delineou contribuições da educação, saúde e assistência social para a atenção integral; evidenciou o perfil dos serviços e limitações enfrentadas. As estratégias para abordagem comunitária e individual, conduzidas a luz do planejamento situacional e do projeto terapêutico singular, contribuíram para que os envolvidos vislumbrassem a aplicabilidade no cotidiano. **Considerações finais:** Os processos formativos revelaram-se potentes para fomentar a atuação interdisciplinar e intersetorial que, guiada pela perspectiva de promoção da saúde e redução de danos, pode fortalecer as ações nos cenários do uso de drogas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Continuada. Recursos Humanos em Saúde. Colaboração

Intersetorial.

ABSTRACT: Regional Reference Centers (CRR) was been created in Brazilian public universities as strategies to develop professionals who working with people in problematic use of psychoactive substances. It aims an intersectoral integral attention model and it allows professionals permanent education, based in health promotion, interdisciplinarity and intersectionality. **Purpose:** To describe the implementation of the educational processes through the CRR of Federal University of The Triangulo Mineiro. **Methodology:** The courses developed in 2016 and 2017 involved teachers and professionals and they offered 270 vacancies in three educational processes: “Discovering the territory: Empowering the subject to act in network”; “Educational Practices to prevent illicit drug use among children and adolescents”; “Approaches and Intervention Strategies in the attention to the person in a problematic use of alcohol and others drugs”. In all these processes, the interdisciplinary training was articulated with the elaboration of practical intervention projects, totalizing 40 hours. **Outcomes and Discussion:** The participatory methodology allowed a broad diagnosis of the critical knots involving the drug use in the neighborhoods and schools; outlined the contributions of Education, Health and Social Work areas in the integral attention; highlighted the services profiles and the limitations that it has to face. The community and individual approach strategies, based in the situational planning and the singular therapeutic project, allowed to the involved to perceive its everyday applicability. **Final considerations:** The educational processes revealed as powerful strategies to foment the interdisciplinary and intersectoral acting that, based in health promotion and harm reduce, could strengthen actions in a drug use scenario.

KEYWORDS: Education, Continuing. Health Manpower. Intersectoral Collaboration.

1 | INTRODUÇÃO

A atuação intersetorial, multiprofissional e de substituição das internações manicomiais para pessoas que fazem uso abusivo de drogas é resultante das muitas lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica e que aos poucos foram sendo instituídas pelo Estado brasileiro (BRASIL, 2011).

No Brasil, a partir do ano de 1998, iniciou-se um processo de construção de uma política nacional específica para o enfrentamento das drogas por meio da adesão aos princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, estabelecidos na XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas. Em 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD – para construção de uma Agenda Nacional para redução da demanda e da oferta de drogas no Brasil (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Ao longo dos primeiros anos de existência da chamada “Política Nacional Antidrogas” observou-se a necessidade de aprofundamento e atualização dos fundamentos da PNAD, tendo em vista as transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas em âmbito nacional e mundial. Nessa direção, foi realizado, em

2004, um processo de realinhamento e atualização dessa política por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis Fóruns Regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. Embasada em dados epidemiológicos atualizados, a nova política – aprovada pela Resolução nº 3/GSIPR/CONAD/2005 – passou a ser denominada Política Nacional sobre Drogas (PNAD) estabelecendo os fundamentos, diretrizes e estratégias para enfrentamento do fenômeno das drogas de forma planejada e articulada, de acordo com as tendências internacionais – norteadas pelos princípios de promoção da saúde e construção da cidadania. Desde então, o governo federal tem incentivado práticas que visam:

[...] proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos (BRASIL, 2011, p. 11).

Como forma de assegurar esses cuidados, deve-se organizar uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que pode contar com uma diversidade de dispositivos cuja finalidade é responsabilizar-se pela integralidade da assistência às pessoas em sofrimento psíquico, bem como àquelas com demandas decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Nas diretrizes estabelecidas pela política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas foram criados novos programas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) que desempenham a função estratégica de organizar e articular os dispositivos de cuidado em busca da atenção integral por meio da adoção da lógica de redução de danos; a inclusão social dos usuários e seus familiares, afirmando o compromisso da Redução de Danos com a preservação e a promoção dos direitos e cidadania; as redes de dispositivos comunitários integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental; e a criação do Serviço Hospitalar de Referência em Hospitais Gerais, para dar suporte à demanda gerada em outras instâncias de atendimento, evitando a internação de usuários em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Embora a implementação de tais programas sinalize a intenção governamental de romper com a visão biológica e hospitalocêntrica no tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, há uma grande deficiência na formação dos profissionais, o que leva os serviços de saúde a privilegiarem o modelo de atenção da demanda espontânea em detrimento de modelos mais equânimes. De acordo com Costa (2015), a formação de profissionais que atuam diretamente com a problemática do álcool e outras drogas ainda se mostra deficitária, tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento.

Nessa perspectiva, um dos grandes desafios da prevenção do uso e atenção aos usuários de álcool e outras drogas reside na necessidade de qualificação dos

profissionais para lidar com a complexidade que envolve o fenômeno. Entre as diversas ações do governo federal para ampliação e fortalecimento da rede integrada de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas incorporadas no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas instituído por meio do Decreto 7.179/2010, ganhou destaque a necessidade de articulação e qualificação dessa rede, com vistas à ampla formação de profissionais que trabalham diretamente com o tema das drogas (COSTA et al., 2015).

Sabe-se que o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno que sempre existiu em todas as culturas humanas. Diversos relatos na história registram o uso de drogas para os mais diversos fins: religiosos, psicológicos, econômicos, sociais, militares, medicinais e culturais (SOARES et al., 2013).

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, instituído pelo governo federal por meio do Decreto no 7.179/2010 permitiu a implantação dos Centros Regionais de Referência (CRR) nas universidades brasileiras com o objetivo de potencializar o papel das Instituições de Ensino Superior na formação permanente de profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e assistência social, com usuários de crack e outras drogas e seus familiares.

Nessa conjuntura, a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – sediada em Uberaba/MG – criou o Centro Regional de Referência para Formação Permanente dos profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social com usuários de crack e outras drogas e seus Familiares (CRR/UFTM) - com base no Edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD, com o objetivo contribuir para a construção de ações integradas ao enfrentamento das situações relacionadas ao uso de drogas. O CRR/UFTM desenvolveu, no período de fevereiro de 2013 a julho de 2017, cursos de capacitação e processos formativos para profissionais da Rede de Atenção à Saúde, Assistência Social, Educação e entidades do Terceiro Setor, provenientes dos 27 municípios da microrregião de Uberaba, MG. Participaram enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, redutores de danos, agentes sociais, odontólogos, professores, pedagogos, educadores sociais e profissionais que atuam nos consultórios na rua.

2 | METODOLOGIA

O desenvolvimento dos Processos Formativos realizados pelo CRR/UFTM teve como eixo condutor a integração interinstitucional, a interdisciplinaridade, com enfoque na produção do conhecimento, no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e minimização dos danos causados pelo álcool e outras drogas e na socialização do conhecimento.

Para a elaboração deste projeto foi realizado reuniões entre a equipe do CRR/UFTM, o Conselho Municipal sobre drogas, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

de Uberaba e a Gerência Regional de Saúde, parceiros da SMS de Uberaba e de outras instituições. Um dos pontos de reflexão foi a necessidade dos profissionais participantes dos processos formativos serem protagonistas nas ações e pudessem participar ativamente de proposições estratégicas para o enfrentamento e minimização dos danos causados pelas drogas, de acordo com a realidade vivenciada por eles no cotidianos do trabalho.

Foram definidos três processos formativos, sendo que cada um ofertou três edições do curso, com oferta total de 90 vagas em cada. Ao final, foram 270 profissionais capacitados. Os processos formativos foram assim divididos:

Processo Formativo 1: *Conhecer o Território, potencializar os sujeitos para atuar em rede no acolhimento da pessoa que faz uso prejudicial de drogas.* Este Processo Formativo teve como público alvo profissionais dos órgãos de Assistência Social, das unidades prestadoras de serviços socioassistenciais, dos fundos de Assistência Social, dos Conselhos de Assistência Social e dos trabalhadores conselheiros que atuam no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e lideranças comunitárias.

Processo Formativo 2: *Abordagens e estratégias de intervenções na atenção a pessoa com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: individuais, familiares e comunitárias.* Este Processo Formativo teve como público alvo profissionais da área da saúde, da Rede SUS e lideranças comunitárias.

Processo Formativo 3: *Práticas educativas para a prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes.* Este Processo Formativo teve como público alvo profissionais das áreas de pedagogia, licenciaturas, magistério, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, inspetores de alunos e demais agentes da educação que atuam na Rede Municipal e/ou Estadual de Educação no município de Uberaba e região.

Cada um teve uma carga horária total de 40 horas, sendo 24 horas teóricas e 16 horas práticas.

As 40 horas, em todos os processos formativos, foram divididas em três etapas: (1) conceitos fundamentais, que abordaram os conteúdos teóricos básicos, com 20 horas; (2) o Grupo de Trabalho, onde as turmas foram subdivididas em grupos formados por 10 pessoas para realização de atividades práticas realizadas em 16 horas de trabalho em situações reais de vida e do cotidiano do trabalho, consolidando as respostas necessárias às exigências percebidas na prática. As atividades práticas contaram com supervisões, realizadas por professores universitários (supervisores); e (3) Resultados, que consistiu na apresentação dos Projetos desenvolvidos por todos os Grupos de Trabalho.

3 | DESENVOLVIMENTO

A partir da capacitação teórica, realizada durante a primeira etapa (conceitos fundamentais), os profissionais deveriam realizar um projeto prático, escolhido por seu

grupo, mas que tinha como tema central as necessidades reais da sua comunidade, escola ou local de trabalho. Desta forma, em todos os processos formativos cada subgrupo realizou um trabalho in loco supervisionado e acompanhado pela equipe do CRR. A supervisão teórico-prática era um momento de aquisição, aprimoramento de conhecimentos e de habilidades essenciais ao desenvolvimento dos Grupos de Trabalho, de acordo com as demandas loco-regionais. O desenvolvimento dos projetos, acompanhado das supervisões, constituiu-se de uma experiência com dimensões transformadoras e sociopolíticas que proporcionou aos profissionais situações reais de vida e do cotidiano do trabalho, consolidando as respostas necessárias às exigências percebidas na prática. As supervisões foram realizadas por docentes da UFTM com atuação e pesquisa na área de álcool e drogas. Esse professor-supervisor deveria funcionar como facilitador do processo de apreensão da realidade pelos profissionais e à proposição de soluções aos problemas identificados, mediante acompanhamento e avaliação dos trabalhos in loco.

O trabalho in loco supervisionado foi realizado por meio de observação, investigação, reflexão e problematização da prática relacionada à realidade vivenciada pelos profissionais, considerando os três processos formativos realizados. Caracterizava-se como uma etapa preparatória à elaboração da atividade prática denominada Grupo de Trabalho, presente nas três propostas.

O Grupo de Trabalho foi realizado sob supervisão docente com construções de projetos que deveriam responder às necessidades e possibilidades de resolução das problemáticas apresentadas pelos grupos. Foram propostas ações para a prática e aprofundamento do processo de construção do conhecimento, que culminou com o término do projeto elaborado pelo Grupo de Trabalho e a consequente finalização do processo formativo na apresentação do trabalho para os demais cursistas.

O Processo Formativo *Conhecer o Território, potencializar os sujeitos para atuar em rede no acolhimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas* teve o objetivo de promover a educação permanente dos profissionais atuantes nos diversos equipamentos e serviços advindos do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) para reforçarem seu processo de trabalho nas demandas loco-regionais advindas dos problemas causados pelo consumo de álcool e outras drogas na contemporaneidade. Neste sentido, buscou-se fortalecer uma intervenção profissional capaz de atender à necessidade de soluções para os problemas pontuais observados a partir do entendimento do fenômeno do consumo de drogas, considerando os aspectos socioculturais e econômicos da região do município de Uberaba - MG.

Tendo em vista a diversidade de ações e de serviços sócio assistenciais que integram o SUAS, responsável pela materialização da Política de Assistência Social, esse Processo Formativo foi conduzido pela integração interinstitucional e interdisciplinar. Assim, houve a participação de assistentes sociais, psicólogos, profissionais da educação física, pedagogos, dentre outros, inseridos em diferentes espaços sócio ocupacionais, tais como Centro de Referência da Assistência Social

(CRAS) e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar e ONG's de Uberaba e região. Foram ofertadas três turmas em Uberaba e uma em Conceição das Alagoas, que contaram com a participação de 90 profissionais.

A atuação interdisciplinar na política de Assistência de Social, bem como no atendimento às demandas decorrentes do consumo de drogas, apresenta inúmeros desafios, e desta forma,

[...] considera-se importante a criação de espaços, no ambiente de trabalho, que possibilitem a discussão e reflexão dos referenciais teóricos e metodológicos que subsidiam o trabalho profissional e propiciem avanços efetivos, considerando as especificidades das demandas, das equipes e dos(as) usuários(as) (CFESS, 2010, p. 25).

O Processo Formativo se constituiu, desse modo, um importante espaço para estudos, debates e reflexões de temas pertinentes à atuação profissional no contexto da política de assistência social e, principalmente, na proposição de estratégias de minimização dos danos causados pelas drogas, baseadas nas necessidades locais e com a participação efetiva dos profissionais participantes. Cabe destacar a profunda contribuição da formação, sobretudo quando no momento de proposição de Plano de Intervenção, o qual teve como objetivo oportunizar propostas de enfrentamento específico para um lócus de atuação dos participantes e que, no mínimo, tivesse uma ação de intervenção propositiva àquela realidade.

Em linhas gerais, os Conceitos Fundamentais deste Processo Formativo foram realizados em cinco encontros presenciais, tratando de temas como território e territorialização; comunicação, mobilização social e liderança; interdisciplinaridade e trabalho em equipe nos cenários de prática; rede social na atenção a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

A segunda etapa ocorreu por meio de grupos de trabalho, em quatro encontros presenciais. As respostas necessárias às exigências percebidas na prática foram consolidadas com a construção tutorada de Planejamentos Estratégicos Situacionais (PES). Nesse momento, os profissionais traçaram os nós-críticos advindos da realidade social e, assim, construídas ações de enfrentamento à realidade desafiadora elencada como principal nó-crítico; esse momento do processo formativo foi permeado de intensas pesquisas documentais e bibliográficas, as quais oportunizaram a apreensão da realidade estudada, e a viver o processo de intervenção (CAMPOS, 2010; ARTMANN, 2016).

Na terceira e última etapa, que ocorreu em um encontro presencial, foi realizada a socialização dos PES elaborados pelos grupos de trabalho. Foi possível, nesse momento, a consolidação das respostas necessárias às exigências impostas pelo cotidiano profissional, de modo que os participantes pudessem vislumbrar a aplicabilidade dos estudos realizados e conhecimentos adquiridos.

A experiência desse Processo Formativo revelou a importância da existência de

espaços para a discussão e o debate dos temas adjacentes às drogas. Constituiu-se ainda em espaço de socialização de dúvidas, de angústias e de experiências exitosas entre os participantes. Destaca-se também a construção compartilhada de propostas de enfrentamento contextualizadas em cada realidade loco-regional e voltadas para a potencialidade e das dinâmicas territoriais e intersetoriais. Tais propostas frutificaram em projetos de Extensão Universitária à comunidade, como forma de expressar o compromisso e comprometimento dos profissionais e docentes em empreender ações em rede no acolhimento ao sujeito que faz uso abusivo de drogas. Os referidos projetos foram direcionados à diversas possibilidades de intervenção, a saber: eventos abertos a comunidade como forma de trabalho da educação em saúde, homepage como forma de amplificar o alcance da informação e conhecimento acerca das temáticas, projeto educativos em escola municipal envolvendo adolescentes e familiares, dentre outros.

O Processo Formativo *Abordagens e estratégias de intervenções na atenção a pessoa com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: individuais, familiares e comunitárias* teve o objetivo de promover espaço para interação construtiva e aprimoramento de práticas e saberes intersetoriais; viabilizar a apropriação de ações convergentes com a Política de Humanização do SUS e a Clínica Ampliada; possibilitar a compreensão e o aprimoramento da elaboração de Plano Terapêutico Singular – PTS; além de promover a educação permanente dos profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e lideranças comunitárias. Neste sentido, buscou-se fortalecer uma intervenção profissional capaz de atender à necessidade de cuidado não só ao usuário das drogas que busca o serviço da RAPS, mas dos seus familiares e aos problemas sociais que usuário e familiar enfrentam.

Tendo em vista a diversidade de ações e de serviços que integram a RAPS, responsável pela materialização da Política de Atenção ao usuário de Álcool e outras Drogas, esse Processo Formativo também foi conduzido pela integração interinstitucional e interdisciplinar. Assim, houve a participação de assistentes sociais, psicólogos, profissionais da educação física, pedagogos, terapeutas ocupacionais, lideranças comunitárias, dentre outros, inseridos em diferentes espaços sócio ocupacionais, tais como Centro de Atenção Psicossocial, unidades de atendimento da Atenção Básica, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Comunidades Terapêuticas, Hospital Especializado e ONG's de Uberaba e região. Foram ofertadas três turmas em Uberaba e uma em Conceição das Alagoas, que contaram com a participação de 90 profissionais.

Em linhas gerais, os Conceitos Fundamentais deste Processo Formativo foram realizados em cinco encontros presenciais, tratando de temas como a Rede de Atenção Psicossocial, a Clínica Ampliada e a responsabilização do cuidado; etapas da elaboração do Plano Terapêutico Singular – PTS; o cuidado à família e ao contexto na perspectiva da atenção psicossocial.

A segunda etapa ocorreu por meio de grupos de trabalho, em quatro encontros

presenciais. As respostas necessárias às exigências percebidas na prática foram consolidadas com a construção tutorada de PTS. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2008). É uma forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2008).

Na terceira e última etapa, que ocorreu em um encontro presencial, foi realizada a socialização dos PTS elaborados pelos grupos de trabalho. Essa etapa se constituiu em algo para além da apresentação dos Planos elaborados, mas como um espaço para discussão de casos e compreensão do funcionamento da RAPS.

O processo formativo *Práticas educativas para a prevenção do uso abusivo de drogas entre crianças e adolescentes*, foi realizado pelo CRR-UFTM nos anos de 2016 e 2017, com formato interdisciplinar, descentralizado e focado nas demandas regionais para esta área.

O objetivo foi a capacitação de profissionais para a construção de projetos de prevenção ao uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes. A primeira etapa, que foi realizada em cinco encontros semanais, abrangeu conceitos fundamentais sobre drogas, a epidemiologia de uso no Brasil e no mundo, prevenção ao uso de drogas, fatores de risco e de proteção e as etapas da elaboração de um Programa de Prevenção.

As atividades práticas ocorreram em quatro encontros. Esta segunda etapa foi realizada em grupos de dez alunos sob a orientação de docentes da UFTM com experiência nesta área, com foco na observação, investigação, reflexão e problematização da prática relacionada à realidade vivenciada pelos profissionais, para o desenvolvimento dos projetos de prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes. A observação da realidade provocou a investigação, a reflexão e a problematização da prática vivenciada pelos profissionais e a definição de respostas para situações problemas.

Na terceira etapa, os grupos de trabalho socializaram os Projetos de Prevenção desenvolvidos, possibilitando maior reflexão e alcance das possibilidades de ação de prevenção.

Os projetos de prevenção foram construídos coletivamente, com diversas abordagens teóricas e realidades de execução, sendo eles:

- ✓ Projeto de prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.
- ✓ Prevenção do uso de drogas a partir do Programa Saúde na Escola.
- ✓ A prevenção do uso de drogas entre adolescentes como instrumento de exercício de cidadania.
- ✓ “A Escola que a gente faz” - Prevenção ao uso de drogas na Escola.
- ✓ Sensibilização de Familiares sobre Estratégias de Convivência.

- ✓ Prevenção do uso de álcool e outras drogas na educação infantil.
- ✓ Projeto de prevenção do uso de drogas entre estudantes do Ensino Fundamental I.
- ✓ Capacitação de profissionais da educação infantil para o desenvolvimento de ações de prevenção do uso de drogas entre crianças.

Ao abordar essas situações problemas no contexto real, o profissional se torna parte ativa do processo formativo e do seu local de trabalho, protagonista e multiplicador do conhecimento. A metodologia do curso priorizou o processo de aquisição de atitudes e empatia, almejando o crescimento pessoal, interpessoal e criação de laços, com o intuito de transformar a relação profissional em uma ferramenta de mudança. Neste processo se almeja dar voz ativa ao sujeito, como parte ativa do processo contribuindo com ideias, concepções e experiências para a transformação da realidade social.

Os projetos desenvolvidos foram finalizados com o objetivo de serem implementados nos locais de trabalho dos profissionais que realizaram o curso. O desenvolvimento dos projetos teve como eixo condutor a integração interinstitucional e a interdisciplinaridade, a supervisão, a promoção da saúde, a utilização de novas metodologias e tecnologias para a troca de conhecimentos, visando atender as reais necessidades dos serviços, dos profissionais, da educação e da comunidade no que tange a temática das políticas sobre drogas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Processos Formativos se constituíram como um importante espaço para estudos, debates e reflexões de temas pertinentes à atuação profissional, principalmente na proposição de estratégias de minimização dos danos causados pelas drogas, baseadas nas necessidades locais e com a laboração efetiva dos profissionais participantes. Cabe destacar a profunda contribuição da formação, sobretudo quando no momento de proposição dos Projetos nos diferentes Processos Formativos, os quais possibilitaram o aprimoramento dos conhecimentos e de habilidades dos participantes acerca das demandas loco-regionais advindas dos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, bem como, oportunidade de transformação sociopolítica para proporcionar aos profissionais situações reais de vida e do cotidiano do trabalho, consolidando as respostas necessárias às exigências percebidas na prática.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. O **planejamento estratégico situacional no nível local**: um instrumento a favor da visão multissetorial. Disponível em http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_5429/5BCSTY9RH6.pdf. Acesso em 05 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>>.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Assistência Social**. Brasília, 2010. (Série: trabalho e projeto profissional das políticas sociais)

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. F.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª. Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010, 110 p.

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; CRUVINEL, E.; et al. **Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social**: relato de experiência. Interface (Botucatu), Botucatu, v.19, n.53, p. 395-404, 2015.

SOARES, L. C. O. et al. **Papéis ocupacionais de mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 199-207, 2013.

TRAPÉ, T.L.; CAMPOS, R.O. **The mental health care model in Brazil**: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. Rev. Saúde Pública 51, 2017.

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL PARA A ARTICULAÇÃO TERRITORIAL NO ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS

Ailton de Souza Aragão

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Saúde Coletiva
Uberaba - Minas Gerais

Rosimár Alves Querino

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Saúde Coletiva. Uberaba
Minas Gerais

Erika Renata Trevisan

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Terapia Ocupacional. Uberaba
Minas Gerais

Andrea Ruzzi Pereira

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Terapia Ocupacional. Uberaba
Minas Gerais

Paulo Estevão Pereira

Terapeuta Ocupacional do Hospital de Clínicas
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba - Minas Gerais

RESUMO: O uso abusivo de drogas há tempos ocupa a pauta da Saúde Coletiva, devido aos impactos, por exemplo, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, atuar com os usuários requer dos profissionais a adoção de estratégias diversas, destas, as de base territorial, como forma de primar pelo reestabelecimento de vínculos socialmente significativos. Nessa seara, um convênio do Ministério da Justiça,

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (MJ-SENAD) com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) oportunizou a oferta de capacitação para os profissionais da região do Triângulo Mineiro. Objetivou-se capacitar profissionais da rede de Saúde, Assistência Social e Educação de uma cidade no Triângulo Mineiro com a adoção da estratégia de Processos Formativos. Esse Processo subdividiu-se em Conceitos Fundamentais (20h), referentes à problemática das drogas; e os Grupos Temáticos (20h), voltados para a construção de Planejamento Estratégico Situacional (PES) a 124 participantes com formação em Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social e Educadores Sociais, durante 2016 e 2017. Os Diagnósticos Territoriais indicaram o processo de marginalização e a ocupação da cidade pelas pessoas que fazem uso abusivo de drogas; demonstraram a criminalização e a repressão ostensiva como métodos cotidianos aliados à insegurança dos moradores desses territórios. A construção do PES exigiu a constituição de habilidades de empatia e liderança; de pesquisa, interpretação e de sistematização das informações. Por fim, a fluidez do PES favorece diagnósticos e ações de caráter transitório que, sem pretender a rigidez, permite a constante adaptação diante dos “nós críticos” que emanam das contradições territoriais.

PALAVRAS-CHAVE: Usuários de Drogas. Planejamento Estratégico. Colaboração Intersetorial.

THE STRATEGIC SITUATIONAL PLANNING FOR THE TERRITORIAL JOINT IN THE RECEPTION OF PERSONS WITH PROBLEMS RELATED TO THE USE OF DRUGS

ABSTRACT: Drug abuse has long occupied the Collective Health agenda, due to the impacts, for example, on the Unified Health System (SUS). However, working with users requires professionals to adopt diverse strategies, such as territorial based, as a way to prioritize the reestablishment of socially significant links. In this field, an agreement of the Ministry of Justice, National Secretariat of Policies on Drugs (MJ-NSPD) and the Federal University of the Triângulo Mineiro (FUTM) provided training for professionals in the Triângulo Mineiro region. The objective was to train professionals from the Health, Social Assistance and Education network of a city in the Triângulo Mineiro with the adoption of the strategy of Formative Processes. This process was subdivided into Fundamental Concepts (20h), referring to the drug problem; and the Thematic Groups (20h), focused on the construction of Strategic Situational Planning (PES) for 124 participants with training in Occupational Therapy, Psychology, Social Work and Social Educators, during 2016 and 2017. The Territorial Diagnostics indicated the process of marginalization and the occupation of the city by people who use drugs; demonstrated the criminalization and ostensive repression as daily methods allied to the insecurity of the inhabitants of these territories. The construction of PES required the constitution of empathy and leadership skills; research, interpretation and systematization of information. Finally, the fluidity of the PES favors transient diagnoses and actions that, without intending rigidity, allow for constant adaptation to the “critical nodes” that emanate from territorial contradictions.

KEYWORDS: Drug users. Strategic planning. Inter-Sectoral Collaboration.

1 | INTRODUÇÃO AO CAMPO DE ESTUDO E DE ATUAÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) não é algo da atualidade e sim uma prática milenar e universal. A história do uso das drogas se mescla a própria história da humanidade, estando associado à cultura em cada contexto histórico e social (BERMÚDEZ-HERRERA et al., 2011; SILVA; PADILHA, 2011). O consumo destas substâncias sempre aconteceu ao longo dos tempos, em todas as religiões e culturas, com finalidades específicas. Por meio delas, as pessoas buscam aumentar o prazer, diminuir o sofrimento, além de socialização ou até isolamento social (PASUCH; OLIVEIRA, 2014; TORCATO et al., 2013). Porém, a preocupação com o uso tem crescido a partir da década de 1960, devido à forma como as pessoas passaram a consumir tais substâncias e o aumento do consumo pelos adolescentes (DIETZ et al., 2011; SILVA; PADILHA; 2011).

Droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a

propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzir alterações em seu funcionamento e desencadear a dependência (TRAD, 2009; OPAS, 2009).

O consumo de qualquer droga pode originar uma série de danos à saúde física e psicológica, de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer e, ainda, podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes e demais pessoas que as consomem, que assumem comportamentos de risco, como envolverem-se mais em situações de violência e em acidentes de trânsito (LEWIS; HESSION, 2012), iniciar atividade sexual mais precocemente e realizar sexo não protegido, comportamento binge e usar múltiplas drogas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; MALTA et al., 2011; MALTA et al., 2014).

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com todas suas características e consequências biopsicossociais, apresentam-se na atualidade, como um grave problema de saúde pública mundial, pois tal fenômeno atinge todas as etnias, idades, gêneros e classes sociais, mas para alguns grupos específicos, como os adolescentes de áreas vulneradas, a preocupação é maior devido aos anos eventualmente perdidos ou riscos a que estão expostos (BENJET et al., 2012; BERMÚDEZ-HERRERA et al., 2011; POKREL et al., 2013).

Os dados obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2015) ilustrou que é cada vez mais precoce o uso do tabaco, do álcool e de drogas ilícitas entre estudantes adolescentes.

O uso do tabaco nos 30 dias que antecederam a pesquisa os números revelaram que 18,4% dos adolescentes tinha experimentado, sendo que entre os meninos fora maior (19,4%) do que entre as meninas (17,4%). A maior taxa de experimentação estava nas escolas públicas (19,4) contra 12,6% nas escolas privadas. Quanto à experimentação de álcool, registrou-se que entre os adolescentes da PeNSE (2015) 55,5% já haviam feito, entre os de escolas públicas esse indicador foi de 56,2% ante 51,2% para os de escolas privadas.

Quanto ao uso de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à pesquisa, últimos 30 dias anteriores à realização da pesquisa foi de 23,8%, entre as meninas 25,1%, consumo superior ao observado para os meninos (22,5%) (PeNSE, 2015).

No que se refere ao uso de drogas denominadas ilícitas, como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, etc, os dados da PeNSE (2015) ilustram que 9,0% dos adolescentes já usaram essas substâncias. Entre os meninos o uso foi maior do que entre as meninas: 9,5% e 8,5%, respectivamente. E os adolescentes das escolas públicas tiveram maior frequência de uso (9,3%) do que os de escolas particulares (6,8%).

Esses dados, ainda que breves, exibem a problemática do uso abusivo de drogas entre os adolescentes, em particular, entre os meninos de escolas públicas. Para os quais as ações requerem novas perspectivas.

Por muitos anos as ações voltadas aos denominados “usuários de drogas” no Brasil pautou-se pela repressão policial e pelo encarceramento manicomial como forma

de sanear o espaço público, logo, como uma questão de saúde pública. A compreensão arraigada no senso comum de que esses indivíduos geravam insegurança “às pessoas de bem” ganhou força e instituiu práticas que ecoam até os dias de hoje.

A lógica discursiva do higienismo social e as práticas repressivas encontravam seu eco na ordem e na paz social, que justificavam a internação compulsória de pessoas consideradas indesejadas para o convívio social. Esse estado de coisas trouxe à tona uma série de violações de Direitos Humanos, colocando o Brasil na rota internacional dos países que estavam às voltas com um dilema histórico: como atuar com as pessoas que faziam uso abusivo de drogas? Como diferenciá-las das pessoas com sofrimento mental? Que ações e que tipos de serviços seriam necessárias para aqueles que faziam uso abusivo de drogas?

Ao longo dos anos de 1980 e na década seguinte o Movimento da Luta Antimanicomial e outros atores sociais política e academicamente engajados na proposição de novas abordagens terapêuticas compreendem que a construção de alternativas deveria passar pela desinstitucionalização dessas pessoas. Inicialmente, conferindo-lhes o status de cidadãos; de partícipes do processo terapêutico; de pertencentes ao lugar, ao território; de que os profissionais de saúde deveriam atuar em rede aos demais segmentos profissionais. Esse processo culmina com a aprovação da lei 10.216, que previu instituir uma rede de serviços abertos, substituindo a lógica da internação em manicômios e que, ao mesmo tempo, potencializou a capacidade de organização dos usuários (BRASIL, 2015; ALMEIDA; TREVISAN, 2011)

Segundo Jessé Souza e colaboradores (2016), a construção de cenários territoriais e de vidas em situação de miséria, provocadas pelo abandono de políticas públicas de prevenção primária ao longo das vidas dessas pessoas, fragilizaram laços familiares e comunitários; limitaram as possibilidades da existência; reforçaram e configuraram a presença do tráfico e do uso abusivo de drogas nesses mesmos territórios.

Os dados alarmantes referentes aos usuários de crack no Brasil indicam que seu uso possui um forte componente da desigualdade social em que:

Oito em cada dez usuários regulares de crack são negros. Oito em cada dez não chegaram ao ensino médio. [...] Somavam-se a esses, outros indicadores de vulnerabilidade social, como viver em situação de rua (40%) e ter passagem pelo sistema prisional (49%). As mulheres usuárias regulares de crack têm o mesmo padrão de vulnerabilidade social, com o agravante que 47% relataram histórico de violência sexual (comparado a 7,5% entre os homens). Outra pesquisa já havia indicado que a mortalidade de usuários de crack é 7 vezes superior à população geral, sendo os homicídios a causa de morte em 60 % dos casos. (GARCIA, 2016, p.13)

Os dados indicam que componentes estruturais da vida em sociedade, como etnia, acesso e permanência na escola, gênero se configuram como fatores vulnerabilizantes. Assim, a passagem pelo sistema carcerário, a gravidez de risco, os homicídios, os abusos sexuais e a mortalidade elevada dos usuários de crack os colocam como “desclassificados sociais”. Na qual o usuário é diuturnamente julgado

pela sociedade que o rodeia como “indignos”, o que equivale a [...] serem, na realidade, menos que humanos. [...] (SOUZA, 2016, p.34)

Esse cenário impulsiona a adoção de estratégias de enfrentamento onde ela se processa, ou seja, nos territórios. Numa primeira aproximação, o território nos remete aos modos como a saúde se constitui e se processa relativamente aos seus determinantes, na acepção de Dahlgreen e Whitehead (1991). Assim, se biologicamente, a doença pode ser entendida como uma manifestação individual,

[...] a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (MONKEN, BARCELLOS, 2007, p.181).

A síntese revela que a adoção do uso de drogas é resultante não de pré-disposições individuais, numa acepção neurológica ou pela ausência de “juízo moral”. Como afirma Antonio Nery Filho, usar drogas é típico da experiência do humano, contudo, a incerteza sobre o futuro pode fazer dessa experiência, para alguns humanos, a única forma de mediação com mundo da vida.

Uma leitura contemporânea de território o aproxima do aspecto cultural, haja vista que este carrega, sempre, uma dimensão simbólica. E ainda, uma dimensão político-econômica (MONKEN et al., 2008). Logo, a compreensão do território em seus processos macro e micro estruturais; simbólicos, sociais e econômicos exigem uma superação do fazer dos agentes focalizado no indivíduo, aqui, da pessoa que faz abusivo de drogas.

Para Monken et al. (2008, p.5), compreender o território conduz a superação de fronteiras epistemológicas: da ideia de limite entre os povos, entre os corpos ao “afeto entre as pessoas”. Essa superação é acompanhada, segundo os mesmos autores por outra de caráter metodológico, cuja ação se reporta ao território como uma “escala social do cotidiano”.

Nas palavras dos autores:

[...] Com forte apelo antropológico, esta abordagem de território abre boas possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários (MONKEN et al., 2008, p.5).

Seguindo essa conceituação de território, como possibilidade de atuação junto às equipes de profissionais que atuavam na Saúde, Assistência Social, Educação e Terceiro Setor, é que se propôs a socialização e apropriação de estratégias de atuação intersetorial, que envolvesse os familiares e as pessoas que fazem uso de drogas, a saber: o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

2 | PERCURSO METODOLÓGICO (OU TRAJETÓRIAS NO TERRITÓRIO)

Tratou-se de experiência de capacitação de profissionais dos setores da Saúde,

da Assistência Social, Educação e do Terceiro Setor que atuavam com famílias e pessoas que faziam uso abusivo de drogas na cidade de Uberaba, MG. Contou também com a participação de estudantes dos cursos de Serviço Social, Terapia Ocupacional e Psicologia, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

O Processo Formativo fora viabilizado mediante um convênio entre a Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD), a Secretaria Municipal de Saúde, de Desenvolvimento Social e de Educação e a UFTM, por meio do Centro Regional de Referência para Capacitação de Pessoas que atuam com Usuários de Drogas e seus Familiares (CRR/UFTM), implantado pelo Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010.

O Processo Formativo fora sistematizado sob a forma de encontros teóricos, nominados Conceitos Fundamentais que, com um carga horária de 20 horas promoveu a apresentação e problematização de temas correlatos ao cotidiano do fazer dos profissionais em campo. Tais como intersetorialidade, território, trabalho em equipe, tecnologias leves, políticas de/sobre drogas (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Complementarmente, o grupo de 40 profissionais fora subdividido em equipes com 10 integrantes denominados Grupos de Trabalho (GTs). Estes Grupos, sob a tutoria de um docente da UFTM, desenvolveram a construção do Planejamento Estratégico Situacional (PES), em mais 20 horas de atividades.

Nas palavras de Rivera e Artmann (2003):

O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. É importante destacar que, embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação. (2009, p.193)

O PES pressupõe a construção coletiva, resultante da reflexão voltada ao cotidiano vivido pelos participantes. Desse modo, a supervisão teórico-prática constituiu em momentos de aquisição, aprimoramento de conhecimentos e de habilidades essenciais ao desenvolvimento dos Grupos de Trabalho, de acordo com as demandas loco-regionais. Tratou-se de uma experiência com dimensões transformadoras e sociopolíticas que proporcionou aos profissionais situações reais de vida e do cotidiano do trabalho, consolidando as respostas necessárias às exigências percebidas na prática.

As atividades do PES com os GTs foram guiadas pelas seguintes estratégias:

1. Definição pela equipe do problema observado no fazer cotidiano dos serviços relativamente às drogas;
2. Levantamento bibliográfico sobre o tema e a socialização da leitura no GT;
3. Elaboração de um Mapeamento Territorial, composto por:
 - a. Diagnóstico Ambiental, composto por:

- roteiro para dos cenários urbanos degradados ou com potencial protetivo, tais como caracterização do bairro, condições de moradia, saneamento básico, etc.,
 - roteiro para fotografia de lugares que ilustrassem fatores de exposição ou de proteção da comunidade frente ao uso ou ao tráfico de drogas,
- b. Perfil Demográfico e Epidemiológico, composto por:
- roteiro de entrevistas para moradores das áreas onde foram observadas alta movimentação de usuários de drogas, obtendo características demográficas da população como sexo, idade, escolaridade, morbidade e moralidade,
 - pesquisas on line sobre a situação de saúde oriundas do cotidiano do território.
- c. Diagnóstico Socioeconômico que visou:
- caracterizar a população de acordo com nível de escolaridade, renda, trabalho, arranjos familiares, estado civil.
- d. Diagnóstico Cultural, que objetivou mapear, por meio de fotografias:
- os recursos de comunidade; levantamento das instituições da área coberta que podem ser parceiros das equipes de saúde, de assistência social, educação e instituição do terceiro setor.
4. Consulta aos bancos de dados (informações primárias) elaborados pelos setores/serviços em que atuavam os participantes o Processo Formativo.

Todos os materiais obtidos ao longo desse processo foram socializados durante os encontros de tutoria e geraram intensos e calorosos debates. Pautados pelo olhar interdisciplinar e do fazer interprofissional as reflexões estruturaram o PES de cada GT, contribuindo para construir formas de agir programáticas, coerentes com os territórios e com os anseios de cada participante (IIDA, 1993; CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Inicialmente, as equipes foram aglutinadas de acordo com os territórios de atuação de cada um dos seus membros. Assim, cada profissional pôde expor sua experiência no atendimento de famílias e de pessoas que faziam uso abusivo de drogas. Ao compartilharem puderam compreender os potenciais e os desafios não apenas do membro da equipe, mas do serviço em que estava inserido.

Num outro momento, os GTs elaboraram o Diagnóstico Territorial em que estavam focadas suas ações em Saúde, Assistência Social e Educação como forma de priorizar ações concretas e estruturadas para promover saúde dos sujeitos atendidos no território.

Conforme Campos, Faria e Santos (2010) após a obtenção dos resultados com o Diagnóstico Territorial, a Equipe passa à construção do Plano de Ação. Com o intuito de promover maior clareza na construção do Plano de Ação durante o Processo Formativo, adotamos alguns passos, ilustrados na Figura 1.

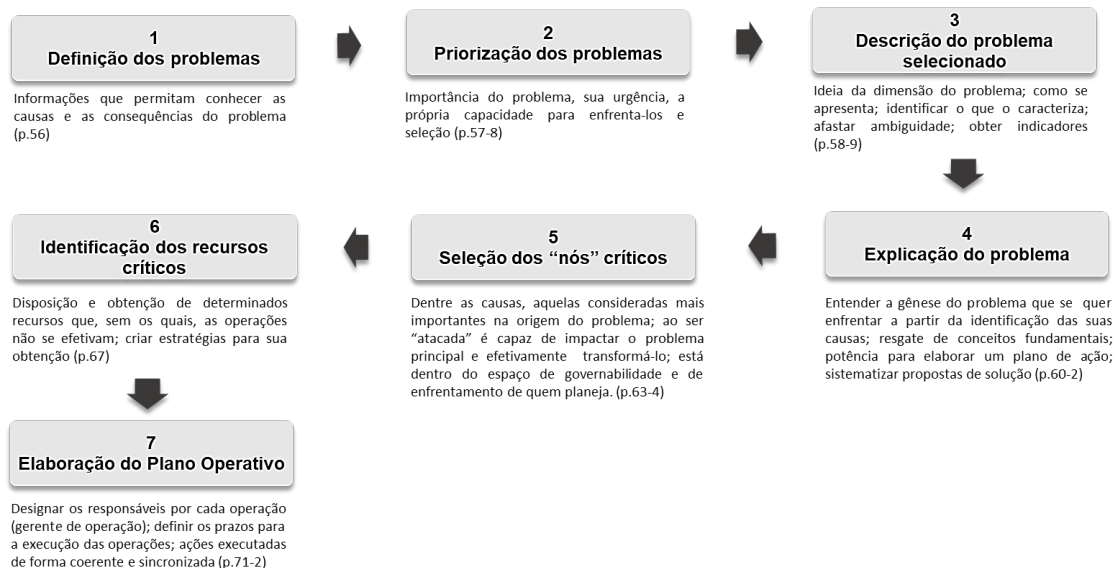


Figura 1: Etapas da construção do Plano Operativo, conforme PES. Processo Formativo “Conhecer o território, potencializar os sujeitos para atuar em rede no acolhimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas”. 2016.

Fonte: Adaptado de Campos, Faria e Santos (2010).

Para viabilizar o processo de estruturação do Plano de Ação com os participantes os tutores adaptaram os quadros dispostos por Campos, Faria e Santos (2010). Esses quadros foram preenchidos ao longo das reuniões de tutoria com os GTs, neles, os participantes podiam compreender as etapas do PES e como o mesmo se converteria em uma metodologia eficaz na construção de ações efetivas nos territórios e com as pessoas que faziam uso abusivo de drogas bem como com seus familiares.

3 | ALGUMAS DESCOBERTAS (OU DESCORTINANDO OS TERRITÓRIOS)

As reuniões para tutoria dos GTs se converteram em momentos de trocas de experiências e de impressões dos muitos campos de saber-fazer dos profissionais. Desse modo, psicólogos/as, assistentes sociais, pedagogos, terapeutas ocupacionais que no exercício das funções nos setores de Saúde, Proteção Social e Educação e ainda do Terceiro Setor puderam construir os PES de modo participativo e compartilhado.

Participaram no Processo Formativo “Territórios” 124 profissionais.

Os muitos diagnósticos territoriais elaborados pelos GTs em 2016 e 2017 evidenciaram inúmeros desafios à Política sobre Drogas ao trazer à tona:

1. Terrenos baldios nos bairros, abandonados e sem muros.
2. Praças públicas que se tornaram moradias para pessoas em situação de rua e para uso de drogas.
3. Reduzidas oportunidades de esporte e lazer público nos territórios.
4. Ocorrências policiais envolvendo pessoas e famílias que fazem uso de drogas.

5. Presença do tráfico de drogas.
6. Relatos de violência, como furtos e roubos, cometidos por pessoas em situação de rua que fazem uso de drogas.
7. Escolas públicas e particulares que não estavam abertas ao debate com seus alunos sobre a Política sobre Drogas e as estratégias de Redução de Danos.
8. Poucas ou nenhuma relação das escolas dos territórios com as famílias das crianças e dos adolescentes para discussão do temas do uso de drogas.
9. Professores/as e direção das escolas sem capacitação para atuar com adolescentes que apresentam problemas de rendimento e comportamento que possam estar associados ao uso abusivo de drogas.
10. Pobreza das famílias frente às necessidades de consumo e das expectativas dos adolescentes.
11. Acesso facilitado de álcool e tabaco por adolescentes em muitos dos bares e postos de combustíveis que se distribuíam pelos territórios assim como comerciantes resistentes à seguir o preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.
12. Falta de tempo e poucas oportunidades para capacitação dos profissionais que atuam com famílias e pessoas que fazem uso abusivo de drogas.
13. Subnotificação dos eventos envolvendo pessoas que fizeram uso abuso de álcool e outras drogas pelos serviços de Urgência/Emergência.
14. Desinformação da população dos territórios quanto à presença ou às atividades de equipamentos de Saúde Mental no município.
15. Permanência de estratégias de ação fragmentadas e episódicas, promovidas por agentes isolados, expondo a fragilidade da rede.
16. Técnicos e usuários desconhecem o funcionamento da Rede local, quanto aos objetivos de cada equipamento e quanto ao fluxo de atendimento.

Essas constatações podem ser denominadas de “Nós Críticos” para a construção de um PES. É a partir deles que os GTs elencaram o grau de prioridade para atuação das equipe multiprofissional e intersetorial. Na sequência, os integrantes do GT delinearam as “Operações ou Projetos” que poderiam ser criados, conforme a prioridade, seguindo dos “Resultados Esperados”, como uma forma de prospectar cenários possíveis obtidos com o enfrentamento do Nó Crítico. Elaboração de “Produtos”, entendidos como estratégias de mídia ou divulgação de informação que visem promover os Resultados. Por fim, nessa etapa, os integrantes dos GTs deveriam elencar os “Recursos Necessários”, nas dimensões: estrutural, cognitivo, financeiro e político-organizacional. Este item é de fundamental relevância uma vez que os profissionais conseguem visualizar quais potencialidade estão disponíveis nos territórios que podem dificultar ou favorecer a execução do PES (MONKEN, 2008; CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010).

As imagens obtidas pelos participantes dos GTs de alguns dos bairros que foram

selecionados para realização das propostas de ação demonstram cenários complexos, social e simbolicamente.



Figura 1. Área próxima à Rodoviária usada como abrigo por pessoas em situação de rua, pessoas que fazem uso de drogas e traficantes.

Fonte: Arquivo dos participantes e tutores. 2017.



Figura 2. Área em frente a uma praça pública usada como abrigo por pessoas em situação de rua e pessoas que fazem uso de drogas.

Fonte: Arquivo dos participantes e tutores. 2017



Figura 3. Grande terreno em situação de abandono em área urbana de alto valor imobiliário.

Fonte: Arquivo dos participantes e tutores. 2017



Figura 4. Residência que, segundo moradores, é usada como local de venda de drogas.

Fonte: Arquivo dos participantes e tutores. 2017

As reflexões que emergiram das fotografias dos profissionais ilustram uma cidade que se constrói sob o signo da desigualdade social e da segregação dos espaços; da especulação imobiliária, dos limites simbólicos pelos quais cada um/uma pode ou não circular, por fim, da marginalização e da impossibilidade de construção de laços socialmente significativos com o lugar (KOGA, 2013). Aspectos esses discutidos por Jessé Souza (2016) relativamente ao componente socioeconômico do uso de crack nas cidades brasileiras.

Paradoxalmente, a constituição de lugares (biqueiras, bocas de fumo) para o tráfico de drogas, aos olhos dos moradores, influi negativamente na instalação de novos empreendimentos nesses mesmos lugares. Logo, os espaços malditos passam a ser uma realidade que impacta na dinâmica do território, do bairro, do quarteirão, da rua e redonda no abandono do capital à um determinado lugar na cidade. Ao mesmo tempo, designa à força ostensiva do Estado a higienização dessas mesmas áreas.

Nas palavras de Vale e Maciel (2016):

[...] se a questão de luta por poder explica a presença, na cidade, de áreas marginalizadas, cumpre observar ainda que o espaço urbano abriga outras zonas, também rejeitadas, não como decorrência de embates de classes sociais e sim devido ao fato de serem vistas como zonas sombrias, carregadas de estigmas, de valor simbólico obscuro, negativo e inquietante. (VALE, MACIEL, 2016, p.256)

Sob esse prisma, lugares usados por pessoas que fazem uso de drogas e em situação de rua suscitam a insegurança comunitária, mas, ao mesmo tempo, impelem os profissionais da Saúde, da Assistência Social e de outras organizações sociais para constituição de estratégias de enfrentamento que passam, inicialmente, pelo diagnóstico reflexivo do fenômeno.

O Quadro 1 expõe uma síntese desse diagnóstico construído nos GTs do

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Subnotificação das entradas nos serviços de saúde – Emergência e Urgência	Sensibilizar os profissionais sobre a importância da notificação.	Aumentar o número das notificações sobre os casos ocorridos; Melhorar o acompanhamento aos indivíduos.	Flyers; banners; cartazes informativos dispostos nos serviços.	Cognitivo: estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional/ Político: Inter setorial e mobilização social.
Falta de tempo para capacitações	Disponibilizar tempo para participar de capacitações	Corpo docente mais motivado e disponível a participar de capacitações	Desenvolvimento de horários e rotinas escolar mais flexíveis para os professores	Cognitivo – estratégias de comunicação Organizacional – manutenção da rotina escolar junto à gestão Político – mobilização das gestões
Desconhecimento do funcionamento dos serviços e recursos da rede, por parte dos usuários e técnicos.	Propagar, através dos meios de comunicação, à comunidade local os recursos disponíveis	Melhorar a o nível de satisfação dos usuários; Melhorar a distribuição da demanda em saúde e assistência social; Tornar efetivo as práticas institucionais de alguns recursos da rede.	Infográficos; Cartilhas; Material gráfico midiático; Webserviços de referência para usuários.	Estrutural: espaços nas instituições para exposição e distribuição de material e realização de eventos. Cognitivo: Conhecimento sobre os recursos e serviços da rede e seus dados básicos, elaboração de material gráfico e digital. Financeiro: R\$ 4.000,00 Político: Autonomia para atuação e reconhecimento do serviço.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Crianças e adolescentes tabagistas em escolas	“Índio quer cachimbo”: e a criança e o adolescente?	<p>Apreender as noções/vivências de crianças e adolescentes sobre o uso de drogas e dependência química;</p> <p>- Estimular os espaços escolares para a reflexão do tabagismo/alcoolismo</p> <p>- Fortalecer a prevenção individual e social reduzindo a vulnerabilidade/riscos</p>	<p>- Roda de conversa;</p> <p>- Oficina de comunicação lúdica de múltiplas linguagens;</p> <p>- Jornais escolares/ comunitários;</p>	<p>Cognitivo: informações sobre o tema; estratégias de comunicação;</p> <p>Organizacional/Político: Conseguir o espaço da escola ou outro espaço no território;</p> <p>Financeiro: aquisição de material de consumo (gráfica e impressão)</p>

Quadro 1. Itens constitutivos e distribuições, conforme o PES elaborado pelos participantes do Processo Formativo “Territórios”. 2016 e 2017.

Fonte: Elaboração dos participantes e dos tutores.

Fonte: Sistematização dos autores. 2019.

Os “Nós Críticos” e os demais itens foram diagnosticados pelos profissionais com o intuito de envolver o máximo de atores sociais. Assim, diretores de escolas, adolescentes estudantes, comerciantes, profissionais de serviços ligados ao Terceiro Setor, gestores públicos e sociedade em geral. Partindo do pressuposto de que o uso abusivo de drogas é um questão de saúde pública, compreende-se a coerência de ações que envolvam não apenas os profissionais mas toda a sociedade num dado território.

Sob a premissa do atuação reticular, os participantes elaboraram estratégias para disseminar as potencialidades do PES nos territórios. Desde suporte para copos e garrafas de cerveja para serem usados nos bares a sites em redes sociais, passando por intervenções culturais nas escolas a pesquisas acadêmicas para aprofundar as reflexões, os profissionais socializaram os resultados sob a forma de Seminários dos GTs.



Figura 5: Suporte para copos e *cooler* para bebidas geladas elaborado por profissionais durante elaboração do PES.



Figura 6: Suporte para copos e *cooler* para bebidas geladas elaborado por profissionais durante elaboração do PES.

Fonte: Arquivo dos participantes e tutores. 2017.

4 | ONDE CHEGAMOS (OU O TERRITÓRIO EM SUA POTENCIALIDADE ACOLHEDORA)

O processo de construção do PES sob a forma de Processos Formativos revelou a presença do modelo manicomial, do discurso da abstinência e das práticas repressivo-policia e manicomial de conceber e atender a pessoa que faz uso abusivo de drogas. Destarte, o desafio do tempo presente reside na instituição e na apropriação de modelos teóricos e metodológicos capazes de promover a integralidade da promoção da saúde nos espaços urbanos alinhada à tecnologia do acolhimento.

Os muitos PESs elaborados durante o biênio 2016-2017 primaram por uma abordagem ampla, ou seja, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. Pois diante da complexidade do tema – uso e dependência de drogas, sejam lícitas ou ilícitas, sejam jovens ou adultos – os planejamentos tradicionais ou “em linha” não abarcam as variações temporais, territoriais, culturais presentes na dinâmica territorial. E um

outro elemento: busca compreender a cultura “das drogas” em nossa sociedade, ou seja, a venda e o comércio, o consumo fácil, o prazer e a sociabilidade, os encontros nos bares do bairro, são alguns dos elementos que dificultam planejamentos restritos à proibição e a abstinência a qualquer preço.

O PES permite que os planejadores entrem em contato com os elementos objetivos e concretos do fenômeno, mas mais que isso: entrar em contato com os elementos culturais que permeiam o fenômeno, aqui, o uso de drogas.

Como é possível observar, o PES busca abarcar os elementos imersos na dinâmica territorial. Logo, as Operações que emergem do Diagnóstico Territorial não estão separadas uma da outra, sob pena de reprodução da lógica da fragmentação. Ou seja, todas as iniciativas podem ocorrer simultaneamente, desde que para tanto haja profissionais e entes comunitários dispostos, pois entendemos que o fenômeno é socialmente multideterminado, em sua historicidade.

Ao mesmo, o desenvolvimento do PES exigiu dos profissionais, também, a habilidade da fala sem preconceitos. A atitude de acolhimento e reconhecimento dos dilemas de si mesmos e dos muitos sujeitos que consomem álcool e/ou tabaco permite a adoção de uma atitude de reconhecimento da história dos mesmos.

Essa atuação é mediada por uma atitude de “cuidar – um de todos e todos de um”. Por cuidar concordamos com Waldow e Borges (2011):

O cuidado [em uma acepção filosófica], engloba atos, comportamentos e atitudes. Os atos realizados no cuidado variam, de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido. Existem tipos diferentes ou maneiras distintas de cuidar, que variam de intensidade. A maneira de cuidar vai depender da situação [...] e na forma como nos envolvemos com ela e, nesta situação, com o sujeito, motivo de atenção do cuidado (p.411)

Por fim, a construção do PES está para além das ações de caráter técnico-científico, como de domínio dessa ou daquela profissão ou área de atuação, como da Saúde, em que a psiquiatria lida com os “pacientes” usuários de drogas. Mas, sem descartar a presença desta área, se inclui no debate e nas ações os saberes e os fazeres em sua interdisciplinaridade e, sobretudo, entram em cena as experiências dos próprios indivíduos, famílias, grupos que direta e indiretamente são afetados pelo uso abusivo de drogas e pelas práticas dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, É. R. Interventions strategies within Occupational Therapy consonant with the transformations in mental health care in Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, p.299–308, 2011.

BENJET, C. et al. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. **Salud Publica Mex.** v.5, n.4, p.410-7, 2012.

BERMUDEZ-HERRERA, A. et al. Nursing school students' perception of legal and illegal drugs consumption. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.spe, p.684-690, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700004&lng=en&nrm>

=iso>. Acesso em: 28 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consultório de Rua do SUS. Brasília, DF. 2010. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/consultorio_rua_SUS.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. 360p.
CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm. Institute for Future Studies, 1991.

DIETZ, G. et al. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **SMAD**, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p.85-91, maio/ago. 2011.

GARCIA, L. Apresentação SENAD/MJ. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, p. 11-16, 2016.

IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

IIDA, I.. Planejamento estratégico situacional. **Prod.**, São Paulo, v.3, n.2, p.113-125, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65131993000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2019.

KOGA, D. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina. v.16, n.1, p.30-42. 2013

LEWIS, T. P.; HESSION, C.. Alcohol use: From childhood through adolescence. **Journal of Pediatric Nursing**. v.27, n.5, p.50-58, 2012. Disponível em <[http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(12\)00007-3/pdf](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(12)00007-3/pdf)>. Acesso em: 15 set. 2018.

MALTA, D. C. et al. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, supl.1, p.203-214, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000500203&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 fev. 2019.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, supl.1, p. 136-146, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500014>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-56.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.62-68.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. 2005, v.21, n.3 p. 898-906.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach**. Washington, DC: Panamerican Health Organization. 2009.

PASUCH, C., OLIVEIRA, M. S. Levantamento sobre o uso de drogas por estudantes do ensino médio: Uma revisão sistemática. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p.171-183. 2014.

POKHREL, Pallav et al. Effects of Parental Monitoring, Parent–Child Communication, and Parents’ Expectation of the Child’s Acculturation on the Substance Use Behaviors of Urban, Hispanic Adolescents. **Journal Of Ethnicity In Substance Abuse**. v.7, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15332640802055665?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em: 10 Nov. 2018.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Promoção da saúde e o planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M.. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003, p.183-206

TORCATO, C. E. M. et al. Drogas e Sociedade. **Saúde & Transformação Social**. v.4. 2013, Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265328844001>> Acesso em: 15 de fev. 2019.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A., et al. (Orgs.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, p. 97-112.

VALE, C. S.; MACIEL, T. M. F. B. Áreas malditas: a estigmatização de espaços urbanos. **Caderno de Geografia**, v.26, n.45, p.255-255, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/geografia/article/viewFile/P.2318-2962.2016v26n45p255/8749>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F.. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.24, n.3, p. 414-418, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jul. 2016.

ITINERÁRIOS EM SAÚDE MENTAL: TENDÊNCIAS E NECESSIDADES

Raphaela Schiassi Hernandes Genezini

Universidade Federal de Sergipe

Lagarto-SE, Brasil

Bianca Gonçalves De Carrasco Bassi

Universidade Federal de Santa Maria

RESUMO: Um olhar sobre o trabalho de terapeutas ocupacionais e outros profissionais da saúde nos cenários atuais de Saúde Mental provoca inúmeras indagações para os estudiosos do campo. A relação da especificidade das intervenções e a composição dos movimentos constituídos na Reabilitação Psicossocial aproximam as práticas com tradições humanistas, sociais e políticas em manejos com campos teóricos e procedimentais. Indiscutivelmente os ganhos nas composições de equipes multidisciplinares em Saúde Mental são visíveis por atuais debates e enfrentamentos que os equipamentos substitutivos e as políticas públicas exigem. Algumas inquietações quanto aos processos de Reabilitação Psicossocial, tido, aqui, como uma finalidade na atual política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) motivaram a formação desse curso, levando à busca de maior compreensão do trabalho dos profissionais da Saúde Mental e também uma necessidade de busca maior pelo próprio conhecimento da teoria que envolve essa área. Este curso colaborou na reflexão

e compreensão das contribuições da terapia ocupacional e também de outros profissionais no contexto do cuidado integral em Saúde Mental, considerando o seu potencial de contribuir no sentido do desenvolvimento da autonomia, emancipação e inserção social dos sujeitos. A organização do curso teve como objetivo promover discussões teóricas/práticas sobre Saúde Mental, desde aspectos históricos, patologias, formas de atendimentos e assuntos pertinentes ao tema. Desta forma, utilizou-se de palestras, discussões e reflexões que surgiram no decorrer dos encontros de acordo com a necessidade dos participantes, além disso, foram realizadas visitas em locais de atendimento em Saúde Mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Reabilitação Psicossocial; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT: A look at the work of occupational therapists and other health professionals in the current Mental Health scenarios causes innumerable questions for field scholars. The relationship between the specificity of the interventions and the composition of the movements constituted in Psychosocial Rehabilitation approximate practices with humanistic, social and political traditions in management with theoretical and procedural fields. Arguably, gains in the composition of multidisciplinary teams in Mental Health are

visible by the current debates and confrontations that substitutive equipment and public policies demand. Some concerns about the processes of Psychosocial Rehabilitation, here, as a purpose in the current Mental Health policy in the Unified Health System (SUS) motivated the formation of this course, leading to the search for a better understanding of the work of mental health professionals and also a need for greater search for the very knowledge of the theory that surrounds this area. This course collaborated in the reflection and understanding of the contributions of occupational therapy and also of other professionals in the context of integral care in Mental Health, considering its potential to contribute towards the development of autonomy, emancipation and social insertion of the subjects. as objective to promote theoretical / practical discussions on Mental Health, from historical aspects, pathologies, forms of care and subjects pertinent to the theme. In this way, we used lectures, discussions and reflections that emerged during the meetings according to the need of the participants, in addition, visits were made to places of care in Mental Health.

KEYWORDS: Mental Health; Psychosocial Rehabilitation; Occupational therapy.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade e por toda a história, as doenças mentais são citadas por historiadores, poetas, pintores, escultores e médicos, tendo passado por diversas compreensões dentro da história da humanidade. Na Grécia antiga, por exemplo, como as causas dessas doenças não eram claras, a loucura era considerada privilégio, um objeto que estaria a serviço dos Deuses. O que o louco dizia era ouvido como um saber importante e necessário, podendo interferir nos acontecimentos e destinos das pessoas. Assim, nesse período, a loucura encontrou espaço para expressar-se, não sendo necessário controlá-la e nem excluí-la (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Já na Idade Média, a loucura deixa de ser vista como privilégio dos Deuses e passa a ser vista como um castigo. O que predomina é a associação da loucura às possessões demoníacas, às influências malignas, resultantes da ação sobrenatural, prevalecendo as explicações místico-religiosas para a origem dos transtornos mentais. O tratamento era de apoio e conforto, voltando aos tempos em que se predominava a superstição (SILVA; ZANELLO, 2010).

Desse modo, até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidades médicas, os pacientes com transtornos mentais se misturavam com outros socialmente rejeitados, tais como: andarilhos, leprosos, aleijados, indivíduos que não se adequavam à nova ordem social, permanecendo dentro desses locais sob o governo de religiosos e pessoas caridosas, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual. A incapacidade para o trabalho era considerada uma característica comum aos internos (ENGEL, 2001).

Para a realidade da época, essas pessoas precisavam ser afastadas do seu meio social, com a preocupação crescente em proteger a sociedade, já que esta considerava aquelas pessoas como ameaças, que poderiam contagiar ou trazer algum perigo e,

dessa forma, precisavam ser afastadas das ruas, permanecendo isoladas em locais fechados.

Apartir do século XVIII, essa situação se modifica e a loucura passa a ser conhecida como doença mental, surgindo uma área e um local próprio para seu tratamento, a psiquiatria e o manicômio. Também, com a Revolução Francesa, surgiram novas concepções nas formas de organização econômica e social, a população de indivíduos excluídos passou a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente, principalmente no âmbito econômico, pois esses locais de internações detinham mão de obra necessária ao processo de industrialização (YASUI, 2009).

Assim, aqueles pacientes que podiam produzir, foram inseridos na força de trabalho, sobrando, apenas, os doentes mentais dentro dos hospitais, pois esses não tinham condições de produção e, por consequência, perdiam seu lugar social, tornando-se parte da imensa maioria de excluídos gerados pelo capitalismo.

Os denominados excluídos nada mais são do que o subproduto das relações sociais-econômicas-políticas do capitalismo. O modelo institucional a ser adotado será o de segregação nas instituições construídas para esse fim. A cultura manicomial de excluir e isolar os dejetos humanos produzidos por essa ordem econômica se torna a única política pública concreta no capitalismo (GRADELLA JÚNIOR, 2002, p. 2).

É nesse contexto que as ideias humanistas da Revolução Francesa tiveram seu ápice com os estudos do médico francês Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria, que teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes, surgindo os hospitais psiquiátricos.

Nesse período, iniciaram-se reformas humanitárias para o cuidado com o doente mental, pois Pinel acreditava que tal indivíduo apresentava uma moléstia progressiva que podia ser curada, ou seja, o indivíduo perdia a razão temporariamente, mas que deveria haver um meio de restaurá-la, assim, os sujeitos permaneceriam internados, porém, agora, em um novo espaço e com uma nova proposta. Na qual, os asilos foram substituídos pelos manicômios, sendo um local destinado apenas aos doentes mentais (AMARANTE, 2003).

Nas instituições desse período, o tratamento para a loucura passa a ter uma abordagem científica e não mais apenas religiosa, mas sim passível de cuidado, utilizando-se de atividades ocupacionais e recreacionais, tais como: passeios regulares, atividades de agricultura, pecuária, horta, oficina de costura, entre outras, que tinham como objetivo principal a reeducação dos alienados, no respeito às normas e no abandono de condutas inconvenientes, ou seja, uma função essencialmente disciplinadora (DE CARLO, BARTALOTTI, 2001).

Entretanto, com o fim da Segunda Grande Guerra Mundial, os manicômios como a única forma de tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais começaram a receber críticas, pois muitos se assemelhavam a campos de concentração, devido a seus atos violentos e excludentes. Surgiram na Europa e nos Estados Unidos, os primeiros movimentos de mudanças positivas que buscavam uma transformação mais

efetiva do modelo vigente. Com o desenvolvimento do conhecimento farmacêutico, surgem medicamentos, como os antipsicóticos e antidepressivos, o que contribui para o esvaziamento dos grandes hospitais.

Além do desenvolvimento dos medicamentos, as críticas aos hospitais psiquiátricos em abordagens diversas levaram a diferentes movimentos de mudança no modelo de atenção em Saúde Mental. Segundo Heidrich (2007) a literatura divide as experiências de mudanças em três grandes grupos: o primeiro deles seria a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional; o segundo grupo inclui a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva) e, no terceiro grupo, o saber psiquiátrico era questionado na Antipsiquiatria e na Psiquiatria Democrática Italiana.

Como visto na história, o tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais, até o final do século XX, foi baseado no sistema hospitalar psiquiátrico, com características relevantes de controle, disciplina, segregação, punição e exclusão. Foi somente na Itália, nos anos 1970, que se iniciaram movimentos de negação da instituição hospitalar geral.

A partir de 1970, Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste e foi nessa experiência que ele conseguiu iniciar o processo de fechamento desses hospitais, promovendo, assim, a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento que seriam os serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (OLIVEIRA, 2011).

Foi assim, que no ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em Saúde Mental. Em 1976, o hospital de Trieste foi fechado oficialmente e o atendimento aos pacientes foi exercido em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia e sua equipe.

Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, foi aprovado na Itália, em 13 de maio de 1978, a chamada “Lei 180” ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida popularmente como “Lei Basaglia”. Uma lei que estabelecia mudanças no estatuto jurídico do paciente com transtornos mentais, como a abolição do estatuto de periculosidade, além de proibir novas internações e construção de novos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, o paciente tornava-se cidadão de pleno direito.

Assim, Basaglia buscava na sua forma de atendimento um novo olhar para o sujeito, partindo de individualidade e necessidades particulares, visando a um trabalho de reinserção social. No entanto, não negava a patologia ou a doença, mas mudava o foco de sua atenção, da doença para o sujeito, ou seja, coloca a doença entre parênteses e cuida da pessoa doente. Portanto, para Basaglia a busca de transformação não deve se limitar simplesmente à abolição das estruturas manicomiais, mas sim, buscar a construção de novas formas e possibilidades, em que os atores envolvidos tenham

participação ativa em todos os processos de mudanças (AGUIAR, 2007).

Para Amarante (1995), esse princípio seria ver a pessoa doente de forma singular, isto é, não ignorar a doença mental, mas, também, não se ocupar somente dela, e de tudo aquilo que se construiu em torno.

Ao contrário do que ocorria na Europa, até meados do século XIX não havia no Brasil nenhum estabelecimento destinado aos chamados alienados mentais. Tais sujeitos se confundiam com todos aqueles que eram conhecidos como marginalizados sociais, vagabundos, mendigos, criminosos, entre outros. Ficavam perambulando pelas ruas ou eram recolhidos nas prisões, sem qualquer assistência médica, sendo frequentemente vítimas de maus tratos e castigos corporais.

Após a Segunda Guerra Mundial, os movimentos reformistas da psiquiatria, com suas diferenças e semelhanças, tiveram importante influência nos movimentos de transformação psiquiátrica no Brasil, provocando discussões dos saberes e das práticas na área da Saúde Mental. No entanto, enquanto o contexto mundial apontava a transformação dos dispositivos e técnicas de intervenção na doença mental, o Brasil expandia sua rede de leitos psiquiátricos, com internações de longa permanência, em instituições com condições precárias de atendimento, focando em propostas de institucionalização e cronificação dos pacientes (VALLADARES, 2004).

Os serviços criados, a princípio, para tratamento daqueles reconhecidos como doentes mentais ficaram superlotados e se deterioravam com o recolhimento de todos os excluídos, para os quais não havia nenhuma outra estrutura fora do hospício, nos moldes dos asilos da Europa do século XVIII.

Nesse contexto, a assistência psiquiátrica brasileira foi marcada por um modelo hospitalar como tendência central, o que determinou a exclusão, segregação e estigmatização do doente mental. No fim da década de 1950, nos hospitais psiquiátricos, a situação era grave, havia uma superlotação, deficiência de pessoal, precariedade assistencial e de condições de trabalho, falta de vestuário e de alimentação, maus-tratos e miséria foram se intensificando, de maneira que, na década de 1970, a situação tornou-se insustentável, com uma notória expansão do número de leitos dentro desses hospitais (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

A precariedade assistencial que os autores relatam dentro dessas instituições que permaneciam com uma superlotação – por ser a única modalidade da época – era por apresentarem deficiência em sua infraestrutura, com condições internas precárias e desumanas, sem resquícios de higiene e conforto, todos os internos ficavam misturados e com falta de qualificação dos profissionais utilizando de terapêuticas coercitivas.

Na época, já havia discussão sugerindo a descentralização desse serviço, tentando mudar tal precariedade, por meio da implantação do modelo de colônias, que passou a ser copiado em várias capitais pelo Brasil. Essas colônias tinham, por principal finalidade, resolver os problemas de superlotação dos hospícios, oferecendo uma forma de tratamento voltada às atividades de trabalho, principalmente a agropecuária

e artesanatos, com a ideia de tratar e reeducar, fornecendo um ambiente calmo e regrado.

Nos processos de transformação das instituições asilares, frequentemente a ocupação se apresenta também como uma resposta à ociosidade. Diferentemente dessa compreensão, a perspectiva institucional não é produto da falta de ocupação, e, sim remete ao “processo institucionalização” e a ausência de intercâmbio de relações, expressão do manicômio como “lugar zero de troca” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 74).

Na década de 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica com o intuito de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo manicomial, julgando a exclusão, a cronificação e a violência dentro dos manicômios. Naquele momento, a maioria dos locais para tratamento dos doentes mentais encontrava-se em precárias condições e sem assistência humanizada.

Assim, a reforma psiquiátrica se apresentava como um movimento que defendia outras formas de cuidado às pessoas com sofrimento mental, ou seja, uma assistência comunitária com serviços extra-hospitalares.

Até meados de 1970, a Saúde Mental passa quase despercebida como política pública quando, enfim, o Ministério da Saúde lança a Campanha Nacional de Saúde Mental e extingue o Serviço Nacional de Doenças Mentais, SNDM, substituindo pela Divisão Nacional de Saúde Mental, DINSAM, que seria responsável pela normatização, avaliação e controle dos programas de Saúde Mental no Brasil e é formado por um complexo de quatro unidades: Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carvalho (NOGUEIRA; COSTA, 2007, p. 3)

Quando os profissionais dessas quatro unidades iniciaram uma greve geral – denunciando suas condições de trabalho, o modelo assistencial psiquiátrico, as precárias condições dentro das instituições e a má qualidade na assistência aos internos – contribuiu muito para o que Amarante (1995) considera como o estopim do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, ou seja, o episódio conhecido como a “Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)”, que aconteceu em 1978, no Rio de Janeiro.

Assim, no final dos anos 70, entre 1978 e 1980, configurou-se um movimento pela reforma psiquiátrica, uma rede informal, que buscou articular propostas e ações contra o modelo manicomial, vindo de diversas regiões do Brasil., formada por pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, constituindo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que nasce da crise da DINSAM e, posteriormente, é denominado Movimento Antimanicomial. Esses trabalhadores são integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002, p.32)

Tal movimento possibilitou a constituição de ideias críticas sobre a segregação dos doentes mentais, com denúncias de violências, negligências, ausência de recursos, entre outros, demonstrando a importância na mudança das condições de tratamento asilar e da construção de medidas alternativas ao modelo manicomial. Ganhou força com a visita de Franco Basaglia, em 1978, após a aprovação da Lei 180 que estabeleceu o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália (Movimento da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática).

Evidentemente, almejando essas mudanças ao modelo tradicional psiquiátrico e baseado nas ideias americanas e europeias, especialmente na italiana, realiza-se em junho de 1987, organizada pelo MTSM, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que promoveu um distanciamento em relação aos dirigentes e atores dos órgãos públicos e uma conseqüente aproximação dos setores de usuários e familiares, um evento de extrema importância que tinha como objetivo maior a revisão do modelo manicomial rumo aos serviços extra-hospitalares (NOGUEIRA; COSTA, 2007).

No final do mesmo ano, 1987, esse movimento convocou o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, São Paulo, que reuniu todos os atores envolvidos no processo de cuidado aos pacientes com transtornos mentais, desde os profissionais até os usuários e familiares. Nesse Congresso, lança-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, ressurgindo dentro do projeto original, de tradição de Basaglia, o qual estabelece uma nova proposta de ação para a Saúde Mental; não apenas com alterações nas instituições psiquiátricas, mas na cultura, no cotidiano e nas mentalidades de todos envolvidos (AMARANTE, 1995).

No Congresso, foi criado o Movimento da Luta Antimanicomial, e instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando articular, em torno dessa causa, parcelas mais amplas da sociedade, com intuito de não apenas melhorar as estruturas dos hospitais psiquiátricos, mas de inventar novos dispositivos abertos e de natureza comunitária para substituir essa abordagem de Saúde Mental centrada no hospital, um desses dispositivos seria o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (AMARANTE, 2003).

No ano de 1987, inaugurou-se o primeiro CAPS, serviço da secretaria estadual de saúde de São Paulo, instalado na capital do Estado, denominado Luiz da Rocha Cerqueira, que passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços de Saúde Mental. Na mesma perspectiva, em 1988, foi inaugurado o primeiro serviço municipal substitutivo ao manicômio, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Bauru, que igualmente se constituiu em marco na história da Saúde Mental do país.

Ainda na década de 1980, no âmbito hospitalar, inicia-se um processo de resgate da individualidade dos pacientes, através de coisas simples como o uso do próprio nome ou uma cama exclusiva, um processo de valorização da história pessoal. Por fim, aos poucos, são construídas estratégias para diminuir com a estrutura de manicômios e aumentar tratamentos aproximados da sociedade.

Assim, o atendimento em serviços extra-hospitalares como o CAPS, passou a

fazer parte da estrutura do Sistema Único de Saúde, com financiamento e normativas específicas (BRASIL, 2005). O CAPS é um dispositivo com muita relevância no atendimento aos pacientes em Saúde Mental. Segundo o Ministério da Saúde:

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental dentro da Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo estar nos espaços de convívio social daqueles usuários que os frequentam, permitindo a reinserção a partir desse dispositivo, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2004).

Assim, essa política da Reforma Psiquiátrica visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo. No Brasil, promoveu-se a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações, quando necessárias, deem-se no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração (BRASIL, 2002).

A política de Saúde Mental inclui, ainda, a inserção de ações na rede de Atenção Básica (AB). Neste sentido, a proposta é de que municípios com menos de 20 mil habitantes estruturem sua rede de cuidado à saúde mental na AB e municípios com contingente populacional maior, a rede de cuidados deve ser formada pela AB e Centro de Atenção Psicossocial, com uma estreita ligação entre eles (BRASIL, 2003).

As ações de Saúde Mental na Atenção Básica são essenciais, sobretudo no que concerne à promoção, prevenção e cuidados com o sofrimento e transtornos de menos gravidade, principalmente as desenvolvidas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada um importante instrumento para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental uma vez que, converge para a proposta de assistência pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS (OLIVEIRA et. al., 2014).

Uma Saúde Mental diferente, mais atenta às necessidades e aos direitos das pessoas e mais integrada na comunidade e no sistema geral de saúde, capaz de superar a institucionalização e o modelo segregador dos manicômios (LAMENHA, 2013, p. 69).

Os avanços na reforma psiquiátrica brasileira são visíveis quanto à diminuição de

leitos em hospitais psiquiátricos, aumento dos serviços extra-hospitalares e a melhora do financiamento do SUS para a Saúde Mental. Mas há críticas e confusões quanto ao próprio modelo, que se revelam na prática cotidiana, colocando em alguns momentos a Reforma Psiquiátrica apenas como uma reorganização de serviços ou como a modernização da instituição psiquiátrica. Porém, o que é necessário é o entendimento de um processo social complexo que envolve movimentos, diferentes atores e reais mudanças.

Dessa forma, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial, de modo a garantir uma transição segura, em que a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada à construção coexistente de alternativas de atenção no modelo comunitário, sendo que tais serviços extra-hospitalares estejam preparados e capacitados para atenderem a essa população.

Dessa forma, inserir uma pessoa com transtornos mentais severos e persistentes em serviços extra-hospitalares é o início de um longo processo, que deverá buscar a progressiva inclusão social desses pacientes, para que possam recuperar de maneira gradual suas aptidões práticas necessárias para uma vida na comunidade.

A demanda de cuidado em Saúde Mental não se restringe apenas em minimizar riscos de internação ou controlar sintomas, o cuidado envolve, também, outras questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, vivenciadas pelos familiares, pacientes, profissionais e a sociedade em geral. Nesse sentido, o processo de assistência desses pacientes deve ser otimizado visando à Reabilitação Psicossocial, um modelo que esteja centrado no paciente e em sua inclusão ativa na vida cotidiana (CARDOSO; GALERA, 2011).

Assim, os serviços extra-hospitalares, dentro de um modelo de atendimento Psicossocial, precisam estar articulados a outros espaços da cidade, apresentando um movimento permanente, em busca de uma melhor emancipação das pessoas com transtornos mentais, pois somente uma organização em rede – e não apenas um serviço – é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas estigmatizadas (BRASIL, 2005).

A rede e a criação de novos serviços precisam estar assim articuladas com a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, para que não aconteça uma desassistência aos pacientes.

Apesar de que, no Brasil, a reorganização da assistência em Saúde Mental seja recente, já traz uma nova perspectiva de tratamento baseada na valorização do ser humano e no atendimento de que o transtorno mental pode não ser apenas uma doença, mas também um problema social. Junto à mudança de pensamentos, apresenta-se uma rede de atenção psicossocial que traz progressos no cuidado com os pacientes em Saúde Mental.

Por fim, apresentam-se, em seguida, os fundamentos do modelo de sustentação da Política de Saúde Mental, sinteticamente, aqui, discorrida.

A história da psiquiatria, desde seu primórdio, foi marcada por uma tendência

central que determinou a exclusão, segregação e estigmatização do doente mental. No entanto, a reforma psiquiátrica introduziu no campo da Saúde Mental novas abordagens no cuidado com os pacientes com transtornos mentais, com uma forma de atendimento voltado ao acolhimento, à humanização e à inclusão dessas pessoas no contexto social. Assim, as internações tornaram-se mais criteriosas, com períodos mais curtos de hospitalização e ampliações dos serviços extra-hospitalares.

Dentre essas novas, aparece o Modelo de Atenção Psicossocial, que compreende a produção de saúde como produção de subjetividade, nascendo para substituir os hospitais psiquiátricos, a partir dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica, que se iniciaram na Europa e nos Estados Unidos e posteriormente no Brasil (FIORATI; SAEKI, 2013).

Essa abordagem dá ênfase aos serviços de base comunitária, caracterizados por uma plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares, e não os mesmos se adequarem aos serviços, atuando, assim, na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações (BRASIL, 2013).

Existem dois modos distintos que compõem as práticas em Saúde Mental, sendo eles: o modo asilar e modo psicossocial. Costa-Rosa (2000), caracteriza esses dois modos básicos, em quatro dimensões: a) a concepção de objeto e dos meios de trabalho; b) a concepção das formas de organização do dispositivo institucional; c) a concepção das formas de relacionamento com a clientela e d) a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

Na concepção de objeto e dos meios de trabalho o modo psicossocial volta-se para a participação do sujeito e dá ênfase para a sua reinserção social, incluindo o compromisso da família e do grupo social, assim o problema não seria a cura, mas a produção de vida e de sentido, de socialidade. Enquanto o modo asilar, baseia-se no princípio doença-cura e enfatiza a parte orgânica no processo de adoecimento, tendo como principal meio de intervenção o uso da medicação, focado nos sintomas, há pouca ou quase nenhuma consideração da subjetividade do sujeito e este não é participante ativo do seu processo de tratamento.

Na concepção das formas de organização do dispositivo institucional, o modo psicossocial privilegia a horizontalização de organização institucional, em que o trabalho se compõe por decisões coletivas, contando com a participação do usuário e população, compartilhando assim saberes. Dessa forma, se contrapõe ao modo asilar, que se pauta em torno do trabalho organizado de acordo com um fluxo verticalizado de poder e decisão.

No que diz respeito à concepção das formas de relacionamento com a clientela, o modo psicossocial privilegia a construção de espaços de diálogos e interlocução para a produção de subjetividade, enquanto o modo asilar se caracteriza pela separação dos doentes, desconsiderando os outros dispositivos para além do próprio serviço de saúde.

Na última dimensão – que é a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos – o modo psicossocial propõe a produção de subjetividade singularizada, através da recuperação da cidadania e do trabalho subjetivo, permitindo com que o sujeito situe-se ativamente frente aos conflitos e contradições causadores do seu mal-estar. Esses elementos se contrapõem ao modo asilar, que focaliza as práticas objetivando a simples supressão dos sintomas ou adaptação a um ideal de normalidade (COSTA-ROSA, 2000).

De acordo com a RAPS (BRASIL, 2013), existem diretrizes para o modo psicossocial que são:

Respeitos aos direitos humanos, garantindo a **autonomia**, a liberdade e o exercício da cidadania, promoção da **equidade**, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; **garantia do acesso e da qualidade dos serviços**, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços **de base territorial e comunitária**, diversificando as estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e seus familiares; organização dos **serviços em rede** de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de **ações intersetoriais** para garantir a integralidade do cuidado; desenvolvimento da lógica do **cuidado centrado nas necessidades das pessoas** com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (p. 3).

Portanto, segundo Costa-Rosa (2000) o modo psicossocial aparece em contraposição ao modo asilar, vindo em busca de englobar no entendimento das doenças fatores políticos e biopsicosocioculturais, a fim de um entendimento global do sujeito, considerando sua subjetividade como participante do processo, atribui a este uma importância decisiva, de modo que ele é o participante principal do tratamento, não apenas uma questão orgânica ou biológica que pode ser tratada quimicamente. Desse modo, enquanto o modo asilar vê o sujeito como foco do problema, o psicossocial considera o indivíduo pertinente a um grupo ampliado.

Na psiquiatria, a doença era abordada de forma objetiva e dissociada da existência do sujeito como um conjunto de sintomas e signos. Já no campo da saúde mental o foco está no sujeito. Assim:

A atenção Psicossocial refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (YASUI, 2009, p. 3).

Conclui-se, nessa abordagem, que a patologia não é excluída, pelo contrário, faz parte da existência do sujeito; porém, o foco principal passou das doenças e morte para as concepções ligadas à qualidade de vida e produção social. Sendo o ambiente natural que o sujeito vive determinante no processo terapêutico, sendo sua inclusão social enfatizada de forma prioritária, pois nesse cenário a luta pela cidadania constituiu-se como o principal objetivo.

Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001) contextualizar o processo saúde/doença exige várias operações articuladas:

Primeira: o Modo Psicossocial preconiza uma definição de saúde numa perspectiva que a contextualize em relação a uma concepção de sociedade, entendida como conjunto de interesses contraditórios articulados, possíveis de serem descritos e compreendidos através do conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH). Segunda: no Modo Psicossocial define-se a especificidade da saúde mental, de tal modo que se visualiza a participação da dimensão sociocultural como intrínseca ao próprio processo de subjetivação. Terceira, o Modo Psicossocial inclui em sua caracterização a consideração da especificidade da saúde mental com a inclusão da própria noção de 'crise' como seu componente estrutural (p.18-19)

Outra característica importante do modo psicossocial é a equipe, ou seja, um trabalho multidisciplinar. Os dispositivos institucionais típicos para esse trabalho são: Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção Psicossocial, Hospital Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, entre outros. No entanto, não basta haver variações dos dispositivos institucionais, é necessário que eles superem os recursos asilares e que se estruturam de uma forma oposta ao modo asilar.

Assim, os movimentos da Reforma Psiquiátrica vão se ampliando, com a expansão de uma nova rede de cuidados que representa um processo de transformação dos modos tradicionais de lidar com os pacientes com transtornos mentais, mas implica, sobretudo, a articulação de diferentes saberes e práticas presentes no campo da atenção psicossocial, permitindo que a própria sociedade envolva-se nessa luta.

Seguindo essa perspectiva, embora a atenção psicossocial não se construa a partir da atuação isolada de uma profissão ou núcleo de saber, considera-se importante a análise das contribuições da Terapia Ocupacional para a consolidação ou desvio desse modo proposto na Política de Saúde Mental do país.

A concepção e abordagem do conceito de Atividade são centrais na Terapia Ocupacional, desde estudos que buscam sua construção conceitual, até os mais recentes que objetivam como esse conceito é articulado na literatura. Observa-se, assim, a necessidade de analisar e aprofundar a construção conceitual e uma sistematização mais clara sobre as diferentes abordagens teóricas e práticas.

Em estudos realizados por Lima, Pastore e Okuma (2011 – 2013), que investigam a Atividade, foi possível observar que o termo mais utilizado pelos terapeutas ocupacionais brasileiros para denominarem seu instrumento de intervenção foi a Atividade. Entretanto, ainda “é uma construção inacabada, situada em um contexto histórico, territorial e cultural que, por sua importância, vem determinando caminhos para a profissão e para a ação dos terapeutas ocupacionais” (p. 251).

Ainda, de acordo com Tedesco (2001):

Apesar de toda diferença terminológica nas definições da Terapia Ocupacional, o grande denominador comum é o uso do termo atividades. Não se relata um procedimento de terapia ocupacional sem que se apresente as necessidades da pessoa alvo da intervenção (isto inclui os déficits, mas considera-se todo o contexto vivido por esta pessoa), e o que se desenvolve entre o terapeuta ocupacional e este paciente [...]. No entanto, observamos que o uso da expressão atividade está longe de manter um referencial fixo como se imagina, ao contrário, tem um uso polissêmico englobando vários sentidos (p. 381-382).

Partindo desses e de outros estudos que pesquisam sobre o uso da Atividade

em Terapia Ocupacional, compreende-se que a reflexão sobre sua fundamentação e aplicação contribuirá para a construção de saberes e práticas dentro das atuais perspectivas e desafios da atenção em Saúde Mental.

Assim, observam-se os percursos do uso da ocupação terapêutica desde antes da constituição da profissão Terapia Ocupacional, até o momento atual na área, em particular, no contexto do trabalho em Saúde Mental, descrevendo as diferentes concepções que acompanham a Atividade na Terapia Ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados iniciais obtidos durante o curso apontaram a existência, ainda, da dificuldade de aproximação e compreensão da Saúde Mental, demonstrando a presença do “medo”, “preconceito” e a dificuldade de aceitar esse caminho, trazendo dúvidas e reflexões quanto aos processos de Reabilitação Psicossocial, tido, como uma finalidade em perspectiva das ações na atual política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) que motivaram a solidificação desse curso, levando à busca de maior compreensão do trabalho dos profissionais da saúde na Saúde Mental e também uma necessidade de busca maior pelo próprio conhecimento da teoria que envolve essa área.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J. As transformações possíveis na atenção em saúde mental. **Revista da AMRIG**, porto Alegre, 51 (4): 308-311, out-dez. 2007. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/51-04/espcremers.pdf>>. Acesso em: 26 de outubro de 2014.

AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, nº 3, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

BALLARIN, M. L. G.; CARVALHO, F.B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.162-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2018.

- CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP. 2011; 45(3):687-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014
- COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, nº 58, p. 12-25, maio/ago., 2001.
- DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. **Caminhos da Terapia Ocupacional**. In: DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. (org) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo, Plexus, 2001.
- ENGEL, M. G. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios .Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. **Loucura & Civilização collection**. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12 de outubro de 2018.
- FALKAI, P. et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, supl. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000700003>. Acesso: 14 de outubro de 2018.
- FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, nº 97, p. 305-312, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a12.pdf>>. Acessado em: 16 de dezembro de 2017.
- GRADELLA JÚNIOR, O. Políticas públicas de saúde mental: formação e educação - **Departamento de Psicologia – UNESP/Bauru**. 2002. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/314%20-%20pol%EDticas%20p%FAblicas%20em%20sa%FAde%20mental.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2018.
- HEIDIRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. 2007. Porto Alegre. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1144>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.
- LAMENHA, K. C. R. Saúde mental e desinstitucionalização: **um estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2013. Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, apresentada na Faculdade de Serviço Social, na Universidade Federal de Alagoas.
- LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. Di N.; OKUMA, D. G. As atividades no campo da Terapia Ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. 2011, vol. 22, nº 1, p. 68-75.
- MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo, Plexus, 2001.
- NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. **Políticas públicas de saúde mental**. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – III Jornada Internacional de Políticas Públicas – Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. São Luís – Maranhão, 28 a30 de agosto, 2007.
- OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saude-**

Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

OLIVEIRA, F. B. et al. Saúde Mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psiquiatria Online Brasil**, v. 19, n.9, nov, 2014. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em: 20 de novembro de 2017.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. **Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social**. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, M.; ZANELLO, V. M. Religiosidade e loucura: a influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença. **Psicologia IESB**, v.2, n.1, p.37-47, 2010.

SILVEIRA, C. L.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito da loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Vol. 13, nº 4. Ribeirão Preto, jul/ ag. 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci_arttext>. Acesso: 20 de julho de 2018.

TEDESCO, A. S. A construção de conhecimento em terapia ocupacional: introdução e discussão de um percurso. **Mundo Saúde**, 25 (4), p. 378-383, out/dez, 2001.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan/abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, vol. 1, nº1, jan/abr, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/1005-3958-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2018.

VALLADARES, A. C. A. **A arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo Vetor, 2004.

OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA EM SAÚDE MENTAL: INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO

Erika Renata Trevisan

Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Ana Cláudia Ramos Fidencio

Terapeuta Ocupacional

Andrea Ruzzi Pereira

Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Ailton de Souza Aragão

Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Paulo Estevão Pereira

Terapeuta Ocupacional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Rosimar Alves Querino

Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

RESUMO: Esse artigo aborda a participação dos usuários em oficinas terapêuticas de geração de renda de um serviço de saúde mental no interior do estado de São Paulo. Buscou investigar a importância do trabalho desempenhado; as contribuições das oficinas na ampliação das relações interpessoais e a autonomia e independência em outros contextos sociais. Foram entrevistados nove trabalhadores de três oficinas terapêuticas, através de entrevista semi-estruturada e a análise dos dados foi realizada a partir da construção de um conjunto

de categorias descritivas. Os resultados apontam percepções positivas em relação ao trabalho, afirmadas por relatos de resgate de autonomia, independência e ampliação das trocas materiais. As relações afetivas e sociais foram ampliadas, embora tenham se dado principalmente no contexto do trabalho, necessitando ser estendidas para outras instâncias sociais. Esse estudo demonstrou que as oficinas de geração de renda são um importante instrumento de inclusão social e de Reabilitação Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Oficinas de Trabalho Protegido, Inclusão Social.

WORKSHOPS OF GENERATING INCOME IN MENTAL HEALTH: SOCIAL INCLUSION BY WORK

ABSTRACT: This paper discusses the participation of users in therapeutic workshops to generate income from a mental health service within the State of Sao Paulo. It also investigate the importance of the work performed; the contributions of workshops on interpersonal relations and the expansion of autonomy and independence in other social contexts. Nine employees were interviewed three therapeutic workshops, through semi-structured interviews and data analysis was performed from the construction of a set of descriptive categories. The results indicate positive perceptions about

the work, proven by reports of rescuing of autonomy and independence and expansion of materials exchanges. Affective and social relations were improved, although they are mainly given in the context of the work that needed to be extended to other social organizations. This study demonstrated that the income-generating workshops are an important instrument of social inclusion and Psychosocial Rehabilitation.

KEYWORDS: Mental Health, Sheltered Workshops, Social Inclusion.

1 | INTRODUÇÃO

As práticas de cuidado em saúde mental atualmente têm demonstrado experiências positivas de inclusão social por meio de diversos dispositivos, dentre eles o trabalho, confirmando uma estratégia potente no processo de emancipação e de autonomia das pessoas com transtornos mentais. O trabalho, segundo o estado democrático de direitos, é uma garantia de cidadania, geração de renda e subsistência, e a viabilização de trocas sociais e cidadãs (AMARANTE; BELLONI, 2014).

Trabalho e realização humana têm uma relação tão antiga quanto à história da humanidade, historiadores caracterizam o tempo e a história do homem através dos modos de trabalho e produção, entendido como ação transformadora do homem sobre a natureza, desde as sociedades primitivas até as sociedades industrializadas de hoje. Esta relação estendeu-se ao trajeto humano constituindo o homem enquanto modo de ser e fazer, pois são atribuídos sentidos sempre singulares, concretos e históricos, devido à necessidade humana em significar seu entorno, seu fazer e o viver (ARAÚJO; SACHUK, 2007).

Na história da loucura o trabalho também teve papel fundamental, pois foi utilizado como forma de tratamento em práticas que constituem a psiquiatria desde seu nascimento.

A psiquiatria nasceu e desenvolveu-se dentro das instituições fechadas a partir de internações compulsórias. Na Europa do século XVI, era a política governamental, não só para a doença mental, mas também para aqueles que eram considerados indesejáveis pela sociedade, como ociosos de toda ordem, doentes, deficientes, pessoas que eram condenadas pela sociedade por maus comportamentos, mendicância e improdutividade e que precisavam ser mantidos sob controle. Esses espaços de exclusão social, eram de caráter assistencialista e tinham como principal função a manutenção da ordem social (AZENHA, 2014).

Ao final do século XVIII, a loucura passou a ser objeto de estudo da medicina, a qual visava isolar os doentes mentais para que fossem observados em seu estado mais puro, para compreender a relação entre a loucura e o funcionamento psíquico, a partir desse momento a loucura passou a ser balizada pelo saber médico (PÁDUA; MORAIS, 2010).

Phillipe Pinel, médico francês, propôs ao final século XVIII um modelo de

tratamento da loucura denominado Tratamento Moral. Para ele o louco, como qualquer doente, necessitava de cuidados, de apoio e vai sinalizar a constituição da psiquiatria como uma ciência e como um ramo da medicina. Surgem, na Europa, nos séculos XVIII e XIX, ideias revolucionárias e reformistas que procuravam entender o homem nas suas dimensões física, psíquica e social e o humano nas vertentes ética, estética e cultural. Neste contexto, as pessoas com doença mental passam a ocupar instalações diferentes das dos outros residentes no asilo e o Tratamento Moral preconizava a utilização do isolamento e do trabalho para restituir a razão aos doentes, reeducá-los, proibindo a expressão da singularidade, criatividade, como também normatizar comportamentos indesejáveis e contrários às regras sociais. Além do trabalho, o Tratamento Moral utilizava a repressão para chegar à disciplina (AZENHA, 2014; CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Pinel propôs que a execução do trabalho mecânico rigoroso era capaz de garantir a manutenção da saúde, desenvolvendo, assim a laborterapia, que supostamente era capaz de fazer o alienado mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento, portanto a ocupação e o trabalho passaram a ser o principal recurso para a organização e manutenção do ambiente asilar, porque contrapunha-se ao ócio desorganizador (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

Somente na segunda metade do século XX, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciaram discussões para transformação do tratamento aos doentes mentais, que funcionava sob a lógica manicomial da opressão e da violência. A Reforma trouxe várias mudanças no cenário mundial quanto a reforma do modelo vigente, entre elas a Psiquiatria de Setor, na França; a Comunidade Terapêutica, na Inglaterra; a Psiquiatria Preventiva, nos EUA e a Psiquiatria Democrática, na Itália (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início ao final da década de 1970, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, mas foi apenas em 2001 a aprovação da Lei 10216, que prescreve a construção de uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial que respeitasse o direito social e aumentasse o poder contratual dos usuários (ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

De acordo com esta lei, o tratamento em saúde mental deve priorizar a reinserção social da pessoa em seu contexto. Os serviços abertos e presentes na comunidade devem ser escolhidos como locais de tratamento, devendo-se preconizar o oferecimento de assistência integral à pessoa com transtornos mentais durante a internação, como também dar seguimento ao tratamento na rede articulada de saúde mental do município, incluindo serviços médicos, de assistência social, terapêutico-ocupacionais, psicológicos e outros, facilitando e apoiando a reabilitação psicossocial do indivíduo (BRASIL, 2015).

Em 2011 foi aprovada a Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que estabelece os critérios de organização e implementação dos

serviços, integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, com a necessidade de estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde (BRASIL, 2011).

A RAPS apoia-se na autonomia, no respeito aos direitos humanos e no exercício da cidadania; tem como objetivo a equidade e a garantia ao acesso aos cuidados integrais com qualidade. As ações de saúde mental devem ser desenvolvidas em serviços de base territorial e comunitária; os serviços devem ser organizados em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com a continuidade do cuidado e a avaliação constante dos serviços para verificar a efetividade da atenção à saúde. A organização da RAPS em cada Região de Saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: (1) atenção primária; (2) atenção psicossocial especializada; (3) atenção à urgência e emergência; (4) atenção residencial de caráter transitório; (5) atenção hospitalar; (6) estratégia de desinstitucionalização; (7) reabilitação psicossocial (MACEDO et al., 2017).

O referencial teórico-prático da reabilitação psicossocial compreende um processo de reconstrução do exercício de cidadania e de contratualidade social através da abertura dos espaços de relação e negociação nos três grandes cenários da vida de um sujeito: habitar, rede social e trabalho com valor social (SARACENO, 2001).

Esse estudo propõe uma reflexão sobre a questão do trabalho com valor social como eixo estratégico da reabilitação psicossocial, a fim de investigar o seu potencial de superação da exclusão e reconquista da cidadania e da participação social.

Nesse sentido, o espaço da RAPS que será abordado neste estudo são as oficinas terapêuticas, entendidas como dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental, que têm se destacado por se constituírem como estratégias de acolhimento, de convivência, de mediações do diálogo objetivando a transformação do indivíduo com transtornos mentais e sua inclusão social (IBIAPINA et al., 2017).

Considerando os atos legais que dizem respeito à geração de trabalho e renda em saúde mental, duas Portarias são importantes nesse processo: a Portaria Interministerial 353/2005 e a Portaria 1169/2005. A primeira institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego para articular ações, agendas, parcerias e a elaboração de um marco jurídico para as políticas. A segunda autoriza incentivo financeiro para projetos de municípios que contemplem a inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental. Portanto, o direito ao trabalho está garantido na legislação (RODRIGUES; YASUI, 2016).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro de acordo com o parecer nº 181.2018.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas aplicadas

individualmente com nove trabalhadores das oficinas de geração de renda de um serviço de saúde mental de um município no interior do estado de São Paulo.

A análise dos dados foi realizada após a transcrição na íntegra das gravações das entrevistas, que apoiou-se no método de análise de dados a partir da construção de um conjunto de categorias descritivas. Após leituras sucessivas e exaustivas dos dados obtidos nos discursos dos participantes da pesquisa, os dados foram organizados e agrupados de acordo com a semelhança do assunto abordado, considerando as mensagens implícitas e explícitas e identificando nas respostas, os temas referidos à questão norteadora da investigação. As falas apresentadas foram categorizadas e relacionadas, com o objetivo de formar temas mais amplos, a fim de reunir o mesmo núcleo de pensamento (BARDIN, 2009).

Os temas apreendidos nesse estudo foram: (1) o significado do trabalho; (2) relações sociais em outros contextos e (3) independência financeira e autonomia.

Os sujeitos participantes da pesquisa são adultos inseridos a mais de três anos nas oficinas de geração de renda e trabalho de um serviço de saúde mental no interior do estado de São Paulo, que concordaram com as normas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi apresentado no primeiro contato com os sujeitos da pesquisa. As oficinas terapêuticas que atuam os participantes da pesquisa são de mosaico, papel e vitral. Os nomes utilizados são fictícios e foram escolhidos pelos próprios entrevistados, são eles:

- ▶ “Garota triste”, sexo feminino, 39 anos. Reside sozinha e trabalha há 16 anos na oficina terapêutica.
- ▶ “Jonatan”, sexo masculino, 40 anos. Reside com a mãe, tios e tias e trabalha há 20 anos na oficina terapêutica.
- ▶ “Nick”, sexo masculino, 48 anos. Reside com a esposa e o filho. Trabalha há quatro anos na oficina terapêutica.
- ▶ “Pinheiro”, sexo masculino, 68 anos. Reside com a esposa, netos, nora e filho. Trabalha há 32 anos na oficina terapêutica.
- ▶ “Jesiel”, sexo masculino, 53 anos. Reside sozinho. Trabalha há quatro anos na oficina terapêutica.
- ▶ “Pedro”, sexo masculino, 35 anos. Reside com a mãe e o irmão. Trabalha há 5 anos na oficina terapêutica.
- ▶ “Toninho”, sexo masculino, 60 anos. Reside com a esposa e filhos. Trabalha há 6 anos na oficina terapêutica.
- ▶ “Sérgio”, sexo masculino, 43 anos. Reside com os pais e irmãos. Trabalha há 5 anos na oficina terapêutica.
- ▶ “Eusébio”, sexo masculino, 62 anos. Reside no serviço residencial terapêutico

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 O significado do Trabalho

O significado do trabalho pode ser analisado como um elemento da realidade social que interage com variáveis pessoais e sociais que pode influenciar as ações das pessoas e a natureza da sociedade.

No decorrer do século XX o trabalho assumiu novas formas de organizações e configurações para modificar sua natureza. Os empregos permanentes e duradouros diminuíram e o surgimento de novas tecnologias e surgiram formas inovadoras de organização do trabalho. Apesar das transformações o trabalho ainda mantém um papel importante nas sociedades, e essa relação homem-trabalho está relacionada com as seguintes razões: o trabalho é importante para se relacionar com outras pessoas, para ter o sentimento de vinculação, para ter algo que fazer, para evitar o tédio e para se ter um objetivo na vida (MORIN, 2001).

As concepções de trabalho das pessoas com transtornos mentais estão em consonância com esse processo de criação histórico-cultural e associam-se aos interesses econômicos, ideológicos, políticos e sociais. Esses valores relacionados ao trabalho são adquiridos e devem se adaptar às diferentes circunstâncias e condições sociais. As possibilidades de alcance da inserção social e de melhores condições de saúde e qualidade de vida devem ser incentivadas nos serviços de saúde mental, visto que, ao proporcionar ao usuário a oportunidade de vivência e aprendizado em oficinas de trabalho e geração de renda, pretende-se incluir esses aspectos positivos à família e filhos, estendendo-se também à comunidade.

“O trabalho para mim é importante ajuda a manter a casa, comprar alguma coisa necessária, alguns remédios que não tem no posto. O meu salário é mínimo, mas Graças a Deus tá valendo” (Pinheiro).

“Trabalho é uma coisa significativa. Enobrece, dá orgulho, qualquer trabalho. A gente fica melhor, só sei que fico melhor da minha vida, de fazer alguma coisa, às vezes estou lá em casa, não vejo a hora de vir para cá, tenho compromisso (na oficina)” (Eusébio).

É observado nas falas o significado do trabalho nesse contexto da saúde mental, revelando que o trabalho é uma importante estratégia de bem-estar físico, psíquico e social.

O trabalho desempenhado nas oficinas terapêuticas configura-se como uma peça chave para a inclusão social, pois possibilita o desenvolvimento de ações e trabalho em grupo, o respeito às diferenças e à individualidade de cada participante, o agir e o pensar de forma coletiva, respondendo à proposta da reabilitação psicossocial (IBIAPINA et al., 2017).

“Trabalho significa produção remunerada, a gente faz amigos, distrai, instrui, passa de cargo para cargo, ele dignifica o homem, o trabalho para uma pessoa é uma coisa extraordinária que ajuda em vários sentidos da vida da pessoa, e todo mundo trabalha, a vida gira em torno do dinheiro certo? Com dinheiro você compra, gasta, ganha” (Jesiel).

A inserção da pessoa com transtornos mentais nas oficinas terapêuticas de geração de renda consolida a concepção de que nesse processo de inclusão social o trabalho é indispensável para a habilitação do sujeito com o desenvolvimento de aptidão para realizar as atividades, desperta a noção de suas capacidades e potencialidades, contribui para o resgate da autonomia, possibilita interação com o meio social com a construção de relações interpessoais e a prática do diálogo entre os técnicos do serviço, familiares e comunidade.

As oficinas terapêuticas de geração de renda funcionam como espaço terapêutico que se estabelece potencialmente em ambientes de convivência, onde são vivenciadas a subjetividade, diferenças, coletividade e singularidades. Percebe-se claramente nas falas dos entrevistados que as experiências individuais e coletivas ocorridas nos espaços das oficinas, durante os anos de trabalho, permitiram a esses sujeitos processarem diversos aspectos de suas realidades, principalmente, no desenvolvimento de uma atividade produtiva, os habilitando, assim como sugere a Reabilitação Psicossocial, através da construção e manutenção de contratualidades sociais que superam a lógica da normatização para a inclusão social.

Para tanto é necessário que a prática do cuidado seja vinculada aos conceitos norteadores, mesmo que alcançada muitas vezes pelos referenciais próprios, construídos no fazer cotidiano (RIBEIRO; BEZERRA, 2015).

O trabalho deve contemplar, além da geração de renda, que favorece a independência financeira, a ampliação da rede social, pois quando promove a extensão das relações interpessoais, o sujeito estabelece novas formas de se posicionar, através da atribuição de valores positivos e da constituição de relações de reciprocidade e aumento da contratualidade social (OLIVER et al., 2002). Esse processo foi citado pelos participantes da pesquisa:

“Eu fiz mais amizades tenho muita consideração pelos meus amigos e quando eu entrei nessa turma falaram que eu não ia conseguir, mas eu consegui. Hoje eu sei fazer de tudo, sei ensinar tudo, ensino todo mundo, apresento a oficina” (Garota Triste).

Além das relações interpessoais e sociais estabelecidas e desenvolvidas no cotidiano do trabalho nas oficinas terapêuticas de geração de renda, os entrevistados abordaram também a importância de expressão da subjetividade.

O homem, através do trabalho, se relaciona com a natureza, constrói sua realidade, insere-se em contextos grupais, desenvolve papéis sociais e promove a existência. Por viabilizar a relação dos indivíduos com o meio, o trabalho é uma incessante fonte de construção de subjetividade, produzindo significado da existência e do sentido de vida (ROHM; LOPES, 2015).

“Modifica por que às vezes tem coisas que a gente deixa trancado aqui pra gente e o trabalho da oficina ajuda se soltar um pouco e muita coisa que eu antes era muito trancado, levo na brincadeira por que tem que ser assim, né?” (Nick).

“O dinheiro não é tudo não, o elogio que a gente recebe, o trabalho que a gente faz, é gostoso aqui. Eu gosto de vim aqui, eu gosto de trabalhar aqui. Eu sinto que a gente é melhor que era antes, por que muitos falam “você é um artista”, eu que morei na roça muitos anos né, virar um artista assim, já pensou?” (Toninho).

Os profissionais da saúde mental também reconhecem a importância das oficinas terapêuticas para a expressão da subjetividade das pessoas com transtornos mentais, sendo este espaço reconhecido como promotor de potencialidades e habilidades, permitindo às pessoas envolvidas nesse trabalho a participação ativa e o protagonismo no seu processo de reabilitação psicossocial. A subjetividade transcende o concreto, desse modo, as oficinas devem ser compreendidas para além de um ambiente de entretenimento ou diversão, mas de um espaço coletivo terapêutico que promovem intervenção na subjetividade dos trabalhadores em um ambiente terapêutico saudável (FARIAS et al., 2016).

3.2 Relações Sociais em Outros Contextos

Faz parte da vida dos seres humanos o contato com o outro, as relações interpessoais são importantes para a pessoa se reconhecer. Essas relações podem ser afetivas, materiais, comerciais e até mesmo de poder. Estas trocas ocorrem em diversos espaços, nas ruas, nos bares, no mercado, nas escolas, no trabalho, nas instituições religiosas, de saúde, enfim em qualquer lugar onde existam mais de uma pessoa disposta a estabelecer trocas. A participação nessa troca com o outro, ou dos lugares onde essa troca torna-se possível constitui a chamada rede social (PINHO et al., 2013).

As redes sociais são as relações interpessoais significativas para o indivíduo e seus familiares. É a partir das redes sociais que o sujeito constitui sua experiência individual de identidade, de bem-estar, competência e autoria, incluindo os cuidados com a saúde e a capacidade de adaptação em uma crise (RIBEIRO, 2004).

As redes sociais têm significativa importância para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e deve ser abordada pelos profissionais e pelos serviços de saúde mental. Na construção das redes sociais é importante que o sujeito possa estabelecer relações de trocas mais amplas, além das relações familiares, compondo uma rede social diversificada. Frequentemente essa população encontra dificuldades para participar do mercado de trabalho, nesse sentido devem ser valorizados outros caminhos que promovam a inclusão social (SALLES; BARROS, 2013).

As oficinas terapêuticas se articulam com o conceito de rede social e contribuem com a reabilitação psicossocial pois há nelas a possibilidade de interação social com a cidade, com as pessoas através da circulação de seus produtos (RIBEIRO, 2004).

Nos discursos apreendidos foi possível perceber que as relações sociais em

contextos externos às oficinas são mínimas ou inexistentes, esse fato pode estar relacionado ao estigma e preconceito vivenciado pelas pessoas com transtornos mentais em espaços que não são protegidos, diferindo dos sentimentos descritos por eles sobre as relações afetivas construídas no trabalho nas oficinas.

“Fora do hospital? Não tenho não, sou fechado, não tenho ninguém não. Lá em Santos eu só tinha um amigo, ele era de carga e descarga, trabalhava com caminhão, nós saíamos a noite, fazíamos boêmia, só tive um amigo” (Eusébio).

“Não tenho tantos amigos que nem aqui. Eu entro no ônibus e meu coração separa e começo a chorar por que mais uma vez vou ter que voltar pra casa e deixar aqui. Que eu sou muito apegada nas pessoas e eu sofro com isso” (Garota Triste).

Apesar da importância das redes sociais na vida cotidiana, as pessoas com transtornos mentais nem sempre têm acesso a novos contatos, encontram dificuldades em formar e manter as redes, devido ao contexto social em que imperam a discriminação e o preconceito. A forma como essas relações se estabelecem reflete a maneira como a sociedade aceita e inclui essa população, e tem efeitos em como as pessoas com transtornos mentais se percebem acolhidas e pertencendo a sociedade (SALLES; BARROS, 2013).

A representação social da loucura é algo histórico, que remete ao início do processo de institucionalização do louco por uma sociedade injusta e preconceituosa, mediante a visão de incapacidade e periculosidade do mesmo. Mesmo com o movimento de desinstitucionalização com o intuito de romper com essa lógica de aprisionamento do louco, preconceitos permaneceram na mente social perpetuando-se a visão enraizada de diferença que é desenvolvida pelo senso comum, caracterizando-se enquanto a representação social da loucura: um paradigma que necessita ser desconstruído (JODELET, 2002).

“Na oficina sou valorizada, mas lá fora todos me tratam como se eu fosse anormal, louco sabe? Não posso pegar criança. Eles têm medo de eu machucar criança, e eu jamais ia machucar uma criança né? E eu vou refletindo o que eles “falou” e fico mal as vezes, aí depois eu pego e enfrento a vida. A coisa mais difícil é você não ter amigo, não poder contar com sua mãe, seu pai. Nenhum ajudou eu ser o que sou hoje, só (o trabalho) aqui” (Garota Triste).

Refletindo sobre a rede social restrita relatada pelos usuários das oficinas, pode-se intuir que esse comportamento visa evitar situações que lhes remetam aos processos estigmatizantes e excludentes a que estiveram e ainda estão sujeitos.

É possível perceber os sentimentos de abandono e isolamento social das pessoas com transtornos mentais, o que torna a rede social restrita e frágil, algumas vezes limitando-se à família e a contatos com outras pessoas com o mesmo problema (SALLES; BARROS, 2013).

O papel das oficinas terapêuticas, das equipes dos serviços de saúde mental e da sociedade deve ser de facilitadores da ampliação das redes sociais, local de relações, de expressão, de fala, de escuta. Deve ser um espaço construído nas relações sociais para além da própria oficina terapêutica, em contato constante com a comunidade

e em diferentes ambientes sociais. A partir das trocas afetivas, sociais e materiais desenvolvidas nessas relações que há também a habilitação do sujeito, favorecendo a inclusão e a participação social.

3.3 Independência Financeira e Autonomia

Autonomia nas práticas dos serviços de saúde mental é uma questão muito abordada, que se quer alcançar na proposição do trabalho, como recurso terapêutico. Comumente, a questão da autonomia nos processos de trabalho com geração de renda é discutida por meio dos princípios da economia solidária. Em relação à terapia ocupacional, a autonomia é um objetivo a ser alcançado com os sujeitos nos diversos contextos de prática, nas oficinas de geração de trabalho e renda, a autonomia vem sendo respaldada tanto pelos princípios da economia solidária quanto pelos pressupostos da reabilitação psicossocial (MORATO; LUSSI, 2015).

A economia solidária é caracterizada por um conjunto de atividades econômicas que tem como pressupostos o respeito ao próximo no que tange as formas de produção, o respeito ao ambiente, preço justo, propriedade coletiva dos bens e/ ou da mão de obra, participação democrática e autogestão, organização e distribuição igualitária de renda, entre outros conceitos. A economia solidária é marcada por processos coletivos e democráticos de decisão, que permite que todos os participantes tenham voz e voto em assembleias coletivas de decisões. Além disso, a economia solidária é uma resposta organizada à exclusão das pessoas que não correspondem às exigências do mercado. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica. É uma construção a partir das redes de trocas, das instituições financeiras, escolas, entidades representativas e demais atores sociais, que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade (SINGER, 2002).

O conceito de autonomia e independência financeira são observados nos discursos dos entrevistados ao relatarem experiências em que vivenciam a possibilidade de escolhas, o desejo e o acesso a esses desejos e a ampliação das trocas materiais e sociais. Evidenciam que estes conceitos são experimentados pelos trabalhadores das oficinas que se tornam protagonistas de sua vida.

“Eu compro coisas pessoais, roupas, um pouco eu ajudo em casa também, tem as despesas de luz, água. O que eu mais fiquei feliz foi algo que eu sempre desejei, é uma coisa simples, mas eu não comprava por que eu não conseguia juntar dinheiro, era um rádio CD que toca mp3, pegava o dinheiro e torrava tudo no primeiro instante com bobagens, então eu fiquei muito feliz quando consegui fazer isso” (Pedro).

“Eu compro as coisas pra minha casa, desde limpeza, coisa pra comer. Shampoo eu não uso não, uso sabonete” (Garota Triste).

Através da participação em cooperativas sociais de geração, os usuários são incentivados a sair da condição de usuário-objeto e é possível a criação de formas

concretas que produzam um sujeito político. Historicamente, percebe-se uma transformação teórica e cultural na atenção à saúde mental, do sujeito alienado, incapaz, irracional, a um cidadão protagonista, desejante, construtor de projetos, de cidadania e de subjetividade. Parte dessa construção tem sido possível, a partir dos pressupostos de Franco Basaglia, que sugeriu colocar a doença mental entre parênteses, criando possibilidades não de cura, mas de invenção da saúde, de reprodução social dos sujeitos (TORRE; AMARANTE, 2001).

“Eu procuro gerenciar meu salário com muito cuidado. A bolsa (remuneração) que eu recebo aqui ela é já colocada junto com o salário do mês, aí faço as minhas contas, eu e minha esposa fazemos a compra do mês, vê o que ta faltando em casa, vê o que precisa e compra, paga as contas direitinho e aí a gente vai levando a vida, tranquilo graças a Deus” (Nick).

“Com o meu dinheiro eu vou juntando, já comprei até uma televisão no Magazine Luiza. É de plasma, LCD. Acho que é 40 polegas, ou 42 é grande assim. Pega todos os canais. As vezes eu compro CDs, minha mãe paga pra mim de vez em quando com o cartão da FNAC, no shopping. Eu passeio, vou pro cinema” (Jonathan).

A partir dos pressupostos da economia solidária é possível entender que não é apenas a economia que é solidária, mas seus participantes precisam desenvolver características pessoais de participação social e uma nova cultura que envolva os aspectos relativos à solidariedade humana e respeito ao próximo. A economia solidária funciona por participação equitativa e democrática, seus membros devem exercer o pleno papel participativo no debate, cooperando com as ideias e construindo coletivamente o ambiente social e de trabalho. Ela também é marcada pelo bem comum, na busca que as decisões coletivas gerem aquilo que atenda a todos da melhor forma possível (BORGES; SOUZA, 2016).

“É um dinheirinho pra dar valor pras pessoas, tem uns que falam que tem que ganhar muito mais, que nem um salário mínimo a gente ganha, mas isso aqui não é uma indústria, não é uma fábrica, é uma comunidade, uma fraternidade, uma coisa assim de calor humano. É uma coisa que na parte psicológica ajuda muito” (Jesiel).

“Comecei a pensar no futuro, abriu perspectiva de outros objetivos que antes eu não tinha, agora to pensando em trabalhar fora também, vai ser difícil né. Por que aqui as vezes eu falto, dá para ligar e justificar né, lá fora não vai dar para faltar, fumar” (Sérgio).

A importância das cooperativas, das oficinas de geração de renda e trabalho e das associações que se baseiam na lógica da Economia Solidária é o significado que a venda das obras produzidas pelos usuários propicia a estes, na melhora da auto-estima, bem-estar, participação social, engajamento em atividade significativa, entre outros aspectos (BRASIL, 2005).

“Aqui tem uma certa liberdade que não é que nem um trabalho, que nem lá em São Paulo que você entra num escritório e só tem máquina, isso aqui é um paraíso, é um trabalho gostoso de se fazer, se comunicar, então eu acho que com o tempo já vai melhorando uma coisa ou outra, né?” (Jesiel)

As atividades desempenhadas são vistas como instrumento de enriquecimento

dos sujeitos, com a valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de diferentes possibilidades de ser, de acessos aos bens culturais e materiais, estendendo a valorização pessoal no contexto do trabalho e fora deste (LIMA; PELBART, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa evidenciou a percepção positiva que os trabalhadores das oficinas terapêuticas de geração de renda quanto à importância do trabalho que desempenham, associado à melhora da autoestima, aumento da participação social, contribuições pessoais e profissionais, como resgate da autonomia, em consonância com a proposta preconizada pela Reabilitação Psicossocial.

Os sujeitos entrevistados demonstraram envolvimento nas atividades desempenhadas com motivação intrínseca para tal e valorização das habilidades pessoais e coletivas. Estas ações viabilizam a resposta positiva do usuário em seu tratamento, empodera o seu papel de protagonista como trabalhador e como cidadão, aumentando sua contratualidade e seu poder de troca social, afetiva e material na sociedade.

Entretanto, o estudo também verificou a necessidade de ampliação das relações sociais para além dos espaços protegidos das oficinas efetivando o pleno exercício da cidadania e da inclusão social.

Os trabalhadores das oficinas terapêuticas ao se responsabilizarem pelo trabalho, assumem novas possibilidades de se responsabilizar por suas atitudes, perspectiva de vida. Ou seja, transformam-se ao transformar a matéria prima em produto final, transformando sua realidade, as formas de se relacionarem e se reinventarem cotidianamente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. T. de; TREVISAN, É. R. Interventions strategies within Occupational Therapy consonant with the transformations in mental health care in Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 299–308, mar. 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P.; BELLONI, F. Ampliando o direito e produzindo cidadania. In: PINHO, K. L. R. et al. (Eds.). **Relatos de experiências de inclusão social pelo trabalho na saúde**. São Carlos: , 2014. p. 15-20. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014. p. 15–20.

AZENHA, S. S. D. O internamento compulsivo e a representação da doença mental - Percurso histórico. p. 7, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2009.

BORGES, T. P.; SOUZA, M. T. C. C. OS ATORES DA ECONOMIA SOLIDÁRIA: UM ESTUDO SOBRE

A PERSONALIDADE ÉTICA. **Cadernos Gestão Social**, v. 6, n. 1, p. 29-42-42, 9 fev. 2016.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados**. Brasília: Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, outubro 2015. Disponível em: <<<https://goo.gl/ULv73a>>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011. . 2011.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

DE ARAÚJO, R. R.; SACHUK, M. I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **São Paulo**, v. 14, n. 1, p. 14, 2007.

FARIAS, I. D. DE et al. Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 12, n. 3, p. 147-153, set. 2016.

IBIAPINA, A. R. DE S. et al. Therapeutic Workshops and social changes in people with mental disorders. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

LIMA, E. M. F. DE A.; PELBART, P. P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 709-735, set. 2007.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155-170, mar. 2017.

MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. DE O. A prática do terapeuta ocupacional em iniciativas de geração de trabalho e renda: contribuição dos fundamentos da profissão e das dimensões da categoria trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 66-73, 24 abr. 2015.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. v. 41, n. 3, p. 12, 2001.

OLIVER, F. C. et al. Oficinas de trabalho: sociabilidade ou geração de renda? **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 86-94, 1 dez. 2002.

PÁDUA, F. H. P.; MORAIS, M. DE L. S. E. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicologia USP**, v. 21, n. 2, p. 457-478, 1 jun. 2010.

PINHO, P. H. et al. A Concepção dos Profissionais de Saúde acerca da Reabilitação Psicossocial nos Eixos: Morar, Rede Social e Trabalho dos Usuários de Substâncias Psicoativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 9, p. 29-35, jun. 2013.

RIBEIRO, M. C.; BEZERRA, W. C. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 301-308, 26 dez. 2015.

RODRIGUES, A. C.; YASUI, S. Oficinas de geração de trabalho e renda na atenção psicossocial: reflexões sobre um equipamento e suas produções de cuidado. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 20, p. 1-23, 2016.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 13, n. 2, p. 332-345, jun. 2015.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Social inclusion of individuals with mental health problems: building social networks in everyday life. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2129–2138, jul. 2013.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. DA. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 845–856, dez. 2017.

SINGER, P. **Introdução à economia solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2002. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonism and subjectivity: collective construction in the field of mental health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73–85, 2001.

ENSAIO TEÓRICO-PRÁTICO EM TERAPIA OCUPACIONAL: REINVENTANDO LUGARES E ESCOLHAS OCUPACIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Rita de Cássia Barcellos Bittencourt

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional - Universidade Federal de Sergipe- SE- Brasil

Luiz Antonio Pitthan

Graduado em Terapia Ocupacional - Terapeuta Ocupacional Centro Terapêutico Santa Maria - RS - Brasil

RESUMO: Ao versar sobre as escolhas ocupacionais de sujeitos acompanhados na oficina de Terapia Ocupacional, num CAPS II, essa pesquisa analisa entrevistas semiestruturadas, pelo viés hermenêutico. Concluindo que as ocupações terapêuticas facilitam os vínculos sociais e papéis ocupacionais.

INTRODUÇÃO

No arco temporal de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, a partir da emergência da Lei nº 10.216/2001, teve início o desenvolvimento de recursos assistenciais de base territorial, ofertados em estruturas não manicomiais, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS destinados a dar suporte a Redes de Atenção Psicossocial-RAPS,(BRASIL,2011), desse modo a atenção

psicossocial, como aparato de cuidado, foi proporcionando aos usuários ações para a reconstrução da cidadania, autoestima e a interação com a sociedade. (Amarante, 2007; Oliveira, Ataíde, Silva, 2004).

Pensando a condição do sujeito do gênero masculino com sofrimento mental, seria possível construir especulações sobre quais seriam as complexidades advindas dessa condição humana, numa sociedade sexista, Olinto(1998), quais seriam as repercussões na demarcação de lugar social na vida desses homens; levando em conta, a complexidade ético-clínico-política da produção de cuidados para a pessoa com sofrimento psíquico, perpassada por artefatos de subjetivação clínica, na perspectiva da RAPS.(Bittencourt e Marinho. Orgs. 2016).

No contexto da reforma, os CAPS oferecem espaços plurais com oficinas terapêuticas, Ribeiro (2004) afirma que as oficinas se sustentam como catalisadores da produção psíquica dos sujeitos, se ressaltando que, historicamente, os terapeutas ocupacionais, são os profissionais com acúmulo de expertise sobre o “fazer humano”, em função do estudo da ocupação humana. De Carlo e Bartalotti (2001)

Assim, o estudo de base, para esse ensaio, foi organizado com o objetivo de compreender as escolhas ocupacionais dos usuários do

gênero masculino, num CAPS do tipo II, da região sul brasileira, para pensar quais seriam os motivos que levaram os usuários a procurar pela oficina de culinária “Delícia para todos”, um espaço terapêutico misto, em termos de participação de gênero, que quase se tornou masculina, dado a procura dos homens para ingressar nessa oficina. O que os sujeitos estariam buscando, além de desenvolver a arte culinária naquele espaço, o que de fato essa ocupação poderia lhes proporcionar para além de meramente ocupar o tempo?

De um modo geral, por questões que envolvem a resiliência, o sujeito com sofrimento mental grave, geralmente resiste ao contato com o grupo, uma vez que as suas relações são marcadas por formas simbólicas de lidar, com códigos linguísticos singulares, a partir de uma relação que deixa fora a contratualidade social, e o “epicentro-linguageiro-psicótico” situa-se muito distante do sentido compartilhado pela comunidade. (Bittencourt, 2012). Desse modo, na direção de uma compreensão mais ampliada de si mesmo e do usuário, o trabalho do terapeuta ocupacional, com sujeitos com profundo sofrimento mental, requer um descolamento dos modelos prontos, uma disponibilidade de abrir-se à criação e à arquitetura de movimentos que privilegiem a intersubjetividade, recompondo possibilidades do desejo no outro o usuário, a família e, ao fazê-lo desvendam-se trilhas no próprio repertório terapêutico, permitindo ao profissional transformar-se tanto na dimensão profissional, quanto na dimensão estético-poética- pessoal. (Pereira, 2003)

Para tanto, Benetton (1994) sugere que é possível detectar propostas que instituem a ligação entre o pensar e o fazer, entre o estar e o ser, entre o estar para fazer e o fazer para o ser e o sentir. De modo singular, a Terapia Ocupacional é uma ciência que conduz a resposta do sujeito na direção de estratégias para re/estabelecer a potência vida criativa-expressiva-produtiva, que possibilita produções significativas para o próprio sujeito, em seu ambiente. Assim, a conexão sujeito-expressão-ocupação se desenvolve a partir da relação que se estabelece entre as escolhas e experimentações ocupacionais, as aquisições de habilidades de cada sujeito, onde o ele é executor e, ao mesmo se transforma pelo seu fazer, de modo que as informações coletadas e, observadas durante o fazer, funcionam como ferramentas para o ajuste e redirecionamento do ser-no-mundo.

A partir do eixo formativo, o terapeuta ocupacional tem como balizamento teórico para pensar a ocupação, o humanismo e a centralidade na complexidade do sujeito, a vida sócio-laboral e as redes de pertencimentos no cotidiano de cada um, e considera as ocupações de vida diária e vida prática (AVD, AIVD e AVP), como produtos e meios de expressão de cada sujeito, realçando suas escolhas, preferências e singularidades. (Chamone Jorge, 2001). Além disso, busca-se compreender as relações que o ‘*sujeito em ocupação*’ estabelece com a sua própria vida, saúde e entorno social. (Medeiros, 1989). Quando o usuário amplia o entendimento de sua própria subjetividade, existe a possibilidade de o sujeito repensar-se, refazer-se internamente, reconstituindo dessa maneira a sua auto-imagem, melhorando a relação consigo mesmo e, possivelmente

com os outros . (Bechelli e Santos, 2006).

Avançando na esteira compreensiva das ocupações e mediações práticas , Castro e Silva (1990) aponta para uma forma de percepção do uso da ocupação terapêutica, pressupondo um processo criativo que promove o contato com os aspectos subjetivos e objetivos da realidade do sujeito. Desse modo, a dimensão filosófica da Terapia Ocupacional não pode ser compreendida de modo reducionista, como um instrumento de intervenção para controle e eliminação do mal estar psiquiátrico, antes ela contribui para a emancipação dos sujeitos, a partir dos resgates do desejo, rearranjos em seu cotidiano, ensaios e vivências que estimulam a participação social na vida real individual e coletiva, considerando a intersubjetividade de maneira mais interessante, aberta, e criativa, como nas vivências da oficina “Delícia para todos”.

O preparo de alimentos emergiu como algo interessante e desafiador, uma vez que o ato de cozinhar, experimentar e provar receita das famílias, boa parte delas das tias e avós, outras novas(inventadas) , funcionou como o elo de ligação no grupo. Maciel (2005) sugere que a “comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se”, portanto, nessa trilha de pesquisação foi fundamental acompanhar os usuários nas ocupações que envolviam atividades de preparo dos alimentos, saborear os resultados, contornar as dificuldades, organizar e higienizar a cozinha no decurso da oficina. Enfim, esse acompanhamento foi fundamental para compreender os sentimentos que atravessavam os sujeitos durante as etapas da ocupação, os fazeres e afazeres da oficina de culinária, e como as etapas despertavam protagonismos, vivência de novos papéis, sentimentos e percepções.

APORTES METODOLÓGICOS

Percurso teórico : O desenho investigativo desse ensaio foi constituído a partir da metodologia qualitativa, numa aproximação com a pesquisação preconizada por Thiollent(2011), permitindo ao pesquisador estar no “terreno”, nos contextos de ação para realizar a investigação. Minayo (2010), relata que esse tipo de investigação requer algumas atitudes fundamentais: “a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”. As ferramentas consideradas essenciais para a harmonização dos vértices de suporte teóricos, foram as construções de Richardson(2017) para a aplicação das entrevistas semi-estruturada, onde a produção textual foi interpretada a partir de um endereçamento hermenêutico. O sujeito que compreende não sabe e nem julga a partir de “um simples estar postado frente ao outro sem ser afetado, mas a partir de uma pertença específica que o une com o outro, de modo que é afetado com ele e pensa com ele”, Gadamer, (2008, p. 425).

Cenário: As atividades foram desenvolvidas no espaço onde funciona simultaneamente a cozinha e o refeitório do CAPS II, de uma cidade na região central

do Rio Grande do Sul, a partir da implantação do Estágio Curricular de Saúde Mental da graduação em Terapia Ocupacional, do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Os autores desse ensaio atuavam, respectivamente, como docente responsável e proponente do estágio e o outro como estagiário, do Estágio Profissional na Secretaria Municipal de Saúde na cidade, sendo responsável pela coleta das entrevistas, dentre outras informações captadas. O nome “Delícia para todos” foi escolhido pelos próprios usuários para a oficina.

Aspectos Éticos: As observações, inferências e entrevistas foram realizadas individualmente, por um período de 40 a 60 minutos. A amostra foi escolhida num total de 12(doze) participantes, selecionados dentre os mais assíduos da oficina e que desejavam participar das entrevistas, tendo finalizado somente 03(três) usuários, os quais no período de coleta não se encontravam em situação de crise, atendendo aos critérios concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme os aspectos éticos de registro no Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº de registro CAAE 30554314.4.0000.5346 .O processo de síntese analítica dos resultados coletados, ocorreu após a realização de todas as entrevistas, considerando o viés hermenêutico, Gadamer, (p. 12).

RESULTADOS:

A seguir, estão apresentadas as categorias criadas para dar corpo à oficina, objetivando o desenvolvimento das habilidades psicoafetivas, relacionais, psicomotoras, percepções adormecidas e espírito de participação e pertencimento grupal. As iguarias produzidas, obedeceram aos critérios de higiene e apresentação acordados pelo próprio grupo, de modo que eram compartilhados (saboreados e disputados!) pela equipe multidisciplinar, sem exceção de categoria funcional, sendo também servidos para o lanche de todos os usuários do serviço, nos eventos do serviço e demais comemorações.

Processos criativos na oficina: as invenções em Terapia Ocupacional.

Dispenseiros:

Um estudante e um usuário tinham a função de controlar a validade e quantidade dos gêneros alimentícios fornecidos pela prefeitura, além de planejar as receitas a serem executadas na semana subsequente, garantindo a discussão para estimulação da opinião, desejos e escolhas, memórias gustativas e culturais de cada usuário. Nesse sentido a mini equipe de “dispenseira-TO e a assistente-usuária” eram responsáveis pelo cardápio, de modo que elementos perecíveis ou mais onerosos eram partilhados no grupo, também havia a ideia de utilizar as colheitas da horta terapêutica do serviço, conjugando o que havia na dispensa, com o período do mês (quando os usuários poderiam comprar outros gêneros alimentícios que comporiam as próximas receitas), além do período da safra da horta. Essa mini equipe também cuidava do agenciamento do rodízio para a lavagem dos panos de prato e demais pertences da oficina.

Rondante-retratistas: Havia uma estagiária (nem sempre havia um usuário interessado em fazer parte dessa mini equipe, provavelmente pela necessidade de domínio da escrita e das mídias digitais). Essa mini equipe era responsável pelas fotos, anotações, coleta de assinatura das participações, registros de um modo geral, além de detectar os momentos em que uma etapa requeria maior engajamento de outros usuários das demais mini equipes. Captava as cenas da oficina que fossem significativas, a fim de demarcar cada participação, cuidando para evitar riscos, com facas e demais utensílios expostos. Outra atividade importante da equipe rondante era efetuar serviços extras que transcorriam de modo a participar na ambiência do serviço, acompanhar algum usuário que se sentisse indisposto durante a oficina, atender a alguma solicitação da equipe ou de familiares e usuários que necessitassem da cozinha naquele momento. Essa mini equipe também era responsável pelo som ambiente, que sempre estava baseado na escolha de usuários, estagiárias e docente. Nos momentos de espera no preparado (descanso de massa, assar, ou cozimento), eram lançadas as coreografias daquele prato (uma espécie de dancinha), onde cada participante tinha que inventar um passo para significar o prato que estava sendo preparado ou o momento que o grupo vivenciava, todos nós “curtíamos” esse momento. As rondantes e o restante dos participantes, por solicitação da docente criaram um livro personalizado de receitas, que foi disponibilizado para os usuários e seus familiares, a fim de estimular a autonomia cotidiana. A rondante também se responsabilizava pela “Hora do sacrifício”, etapa criada pelos usuários, ao fazer menção a um programa de culinária local, que apontava como a “Hora do sacrifício” o prazeroso momento da degustação daquilo que tinha sido produzido pelo grupo.

Foguistas:

Um estudante e um usuário tinham a função de cuidar e controlar o uso do fogão, forno elétrico e micro-ondas. Assim, essa mini equipe cuidava da cocção dos alimentos, além de garantir que não ocorresse problemas de falta da botija de gás, acidentes com panelas e formas de bolo quentes etc. Havia um código de segurança, quando algo saía do fogo ou do forno ficava circundado por toalhas e panos de prato secos e limpos, assim todos sabiam que se uma peça estava envolta em pano seco e limpo ela estaria muito quente. Também era feito um cordão de isolamento quando o forno era aberto e o código “panela quente, panela quente, panela quente” era entoado!!! garantindo a atenção de todos, a equipe de “foguistas” dizia ao grupo com orgulho que nos 6 anos de atividades d oficina, (início de 2012 à dezembro de 2017), o grupo jamais teve qualquer acidente.

Higienizadores nas AVDs:

Uma mini equipe composta por um estudante e um usuário tinham a função de cuidar da higiene, o estagiário verificava as condições de higiene e cuidados pessoais de cada componente da grande equipe, tanto dos usuários quanto dos demais membros. Essa verificação de todos os participantes (incluindo docentes e estagiários) era feita no início das atividades, com uma fila de lavagem das mãos e escovação de unhas (prender os cabelos, corte de unhas, indicação de corte de barbas e uso de desodorante, se necessário), o usuário ficava responsável pela colocação de toucas, aventais (luvas de manipulação, caso necessário e disponíveis), higienizar o local antes e depois do início da oficina, quanto durante os preparos, garantindo a limpeza das louças, aventais, equipamentos e utensílios. Ao término da atividade essa mini equipe ficava responsável pela limpeza local, para entrega do refeitório limpo e adequado para o almoço de todos.

Preparadores:

Eram as duas bancadas mais movimentadas da oficina, as bancadas da preparação, nessas bancadas haviam dois estagiários, subdivididas em: preparação 1 e preparação 2.

Preparação 1; essa mini equipe era composta por uma estudante e os(os) usuários interessados em molhos e pequenos lanches (principalmente salgados), cortar legumes, triturar temperos, processar no liquidificador, batedeira, mas também trabalhavam em cooperação com a bancada 2, quando era necessário enrolar docinhos, polvilhar, açucarar doces etc.

Preparação 2: uma mini equipe composta por uma estudante e usuários com vontade de conhecer a manipulação das massas pesadas e leves, preparo de pratos salgados e doces, tendo como apoio à equipe 1.

Um exemplo da sincronia alcançada é que ao bater a massa de um pão, sovar e deixar descansar, uma equipe poderia adiante observar a outra equipe responsável pelo recheio e pela ornamentação, depois cocção e o servir, tornando possível que cada membro das mini equipes pudessem apreciar a elaboração das receitas, em algum momento do fazer.

Supervisores: Os dois autores desse ensaio se revezavam na supervisão e execução de tarefas na oficina, de acordo com as necessidades e demandas.

Quadro 1. Fonte: Projeto Estágio Supervisionado Terapia Ocupacional em Saúde Mental. UFSM, 2012/2017.

Processo analítico: A análise textual dos discursos coletados gerou um corpus analítico, as falas dos usuários sem correção gramatical, permitiram a captação de unidades de significação. Os fragmentos selecionados foram precedidos de uma numeração e ordenados com designação alfabética. Alguns excertos do corpus estão apresentados a seguir:

Corpus analítico.

<p>------(Usuário 1)----- --</p> <p>a-“Eu venho para o CAPS porque aqui eu me sinto pertencendo a um grupo, aqui eu me sinto bem, não gosto de ficar sozinho em casa, aqui o grupo me aceita como eu sou, tem um ambiente bom”.</p> <p>b- “A minha cunhada me trouxe pro CAPS, porque eu não fazia nada, e ela disse que eu tinha que aprender a fazer coisas”.</p> <p>c-“Eu venho todos os dias pro CAPS pra participar das oficinas, do grupo de desenho e pintura, porque eu gosto de estar com as pessoas.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pertencimento Grupal / Aceitação Grupal -Ócio/Desempenho Ocupacional -Cotidiano/Oficina/Sociabilidade
<p>------(Usuário 2)----- --</p> <p>a- “Em todos os lugares que eu vou as pessoas acham que eu sou louco e me tratam mal, no grupo do CAPS eu me sinto igual a todos, não me excluem, aqui eu me sinto participando de um grupo e me sinto bem.”</p> <p>b -“Fui morar com meu tio aos quinze anos, mas tinha muitas brigas, e comecei a ter surtos de violência e tinha que ser contido na cama”.</p> <p>c -“A sociedade não ajuda quem tem problema mental, quando entra em crise manda logo internar no hospício”.</p> <p>d - Eu acho que alguém tinha que fazer alguma coisa pra ajudar a gente, arrumar um serviço pra gente poder se integrar e melhorar a nossa vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estigma/Igualdade/ Inclusão/participação -Agressividade/ Surtos/ Contenção mecânica -Problema mental / Hospício -Inclusão Social / Protagonismo/ Vida
<p>------(Usuário 3)----- --</p> <p>a- -“A oficina de culinária pode ajudar muito na minha vida”, porque eu posso aprender novas receitas e ajudar em casa.</p> <p>b - Eu só “ficava só em casa”, nunca saia, ficava isolado da sociedade.</p> <p>c – Eu brigava muito e quebrava as coisas dentro de casa.</p> <p>d – Eu gosto de participar de todas as atividades porque me deixa calmo e tranquilo.</p> <p>e – Eu procurei pela oficina de culinária porque pra mim é uma terapia, essa ocupação me deixa calmo.</p> <p>f – A culinária me coloca no mundo do serviço, me motiva a fazer todos os serviços em casa e ajudar a minha mãe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Expectativa de vida/ Aprendizagem -Isolamento social -Violência -Participação -Terapia/Ocupação/ Catarse - Identidade ocupacional/Motivação

Quadro 2. Fonte: Pesquisa de campo CAAE 30554314.4.0000.5346, UFSM.

SÍNTESE DISCURSIVA

Foi observado que a oficina fez emergir sentimentos, reflexões e olhares acerca do si mesmo e do outro, além de restabelecer a convivência, incentivando aos sujeitos a se sentissem parte do processo de gestão dos afazeres cotidianos, estimulando novas

escolhas, possibilitando-lhes dar novo sabor à vida, repensar a própria autonomia, planejamento e participação mais ativa na vida familiar e social.

No espaço tempo da oficina, os usuários tiveram a liberdade de expressão, a partir da discussão grupal, expressando as suas alegrias e conflitos, além de aprenderem a realizar as atividades de culinária, de higiene e auto-cuidados, transportando este saber/fazer para a vivência domiciliar, possibilitando o compartilhamento dos conhecimentos adquiridos com os familiares e amigos.

As oficinas na perspectiva, da Terapia Ocupacional, são espaços que tem potencialidade para o surgimento de experiências agregadoras, ricas em estímulos motores, sensoriais e cognitivos. As atividades grupais elaboradas dentro do contexto terapêutico ocupacional, conduzidas com cuidado e manejo clínico, favorecem para que os participantes sejam afetados pelo clima de inclusão e espírito de coletividade. São mãos que se entrecruzam no encontro dos sujeitos no grupo, podendo estender-se para outras redes de sentido relacional do sujeito, formando pontos de conexão subjetivos e objetivos, os quais podem ser exercitados na reconstrução da autonomia na vida cotidiana. MAXIMINO(2001)

Logo, na ciência da Terapia Ocupacional, as ocupações possibilitam ao sujeito “ser reconhecido e se reconhecer por outros fazeres”, Castro (2001), a pessoa que realiza ocupações, em seu processo de concentração para a ação, tem a possibilidade de reunir fragmentos de suas experiências e transformá-las em novos elementos, ampliando sua vida prática e concreta e complementando-a com conteúdos pessoais. A realização das ocupações possivelmente instrumentaliza o sujeito na reconstrução e organização do cotidiano, considerando a perspectiva funcional de estruturação, a capacidade e autonomia para a vida, como elementos que configuram as redes de sustentação e constituição da autonomia e das redes de interdependência.

As ocupações terapêuticas podem funcionar como forma de expressão da contratualidade humana, ao representar um compromisso com a existência, e promover trocas simbólicas e sociais para a ruptura com o isolamento e a invalidação dos sujeitos. O ato de realizar as etapas integrantes de uma ocupação promove mudanças de atitudes, pensamentos e sentimentos, restabelece de maneira sutil, o equilíbrio emocional e atua na estruturação da relação tempo/espaço (LIMA, 1997).

A oficina de culinária se consolidou a partir do reconhecimento sócio-psico-ocupacional de que essa ocupação apresenta possibilidades de reorganizar memórias, experiências, afetos e histórias, as quais fazem parte do cotidiano da maioria das pessoas no contexto familiar. Remontando a etapa da infância, do convívio com a família, além de estimular a autoestima e autonomia, ou em última análise, na ausência de boas memórias dessa fase, recompôr o mosaico psicoafetivo com novos fazeres.

Do ponto de vista antropológico, o ato de comer pode ser considerado uma ocupação humana imemorial, não só por sua frequência e importância, mas também por possibilitar a reunião de sujeitos para compartilhar uma refeição ao longo da história da civilização humana, tomando como ponto a reunião, esta pode favorecer

um tipo de socialização que transcende a simples repetição desse ato (DITZ, 2006).

Diante dos significados, que o alimento tem na vida dos sujeitos, é possível inferir que a oficina de culinária funcionou como um potente recurso que possibilita aos participantes resgatar elementos que fizeram parte de sua história de vida, compartilhando-os com os demais integrantes. Ao mesmo tempo em que a oficina foi plural, trouxe à tona a marca da particularidade dos sujeitos nela envolvidos.

As atividades como a arte culinária, por exemplo, permitem a organização de sequências de tempo e espaço, trazendo a possibilidade de concretizar e dar forma às conexões sujeito-ambiente, atuando em oposição ao vácuo atemporal do processo de exclusão. Assim, pelas ocupações é possível a criação de novas possibilidades de aprendizagem, propósitos e habilidades, garantindo formas múltiplas de ação - expressão, auxiliando na recomposição de novas formas de viver.

Para compreender as interações que se estabelecem entre os participantes no decorrer da oficina, Dittz (2006) citando Mailhiot, considera que o trabalho com grupos constitui um conjunto de relações que se encontra em constante movimento, sendo que o grupo possui uma dinâmica que inclui a construção de norma; a comunicação, a cooperação e a competição; a divisão de tarefas. É na interação face a face que os integrantes do grupo se apreendem mutuamente, vivenciam e partilham a mesma situação, possibilitando que ocorra a mudança em seus repertórios sócio-psico-ocupacionais.

Não obstante, o movimento de transformação da assistência em saúde mental brasileira, os usuários com sofrimento mental ainda experimentam a marginalização e exclusão social; desse modo a Terapia Ocupacional como uma prática clínica, está pautada na inclusão, a partir da dimensão sócio-psico-ocupacional, onde a realização de ocupações é a ferramenta de “mediação-abordagem-intervenção” que visa à promoção do bem estar e as trocas sociais, para a superação do modelo de saúde sustentado na dimensão “patologizante”, de modo a redirecionar o ethos clínico-político para as liberdades, as escolhas pessoais e os modos singulares do viver.

Nessa medida, em Terapia Ocupacional a realização das ocupações estão intrinsecamente vinculadas aos contextos de vida e saúde de cada sujeito, contextos de realização da ocupação, os sentimentos que ela evoca, o toque nos materiais, a relação com os resultados e etapas do processo ocupacional. Assim, a partir da realização da ocupação é possível evidenciar as experiências que ficaram destituídas de sentido e significado para o sujeito, ou criar novos sentidos e significados para as experiências vividas e, mais ainda, esse ocupar-se permite agenciar outras dimensões da subjetividade humana. De forma que ao realizar ocupações terapêuticas, o sujeito rompe a cadeia de pensamentos mórbidos e dolorosos, se permitindo transitar noutras lógicas e perspectivas ideativas, as quais são plasmadas, tanto no grupo social que desenvolve a mesma ocupação, quanto nos “insights” individuais provocados pela imersão (viagem do fazer) proporcionada pelas etapas da ocupação. Nesse sentido, a pessoa que participa ativamente das trocas, a partir da vivência nos diferentes papéis

ocupacionais que a oficina proporciona, experimenta outros níveis de desempenho e trocas ocupacionais.

Dentre os objetivos que sustentaram a prática da terapia ocupacional, na oficina terapêutica “Delícia para todos”, se destacam a recomposição do pragmatismo, a reorganização das atividades básicas e instrumentais de vida diária e vida prática (ABVD e AIVD), as experimentações de integração sensorial e estimulação senso-perceptual (auditiva, gustativa, visual e tátil), as trocas de experiências a partir das evocações mnêmicas dos fazeres familiares e cotidianos de cada sujeito, a partir da realização daquelas ocupações feitas no próprio domicílio, as quais resgataram as vivências afetivas, a experimentação de novas demarcações sociais, vivenciando papéis sócio ocupacionais diferente do papel social de “louco”, contribuindo para a (re)integração social. (Cunha; Santos, 2009).

O acompanhamento na realização da ocupação fornece ao terapeuta ocupacional subsídios para o entendimento da diversidade entre os sujeitos, as múltiplas experiências que permeiam o processo ocupacional, incluindo formas, concepções e modos do fazer, de compreender a ocupação e o mundo, para além dos processos de sofrimento mental que provocam fraturas na participação social do sujeito.

Vale ressaltar que a participação ocupacional e a inclusão social não acontecem apenas pelo fato do sujeito estar no ambiente com outras pessoas, mas sim a partir da cinética das interações, aceitação e adesão aos movimentos grupais de integração, o respeito às diferenças e aos modos de participação e acolhimento. FERRARI (1991). Assim, incluir não é meramente colocar junto ou negar as diferenças, mas reconhecê-las e respeitá-las como diversidade e subjetividade constitutiva do fazer humano. Cabendo, portanto, contextualizar a intersubjetividade resultante das diferentes perspectivas de tempo-espço, sujeitos-projetos singulares, reconhecendo-os no transfundo das relações pessoais/ relacionais/ ocupacionais, de modo a inferir-se que, seria justamente no espaço-tempo da oficina que o sujeito pode se reconstituir ou refazer os percursos para readquirir novos contornos e sentidos existenciais.

CONCLUINDO

Para os usuários da oficina essa ocupação proporcionou possibilidades de relaxar, brincar e expressar espontaneamente os seus sentimentos, sem temor de serem julgados, como geralmente ocorre nas cozinhas das famílias. No dizer de alguns deles “eram só uns caras inventando e fazendo umas receitas”. Desse modo, estavam orgulhosos quanto ao resultado das receitas, ao serem apreciadas por todos, inventavam nomes, a exemplo de uma receita que deu errado, apelidaram de “creme do Shreck”, porque a receita do creme para a sobremesa (pelo abuso de corante comestível) ficou meio esverdeada, assim fizeram a alusão ao personagem do “ogro desajeitado” de desenho animado. Com aquela atitude eles resgatavam relações resilientes com o sucesso e o fracasso, de forma que naquele espaço/tempo

compartilhavam emoções e interagiam uns com os outros, aceitando e tolerando. Também podiam repetir em suas casas as receitas favoritas, alguns que moravam sozinhos se sentiam protagonistas, na gestão de sua própria vida, interagindo com amigos, ampliando ou resgatando laços e papéis sócio-familiares.

A partir das ocupações desempenhadas foi possível (re)estabelecer estreitamento de vínculo entre os usuários da oficina com os demais usuários, profissionais, estagiários e demais membros da equipe, o que possibilitou qualificar a assistência, a partir da relação de confiança empreendida.

O fato é que esses usuários se sentiam atraídos por esse lugar, por ser um espaço doméstico e acolhedor, permeado de odores familiares e lembranças de um tempo sem sofrimento. Dessa maneira, a constituição da qualidade de vida no enredo cotidiano está relacionada às estratégias de transformação dos sujeitos e a capacidade concreta destes em lidar com a realidade, indo desde o desempenho das ocupações mais elementares de auto-cuidado nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e vida prática (ABVD e AIVD), visando satisfazer as exigências e necessidades interpessoais, até as demais esferas mais complexas que compõem a autonomia no cotidiano do sujeito comum.

Por derradeiro, essa análise evidenciou que mais do que ocupar o tempo, a interação estabelecida entre os sujeitos naquela ocupação favoreceu a troca de afetos, experiências, a construção de nova identidade sócio ocupacional, se mostrando significativa para o enfrentamento e a superação de dificuldades na expressão do “si mesmo” e mediação de conflitos interpessoais. Essa ocupação terapêutica emergiu como um recurso que possibilitou aos sujeitos resgatar elementos afetivos adormecidos, a autonomia e suas histórias de vida, para o desenho de novas perspectivas de vida e saúde mental. Isto posto e, levando em conta a especificidade do terapeuta ocupacional, não seria ousado asseverar que esse ensaio afirma a missão sócio-política-institucional dessa profissão, cujo rizoma ético-científico-filosófico está fulcrado na ocupação humana.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.
- BEHELLI, L. ; SANTOS, M. **Transferência e psicoterapia de grupo**. Revista Latino-Americana De Enfermagem, 14(1), 110-117, 2006.
- BENETTON, M. J. , **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental**. Tese de Doutorado. UNICAMP, 1994.
- BITTENCOURT, R. C. B. **Historiografia de pessoas com transtorno mental severo na perspectiva de suas vivências escolares**. Tese de Programa Doutorado em Educação. UDM -Viña Del Mar. Chile, 2012.
- _____;MARINHO,L.C.P.(orgs.)**Delicadas tecituras: A construção de uma rede de saúde mental**. Curitiba,CRV,2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial

da União, 2011.

CASTRO, E. D; SILVA, J. G. **Processos Criativos e Terapia Ocupacional**. Revista de Terapia Ocupacional. 1(2),USP, São Paulo, 1990.

CASTRO, E. **Atividades artísticas e Terapia Ocupacional: criação de linguagens e inclusão social**. Tese de Doutorado. ECA/USP,São Paulo, 2001.

CHAMONE JORGE, R. **O objeto e a especificidade da TO**. Belo Horizonte: GES TO, 2001.

CUNHA,A. C. F. ;SANTOS,T. F. **Utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar,v. 17, n.2,Jul-Dez, p 133-144. São Carlos, 2009.

DE CARLO, M.M.R.Prado; BARTALOTTI, C. C, **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: PLEXUS, 2001.

DITZ, ES, MELO DCC, PINHEIRO ZMM. **A Terapia Ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família**. Rev Ter Ocup Univ São Paulo, 2006.

FERRARI, M.A.C. **Kielhofner e o Modelo de Ocupação Humana**. Rev. Ter. Ocup.USP.vol.02,nº4, 1991.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método I**. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

LIMA, E. A. **Clínica e criação: a utilização de atividades em instituições de saúde mental**. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC/SP, 201 pp. Dissertação de Mestrado,1997.

MACIEL, M. E. **Olhares antropológicos sobre a alimentação identidade cultural e alimentação**. in: CANESQUI, AM., and GARCIA, RWD., orgs. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. [online]. Antropologia e Saúde collection. 306 p.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MAXIMINO, V. S. **Grupo de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001.

MEDEIROS, Maria Heloisa. **A Terapia Ocupacional como um saber: Uma Abordagem Epistemológica e Social**. (Dissertação de Mestrado). UFSCar, 1989.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criocupação** . 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLINTO, M. T. A. **Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise**. Rev. Bras. Epidemiologia. Vol. 1, Nº 2, 1998.

PEREIRA, M. A. O. **A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção**. Ribeirão Preto, Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, 2003.

RIBEIRO, R. C. F. **Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial**. In Costa C. M.; Figueiredo A. C. (orgs), **Oficinas Terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. P. 105-116. Rio de Janeiro, 2004.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM POSTURAL EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON (EAIP-DP): ESTUDO PILOTO

Milena Velame Deitos

Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Federal da Bahia; <http://orcid.org/0000-0002-1884-1559> Salvador - BA

Karen Valadares Trippo

Fisioterapeuta, Doutoranda em Ciências da Saúde - UFBA, Docente da Universidade Federal da Bahia – UFBA; <http://orcid.org/0000-0002-0182-0129> Salvador – BA

RESUMO: Introdução: Indivíduos com Doença de Parkinson (DP) podem ter capacidade perceptiva alterada sobre seu próprio corpo, o que pode repercutir em uma percepção alterada da imagem postural (IP). **Objetivo:** Aplicar a Escala de Avaliação da Imagem Postural – Doença de Parkinson (EAIP-DP) em indivíduos com DP de modo a verificar a viabilidade do uso desta para avaliar a IP nessa população. **Metodologia:** Pesquisa exploratória, transversal, descritiva, estudo piloto. Dez indivíduos com DP responderam à EAIP-DP e ao questionário “A Minha Imagem Corporal” (MIC), e foram avaliados por fotogrametria pelo Software de Avaliação Postural Computadorizada (SAPO) nas posturas sagital direito e frontal. Foram comparadas as respostas da EAIP-DP e os resultados angulares do SAPO, classificando as comparações em “semelhante” e “não semelhante” em relação à posição da cabeça

no plano sagital e do tronco nos planos sagital e frontal. **Resultados:** Dos indivíduos avaliados, 50% apresentaram alteração da IP, com respostas “não semelhantes” em pelo menos dois dos três aspectos avaliados, e 70% tiveram percepção do nível médio de deformidade pela EAIP-DP. Na MIC, os domínios negativos foram: deslocar-se rapidamente (60%), dançar (80%), jogar (60%), atratividade (60%), assustado pela doença (80%) e pela incapacidade (80%). **Conclusão:** A EAIP-DP demonstrou viabilidade para avaliar a imagem postural na DP, apresentando resultados coerentes com a literatura, além de ser de fácil aplicação e compreensão. Notou-se a necessidade de ajustar a escala para melhorar a diferença angular entre as imagens. São recomendadas pesquisas futuras que contribuam para o ajuste e validação da EAIP-DP.

PALAVRAS-CHAVE: imagem postural, avaliação, doença de Parkinson

ABSTRACT: Background: Individuals with Parkinson Disease (PD) can have altered perceptual capacity of their own bodies, which may have repercussions on an altered perception of postural image (PI). **Objective:** To apply the Evaluation of Postural Image Scale – Parkinson Disease (EPIS-PD) in individuals with PD, in order to verify the feasibility of using it to assess the PI in this population. **Methods:** Exploratory,

transversal, descriptive and pilot research. Ten individuals with PD responded both the EPIS-PD and My Body Image Questionnaire (MBIQ); and were evaluated through photogrammetry by Computerized Postural Evaluation Software (CPES) in both frontal and right sagittal views. We compared the answers in the EPIS-PD and the angular results in CPES, classifying the comparisons in “similar” or “not similar” to the position of the head in the sagittal plane and trunk in both sagittal and frontal planes. **Results:** Regarding the individuals assessed, 50% presented altered PI, with answers “not similar” in at least two of three aspects assessed, and 70% had perception of moderate deformity in EPIS-PD. In MBIQ, the negative domains were: move quickly (60%), to dance (80%), to play (60%), attractiveness (60%), frightened by the disease (80%), and by incapacity (80%). **Conclusion:** The EPIS-PD demonstrated viability to evaluate the postural image in PD, presenting results consistent with the literature, besides being easy to apply and understandable. We noted, though, the need to adjust the scale to improve the angular difference between the images. We recommend future researches that contribute to adjust and validate the EPIS-PD.

KEYWORDS: Postural Image, evaluation, Parkinson Disease

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) apresenta caráter neurológico e degenerativo, afetando os gânglios da base (PAIVA, 2011). É caracterizada pelo tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural (MU et al, 2017; PARKINSON FOUNDATION, 2017).

A instabilidade postural em indivíduos com DP, por alteração no controle vertical do corpo, leva-os a uma postura inclinada da coluna (VAUGOYEAU et al, 2007; NIEVES et al, 2001), que tende a aumentar com a gravidade e duração da doença. Assim, a postura flexora é considerada clássica na DP (BENATRU et al, 2008). Entretanto, outras alterações posturais são recorrentes como a camptocormia, síndrome de Pisa e antecollis (BENATRU et al, 2008).

A presença de alterações posturais na DP é um dos fatores preponderantes para alterar a imagem corporal (IC). Além disso, a diminuição na propriocepção central, também relacionada à alteração postural na DP, pode gerar alterações no esquema corporal (GAMARRA et al, 2009; DOHERTY et al, 2011).

Entende-se por imagem postural (IP) a percepção que uma pessoa possui sobre a sua organização da postura (DEITOS & TRIPPO, 2017). Indivíduos com DP podem ter sua capacidade perceptiva alterada sobre sua imagem corporal (IC) (VAUGOYEAU et al, 2007; GAMARRA et al, 2009; DEITOS & TRIPPO, 2017; PROCTOR et al, 1964; LEE et al, 2001; BISSOLOTI et al, 2015), a qual engloba a percepção da imagem postural e, por isso, pode também estar alterada. Sugere-se que essa alteração tenha influência sobre o risco de quedas, devido à dificuldade de perceber o próprio corpo no espaço e ao desequilíbrio quando estimulados ao retorno do alinhamento postural (DOHERTY et al, 2011).

Importa considerar que a presença de alterações posturais juntamente à rigidez muscular, fraqueza miopática e alteração da IP aumenta o risco de incapacidades mais severas (DOHERTY et al, 2011). Segundo Bissolotti et al (2015), a avaliação da percepção da IC na DP foi utilizada, até o momento, para demonstrar possíveis alterações motoras e mentais relacionadas à estabilidade postural.

Desse modo, avaliar a percepção da IP de pacientes com DP apresenta relevância científica e aplicabilidade clínica, por poder contribuir como guia no tratamento cognitivo e motor e, conseqüentemente, prevenir riscos de quedas e incapacidades severas, além de contribuir para a melhora da estabilidade postural.

Dentre as escalas de avaliação da IC propostas pela literatura, a EAIP-DP (Escala de Avaliação da Imagem Postural – Doença de Parkinson) apresentada em nosso estudo anterior (DEITOS & TRIPPO, 2017) foi a mais específica para avaliação da IP, pois aborda as variedades posturais presentes na DP. Entretanto, ainda não foi aplicada para verificar a viabilidade de seu uso e posterior validação para a população brasileira.

Portanto, o objetivo deste estudo é aplicar EAIP-DP (DEITOS & TRIPPO, 2017) em indivíduos com DP para verificar a viabilidade do uso na avaliação da IP nesse grupo populacional.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa de campo exploratória, transversal, descritiva e estudo piloto, para testar um instrumento de pesquisa com uma pequena amostra (MARCONI & LAKATOS, 2003).

2.1 Instrumentos Utilizados

O instrumento de avaliação principal deste estudo é a EAIP-DP (DEITOS & TRIPPO, 2017), desenvolvida para avaliar a IP de pacientes com DP. É uma escala quantitativa composta de desenhos da postura e dividida em 3 partes: parte 1, postura da cabeça na vista sagital direita, com 6 desenhos; parte 2, postura do corpo na vista sagital total, com 12 desenhos, sendo 6 para homens e 6 para mulheres; e a parte 3, postura do corpo na vista frontal, com 12 desenhos, sendo 6 para homens e 6 para mulheres (DEITOS & TRIPPO, 2017).

Os desenhos escolhidos pelo paciente na EAIP-DP, sobre sua percepção da IP, foram comparados à imagem fotográfica da postura de cada participante nos planos frontal anterior e sagital direito. Para a captura das imagens fotográficas, inicialmente foram identificados, pela palpação, pontos anatômicos e sinalizados com um adesivo de 19mm de diâmetro, na cor rosa e/ou verde. Os pontos foram: lóbulos das orelhas, acrômios, C7, T1 e espinhas ilíacas anterossuperiores.

As imagens fotográficas foram avaliadas através de um *Software* de Avaliação Computadorizada (SAPO), *software* livre e gratuito, que possibilita medidas de ângulos livres (FERREIRA, 2005; SOUZA et al, 2011). A avaliação postural pela fotogrametria nos diferentes planos de avaliação permitiu uma mensuração mais fidedigna dos desvios encontrados e serviram de referência comparativa com a resposta da EAIP-DP.

Para avaliar a EAIP-DP, além de ser utilizada a fotogrametria, optou-se pela utilização complementar de outro instrumento qualitativo, já utilizado em indivíduos com DP (GAMARRA et al, 2009): o questionário “A Minha Imagem Corporal” (MIC) (LOVO, 2001). Esse questionário avalia a IC geral (LOVO, 2001), por meio de quatro aspectos: condição física, habilidade corporal, saúde e aparência. O sujeito pode marcar 0 para “aspecto mais fraco”, 1 para “concordo” e 2 para “aspecto mais forte”, a partir da leitura de cada frase correspondente a cada item. Além desses itens, encontra-se uma lista de partes do corpo na qual deve-se marcar com um sinal (+) o que ele mais gosta e com um sinal (-) o que menos gosta. Há ainda uma pergunta aberta sobre “três coisas que eu modificaria para me sentir melhor com a minha aparência corporal”.

2.2 População e Local do Estudo

Amostra de conveniência composta por 10 idosos com DP primária. Foram incluídos indivíduos com medicação regular para a DP, no período “on”, idade maior ou igual a 60 anos. Os critérios de exclusão foram: outras doenças neurodegenerativas, demências, uso de álcool e substâncias tóxicas. Pesquisa realizada no Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI), localizado na Avenida Antônio Carlos Magalhães, s/n, Edifício Professor Doutor José Maria de Magalhães Netto, Iguatemi, CEP: 41820-000, Salvador, Bahia.

2.3 Aspectos Éticos

Estudo aprovado no CEP do Instituto de Ciências da Saúde sob N° 1.647.178 (25/07/2016). Aqueles que consentiram em participar da pesquisa assinaram o TCLE e o Termo de Autorização do Uso de Imagem Adulto.

2.4 Coleta e Análise de Dados

Os dados foram coletados entre julho a setembro de 2016. Os participantes da pesquisa responderam à EAIP-DP e ao questionário MIC e foram fotografados nas posturas sagital direita e frontal. A análise dos dados iniciou-se com a avaliação computadorizada no SAPO.

Para uniformizar os pontos de referência para as medidas angulares nas imagens

analisadas pelo SAPO, cada fotografia e desenho escolhido pelo paciente foi editado através de outro *software* gratuito e livre para edição de imagens, o GIMP versão 2.8. Este programa permitiu acrescentar, em cada imagem do plano sagital, uma reta vertical, paralela à linha média, tangenciando o ápice da curvatura da torácica para a vista sagital. No mesmo programa, foram também acrescentadas três linhas horizontais nas imagens do plano frontal, a citar: as linhas bipupilar (BP), biacromial (BA) e bi-iliaca (BI). Para a medida de anteriorização da cabeça no SAPO não foi necessário acrescentar linha de referência, já que a linha admitida pelo programa era paralela ao solo.

Após o tratamento inicial supramencionado das imagens, as medidas de ângulo livre foram realizadas no SAPO. Na vista sagital total, para avaliar ângulo da Cifose Dorsal considerou-se o ápice da curvatura da torácica como vértice (local da reta vertical), e o ângulo formado entre T1 e a reta vertical (Figura 1). Para a vista sagital apenas da cabeça, adotou-se como vértice C7, e o ângulo formado entre o lóbulo da orelha e uma reta horizontal paralela ao solo, como sugerido por Krawczyk, Pacheco & Mainenti (2014) (Figura 2). Adotou-se o referencial de ângulos positivos à direita e negativos à esquerda da linha média, bem como ângulos positivos acima e negativos abaixo da linha horizontal.

Na vista frontal, foram consideradas as linhas bipupilar (BP), biacromial (BA) e bi-iliaca (BI) para formar ângulos entre duas retas sem pontos em comum (FERREIRA, 2005) (Figura 3).

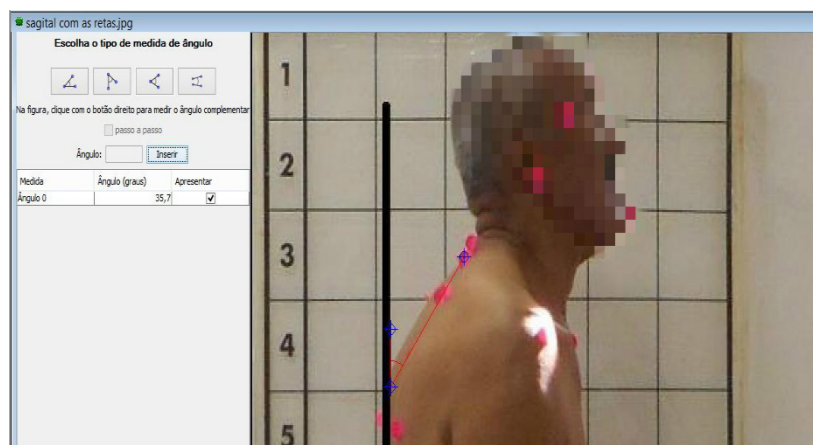


Figura 1 - Ângulo formado entre T1 e a reta vertical desenhada, com o vértice no ápice de curvatura da coluna.

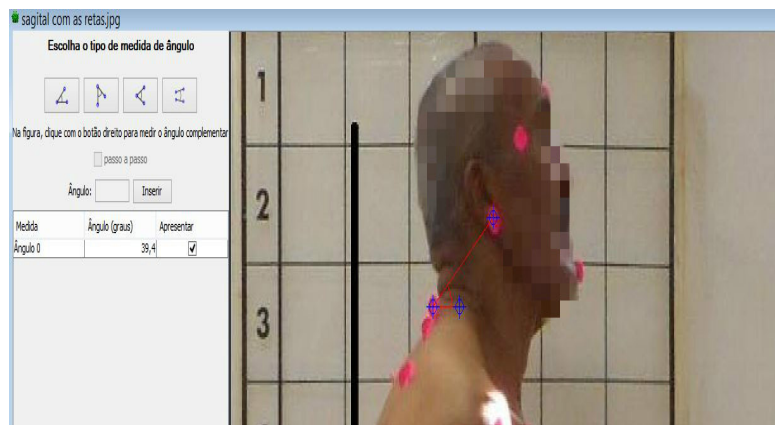


Figura 2 - Ângulo formado entre o lóbulo da orelha e uma reta horizontal paralela ao solo, com o vértice em C7.

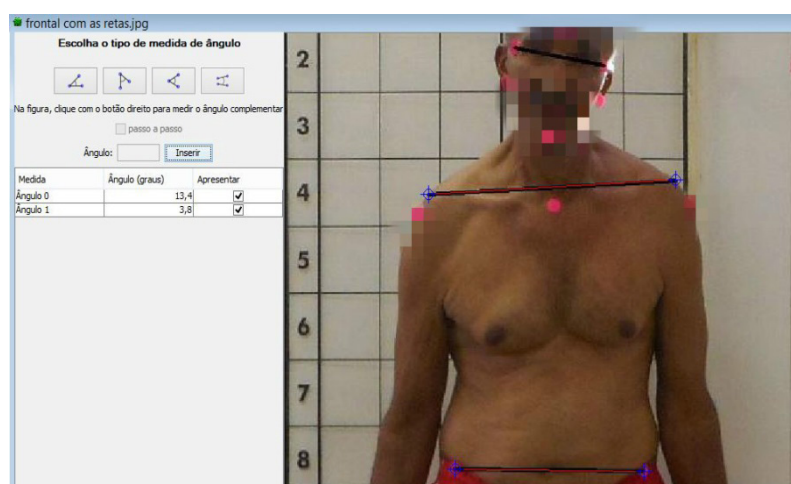


Figura 3 - Ângulo formado entre as linhas Biacromial/Bi-ilíaca.

Os desenhos pertencentes à EAIP-DP tiveram seus ângulos mensurados e salvos em planilhas do Excel. Estes foram utilizados como referência de comparação com os ângulos encontrados a partir da fotogrametria dos participantes da pesquisa, levando em consideração apenas os desenhos marcados pelos mesmos. A partir da comparação entre as angulações reais e marcadas, foi possível notar se houve discordância, de modo a classificá-los em “semelhante” e “não semelhante”. Para todos os desenhos da vista sagital (cabeça e tronco) foram considerados como “semelhante” as marcações que tivessem proximidade com as fotos numa angulação de aproximadamente 10° , e “não semelhante” aquelas diferentes das fotos para mais que 20° . Na vista frontal, foram considerados como “semelhante” as marcações em torno de 5° , e como “não semelhante” as diferentes para mais que 10° . A presença de discordância entre a maioria das imagens foi considerada como alteração da IP.

Os dados foram descritos por meio de tabelas e gráficos do Word e Excel e/ou figuras. Foi considerada a estatística simples para tratamento dos dados pelo software SPSS versão 22. As variáveis categóricas foram expressas como proporção, em valores absolutos e percentuais – n (%); e as variáveis contínuas com distribuição

normal expressas em média e desvio padrão (\pm DP), mas aquelas com distribuição assimétrica, em mediana e intervalo interquartil (IQ).

3 | RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características dos 10 participantes da pesquisa. Todos os 10 participantes realizaram a fotogrametria e responderam à EAIP-DP (DEITOS & TRIPPO, 2017) e ao questionário MIC (LOVO, 2001) no mesmo dia, por um único avaliador, em 5-10 min. Em relação à interpretação dos resultados da média da EAIP-DP, 70% dos idosos tiveram percepção do nível médio de deformidade, enquanto os 30% restantes tiveram percepção do nível leve de deformidade. As posturas selecionadas estão demonstradas na Tabela 2.

Variável	Média (DP)	Variável	n (%)
Idade (anos)	67,7 (\pm 3,69)	Sexo	
Peso (Kg)	65,2 (\pm 16,5)	Feminino	8 (80)
Altura (m)	1,59 (\pm 0,09)	Masculino	2 (20)
T. Doença	3,8 (\pm 1,55)	Estado Civil	
UPDRS	37,9 (\pm 6,87)	Solteiro	5 (50)
Hoehn e Yahr	2,4 (\pm 0,32)	Casado	2 (20)
MEEM	24,9 (\pm 3,07)	Viúvo	2 (20)
N. Sessões Fisioterapia	2,9 (\pm 2,03)	Divorciado	1 (10)
		Escolaridade	
		Ensino Médio C	3 (30)
		Ensino Médio I	1 (10)
		Ensino Fundamental C	2 (20)
		Ensino Fundamental I	2 (20)
		Ensino Superior C	1 (10)
		Não Alfabetizado	1 (10)

Tabela 1. Características dos Indivíduos com Doença de Parkinson participantes da pesquisa (n=10). CREASI - Salvador/Ba, 2016.

Legenda: n: número de participantes; DP: desvio padrão; Kg: quilograma; m: metros; UPDRS: Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson; T. Doença: Tempo de Doença; MEEM: Mini Exame do Estado Mental; N. Sessões de Fisioterapia: Número de Sessões de Fisioterapia realizadas; C: Completo; I: Incompleto.

Posturas	Parte 1	Parte 2	Parte 3
	N (%)	N (%)	N (%)
A	3 (30%)	1 (10%)	0 (0%)
B	3 (30%)	6 (60%)	4 (40%)
C	3 (30%)	1 (10%)	2 (20%)
D	1 (10%)	0 (0%)	3 (30%)
E	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
F	0 (0%)	2 (20%)	1 (10%)
TOTAL	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)

Tabela 2 – Frequência e porcentagem de seleção das posturas pelos indivíduos com DP referentes aos desenhos da parte 1, parte 2 e parte 3 da EAIP-DP, CREASI – Salvador/BA, 2016.

Legenda: Parte 1 – vista sagital da cabeça, Parte 2 – vista sagital corpo todo, Parte 3 – vista frontal.

A comparação entre as marcações dos participantes na EAIP-DP e a fotogrametria, nas vistas sagital tronco, sagital apenas da cabeça e frontal estão descritas nas Tabelas 3, 4 e 5. Dos participantes, 60% marcaram desenhos não semelhantes à sua IP da cabeça. Da mesma maneira, 60% marcaram desenhos não semelhantes à IP do seu tronco na vista sagital, e 60% marcaram desenhos não semelhantes com a sua IP do tronco na vista frontal.

PACIENTE	ÂNGULO C7 HORIZONTAL	POSTURA MARCADA NA EAIP-DP	SEMELHANTE X NÃO SEMELHANTE
1	26,3°	D/ 2°	Não semelhante*
2	26°	B/ 54,3°	Não semelhante*
3	39,4°	C/ 17,8°	Não semelhante*
4	22,8°	A/ 46,2°	Não semelhante*
5	41,9°	C/ 17,8°	Não semelhante*
6	38°	A/ 46,2°	Semelhante
7	42,4°	B/ 54,3°	Semelhante
8	43,7°	A/ 46,2°	Semelhante
9	43,5°	B/ 54,3°	Semelhante
10	37,7°	C/ 17,8°	Não semelhante

Tabela 3 – Comparação entre as angulações apresentadas no SAPO na vista sagital da cabeça com relação às posturas marcadas pelos idosos na EAIP-DP, CREASI – Salvador/BA, 2016.

SAPO: Sistema de Avaliação Postural Computadorizada; EAIP-DP: Escala de Avaliação da Imagem Postural – Doença de Parkinson. *Apresentou “Não Semelhante” em pelo menos dois aspectos avaliados na escala EAIP-DP.

PACIENTE	ÂNGULO ÁPICE DA VÉRTEBRA E T1	POSTURA MARCADA NA EAIP-DP	SEMELHANTE X NÃO SEMELHANTE
1	27,9°	B/ 40,2°	Não semelhante*
2	36,1°	C/ 75°	Não semelhante*
3	35,7°	F/ 92,9°	Não semelhante*
4	27,1°	F/ 94,3°	Não semelhante*
5	20,8°	B/ 40,2°	Não semelhante*
6	29,4°	B/ 40,2°	Semelhante
7	41,4°	B/ 40,2°	Semelhante
8	25°	A/ 19,8°	Semelhante
9	21,3°	B/ 40,2°	Não semelhante
10	35,9°	B/ 40,2°	Semelhante

Tabela 4 – Comparação entre as angulações apresentadas no SAPO na vista sagital do tronco com relação às posturas marcadas pelos idosos na EAIP-DP, CREASI – Salvador/BA, 2016.

SAPO: Sistema de Avaliação Postural Computadorizada; EAIP-DP: Escala de Avaliação da Imagem Postural – Doença de Parkinson*Apresentou “Não Semelhante” em pelo menos dois aspectos avaliados na escala EAIP-DP.

PACIENTE	ÂNGULO BA/BI	POSTURA MARCADA NA EAIP-DP	SEMELHANTE X NÃO SEMELHANTE
1	1,8°	D/ 22,8°	Não semelhante*
2	0°	C/ 10,9°	Não semelhante*
3	3,8°	B/ 2,5°	Semelhante
4	4,4°	F/ 39°	Não semelhante*
5	2,6°	C/ 14,4°	Não semelhante*
6	0,5°	B/ 2,9°	Semelhante
7	4,6°	D/ 22,8°	Não semelhante
8	6,4°	D/ 22,8°	Não semelhante
9	1,2°	B/ 2,9°	Semelhante
10	2,4°	B/ 2,9°	Semelhante

Tabela 5 – Comparação entre as angulações apresentadas no SAPO na vista frontal com relação às posturas marcadas pelos idosos na EAIP-DP, CREASI – Salvador/BA, 2016.

SAPO: Sistema de Avaliação Postural Computadorizada; EAIP-DP: Escala de Avaliação da Imagem Postural – Doença de Parkinson; BA/BI: Biacromial/Bi-íliaca. *Apresentou “Não Semelhante” em pelo menos dois aspectos avaliados na escala EAIP-DP.

Ao considerar os três aspectos avaliados na EIAP-DP foi observada uma alteração da percepção da IP no plano frontal e sagital em 50% dos indivíduos, já que apresentaram discordância entre a fotogrametria e a EIAP-DP em pelo menos dois dos três aspectos avaliados na escala. Importante considerar que quatro participantes (40%) apresentaram esta discordância em todos os aspectos avaliados.

Na MIC, nos aspectos condição física, habilidade corporal, saúde física e aparência, percebeu-se que os participantes foram positivos sobre sua percepção da IC de forma geral, com exceção de alguns domínios como: capacidade para deslocar-se rapidamente (60%), dançar (80%), jogar (60%) e atratividade (60%). Alguns itens

chamam atenção pelo aspecto negativo, apesar de não alcançarem pontuação máxima nas categorias “concordo” ou “aspecto mais forte” do questionário; mas que somadas resultam em 80% da amostra, como: sentir-se assustado pela doença e com a possibilidade de ter uma incapacidade. Metade da amostra considera que seu corpo é flexível e a outra que esse é um aspecto fraco. Dos aspectos positivos, 90% dos participantes referiram que têm confiança e sentem-se bem no próprio corpo e com a vestimenta.

Para a pergunta “o que gosto mais e menos no meu corpo” da MIC, 30% responderam que mais gostam do cabelo, enquanto que 20% disseram que gostam menos dos dentes, braços e pés. Para a pergunta “Três coisas que modificaria para me sentir melhor com a minha aparência corporal”, a maior frequência de citação foram as pernas, pés e abdômen.

4 | DISCUSSÃO

A EAIP-DP apresentou viabilidade de uso para avaliar a IP em indivíduos com DP. Além das ilustrações considerarem as deformidades posturais presentes na DP, tanto no plano sagital quanto frontal, possui uma linguagem acessível e é de fácil aplicação, podendo ser auto administrada; com tempo de aplicação entre 5 a 10 minutos. Entretanto, para um posterior estudo de validação, sugere-se redimensionar as angulações dos desenhos da EIAP-DP para garantir uma maior diferenciação entre os desenhos do plano frontal e sagital do corpo todo e, em seguida, prosseguir com um estudo de confiabilidade para esta população.

Com a aplicação da escala, observou-se uma percepção de nível médio de deformidade postural em 70% dos idosos com DP avaliados através da EAIP-DP, bem como uma alteração da percepção da IP no plano frontal e sagital em 50% dos participantes, já que apresentaram discordância entre a fotogrametria e a EIAP-DP em pelo menos dois dos três aspectos avaliados na escala. Este último achado demonstra que a alteração na percepção da organização postural em indivíduos com DP acontece tanto no plano frontal como no sagital, ampliando a visão da literatura que descreve esta alteração presente apenas no plano frontal (DOHERTY et al, 2011; DUVOISIN & MARSDEN, 1975).

Segundo Doherty et al. (2011), muitos pacientes que apresentam uma inclinação persistente para um lado, diagnosticados como Síndrome de Pisa, não percebem a lateroflexão nos estágios precoces da DP. Entretanto, apesar da literatura sinalizar para essa alteração de percepção corporal, não foram encontrados artigos que avaliassem especificamente a IP considerando as deformidades presentes na DP, em virtude, possivelmente, do caráter subjetivo que envolve a percepção da postura. Dessa maneira, torna-se relevante o aprimoramento de uma escala específica para avaliar esta condição que se demonstrou alterada em indivíduos com DP.

Em um estudo similar, Gamarra et al. (2009) avaliaram a IC de 26 indivíduos

acima de 50 anos com DP utilizando a MIC. Entretanto, o objetivo do estudo foi estabelecer uma correlação entre a severidade e duração da doença com a IC, através do estadiamento pela Hoehn e Yahr modificada e a seção motora da Escala de Classificação Unificada para Doença de Parkinson (UPDRS), comparando-os com 22 indivíduos sadios que também responderam ao questionário. Os autores encontraram não haver relação significativa entre a severidade e o tempo da doença com a IC avaliada através deste questionário, mas os indivíduos com Parkinson tiveram pior percepção da IC.

Apesar disso, o resultado supracitado difere do presente estudo, quando considerado o instrumento (MIC), uma vez que os participantes do presente estudo apresentaram aspectos positivos sobre sua percepção corporal de forma geral, com aspectos negativos apenas nos domínios capacidade para deslocar-se rapidamente, dançar e jogar, sentir-se atrativo, sentir-se assustado pela doença e incapacidade. Vale ressaltar, entretanto, que quando esses idosos foram avaliados com a EAIP-DP apresentaram alteração da percepção da IP, coincidindo com o achado de Gamarra et al. (2009) no que diz respeito à pior percepção corporal.

Em outro estudo, Bissolotti et al. (2015) avaliaram 77 pacientes com DP idiopática, com 50-83 anos, sem discinesias, no qual foi correlacionada IC e severidade da doença. As escalas utilizadas para avaliação da IC foram TAPS e a Escala de Classificação por Figura de Stunkard, enquanto que a severidade da doença foi avaliada pela Hoehn & Yahr modificada. Os autores encontraram uma fraca correlação negativa entre a duração da doença e a TAPS, bem como da escala de Hoehn & Yahr com a TAPS, mas não houve correlação da severidade e duração da doença com a escala de Stunkard.

Esses resultados podem indicar que a severidade e a duração da doença tenham um importante papel na percepção errada do esquema corporal e na percepção da forma do tronco, o que reforça a necessidade de se avaliar a percepção da IP com uma escala específica a fim de instituir, a depender dos resultados da avaliação, uma terapêutica que inclua exercícios proprioceptivos e de percepção corporal desde as fases iniciais da DP.

O estudo de Bissolotti et al. (2015) corrobora com o presente estudo e pode ser uma possível justificativa para a alteração da IP encontrada. A média da Hoehn e Yahr modificada no estudo de Bissolotti et al. (2015) foi de 2,0, enquanto que esta média neste estudo foi de 2,4, o que sinaliza para a possibilidade da severidade da doença apresentar relação à alteração da IP. Assim, sugere-se que uma percepção alterada da IP e IC pode ser mais um fator associado ao aspecto motor e neural de agravamento da DP e que podem estar relacionados ao desequilíbrio postural e quedas.

Desde 1964, Proctor et al. assumiam a possibilidade de que pacientes com Parkinson não apenas apresentavam problemas do ponto de vista motor, mas igualmente mudanças na percepção, pela alteração no funcionamento dos gânglios da base. Diminuição no processamento da percepção do movimento e do *feedback* proprioceptivo da posição estática foram encontrados em pacientes com Parkinson

(VAUGOYEAU et al, 2001). Dessa maneira, os prejuízos posturais encontrados podem ser causados, em parte, pelos déficits de integração sensorial presentes na DP que alteram a percepção da postura, logo, sua imagem postural.

Os pacientes com DP possuem, portanto, além de uma alteração na percepção corporal, uma alteração de controle da postura, o que os leva a ter instabilidade postural principalmente nos estágios mais avançados da doença (VAUGOYEAU et al, 2001). Além disso, há presença de alteração de controle do corpo verticalmente, sendo esta responsável por gerar uma postura inclinada da coluna, associada a lesões lenticulares (VAUGOYEAU et al, 2001; NIEVES et al, 2001; DOHERTY et al, 2011). A postura flexora, clássica na DP, também tem sido associada a lesões lenticulares, o que sugere que os gânglios da base também tenham um papel na manutenção da postura axial (BENATRU et al, 2008).

A vantagem desse estudo é que foi possível avaliar a viabilidade da utilização da escala EAIP-DP (DEITOS & TRIPPO, 2017), a qual demonstrou facilidade de aplicação e entendimento pelos participantes. Além disso, este estudo pode estimular o aperfeiçoamento da escala e sua utilização na clínica, e ainda estimular a sua validação para a população brasileira, por ter demonstrado ser capaz de identificar a presença de alteração da IP nos participantes.

Como limitação, por se tratar de um estudo piloto com um número pequeno de participantes, não é possível a extrapolação dos resultados. Notou-se a necessidade de ajustes das angulações de alguns desenhos da escala, para permitir uma avaliação mais fidedigna da comparação entre ângulo do desenho e ângulo real do paciente. Entretanto, o fundamento teórico e a proposta da escala são pertinentes, tendo sido demonstrado nesse estudo que a EAIP-DP é um instrumento capaz de avaliar a alteração da IP, já que essa diferença esteve presente nos resultados e coincidente com o que está relatado na literatura até o momento.

Vale ressaltar que foi identificada também uma dificuldade dos participantes na compreensão dos termos do questionário MIC, “aspecto mais fraco”, “concordo” e “aspecto mais forte”, o que tornou necessária a repetição e explicação dos termos para uma linguagem mais acessível. Essa dificuldade, entretanto, não foi encontrada na EAIP-DP.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EAIP-DP demonstrou ser um instrumento viável, de fácil aplicação e entendimento, com resultados pertinentes à literatura. Deste modo, a EAIP-DP pode auxiliar na identificação de possíveis alterações na imagem postural e ainda servir para direcionar o tratamento fisioterapêutico, no caso de prejuízo nesta percepção, para que se invista também em propriocepção e em exercícios de percepção corporal e postural. Notou-se, entretanto, a necessidade de ajustes para melhor precisão nas comparações angulares. Assim, serão necessárias futuras pesquisas que contribuam

para o ajuste e validação da EAIP-DP.

REFERÊNCIAS

BENATRU I, VAUGOYEAU M, AZULAY J P. **Postural disorders in Parkinson's disease**. *Clinical Neurophysiology*, 2008, 38: 459-465.

BISSOLOTTI L, ISACCO-GRASSI F, ORIZIO C, et al. **Spinopelvic balance and body image perception in Parkinson's disease: analysis of correlation**. *European Spine Journal*, out 2015, 7(24): 898-905.

DEITOS M V, TRIPPO K V. **Avaliação da imagem postural na doença de parkinson: um estudo de desenvolvimento**. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, novembro 2017, 4(7): 462-469. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v7i4.1569

DOHERTY K M, WARRENBURG B P V, PERALTA M C, et al. **Postural deformities in Parkinson's disease**. *The Lancet Neurology*, 2011, 10: 538-549.

DUVOISIN R C, MARSDEN C D. **Note on the scoliosis of Parkinsonism**. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1975, 38: 787-793.

FERREIRA EAG. **Postura e controle postural: desenvolvimento e aplicação de método quantitativo de avaliação postural**. São Paulo, 2005, 114f. Tese (Doutor em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

GAMARRA A H E, MOLSKI C S, HILBIG A, et al. **Evaluation of body image and self-concept and their correlation with depressive symptoms in parkinson's disease**. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 2009, 3-A(67): 585-590.

KRAWCZKY B, PACHECO A G, MAINENTI M R M. **A systematic review of the angular values obtained by computerized photogrammetry in sagittal plane: a proposal for reference values**. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, maio 2014, 37(4): 269-275.

LEE A C, HARRIS J P, ATKINSON E A, FOWLER M S. **Disruption of estimation of body-scaled aperture width in hemiparkinson's disease**. *Neuropsychologia*, 2001, 39: 1097- 1104.

LOVO T M A. **Adaptação e Aplicação de Questionário de imagem corporal em portadores de Hemiplegia**. Campinas, 2001, 54f. Monografia (Especialização em Atividade Motora Adaptada) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

MARCONI M A, LAKATOS E M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed, São Paulo: Atlas, 2003.

MU J, CHAUDHURI K R, BIELZA C, et al. **Parkinson's Disease Subtypes identified from cluster analysis of motor and non-motor symptoms**. *Frontiers in Aging Neuroscience*, September 2017, 9(301).

NIEVES A V, MIYASAKI J M, LANG A E. **Acute onset Dystonic Camptocormia Caused by Lenticular Lesions**. *Movement Disorders*, 2001, 16 (1): 117-180.

PAIVA L S. **Avaliação do equilíbrio em pacientes com Doença de Parkinson por meio de exame de posturografia em unidade virtual**. [Rio Grande do Sul], 2011, 87f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PARKINSON FOUNDATION. **INTRODUCTION TO PARKINSON'S DISEASE**. Disponível em: <https://>

www.pfwpa.org/about-parkinsons-disease/frequently-asked-questions.html. Acessado em: 23 de outubro de 2017 às 10:27.

PROCTOR F, RIKLAN M, COOPER I S, TEUBER H-L. **Judgment of visual and postural vertical by parkinsonian patients**. Neurology, abr 1964, 14(4): 287.

SOUZA JA, PASINATO F, BASSO D, CORRÊA E C R, SILVA A M T. **Biofotogrametria confiabilidade das medidas do protocolo do software para avaliação postural (SAPO)**. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano. Florianópolis, jul/ago 2011, 13(4): p. 299-305.

VAUGOYEAU M, VIEL S, ASSAIANTE C, AMBLARD B, AZULAY J P. **Impaired vertical postural control and proprioceptive integration deficits in Parkinson's disease**. Neuroscience, 2007, 146: 852-863.

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON TRATADOS COM EXERGAME: UMA SÉRIE DE CASOS

Karen Valadares Trippo

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Departamento de Fisioterapia

Salvador-Bahia, Brasil.

ktrippo@ufba.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0182-0129>

Carolina Ferreira Oliveira

Fisioterapeuta Graduada pela Universidade

Federal da Bahia – UFBA

carolinafoliveira3@gmail.com

Daniel Dominguez Ferraz

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Departamento de Fisioterapia

Salvador-Bahia, Brasil.

danieldf@ufba.br

RESUMO: **Introdução:** Função Executiva (FE) refere-se à realização de tarefas motoras e cognitivas concomitantemente, e pode se apresentar alterada na doença de Parkinson (DP). A utilização do *Exergame* no tratamento permite a integração destes domínios, cognitivo e motor, de maneira dinâmica e segura. **Objetivo:** avaliar a FE em idosos com DP tratados com *Exergame* através de uma série de casos. **Método:** Estudo de 03 casos de idosos com DP com alterações na FE, tratados com *Exergame* durante oito semanas. Foi utilizada a Bateria de Avaliação Frontal (BAF)

para avaliar a FE; e o Timed Up Go (TUG) e o Timed Up Go modificado (TUG mod.) para avaliar mobilidade/funcionalidade. **Resultados:** Na BAF, os domínios mais comprometidos inicialmente foram controle inibitório, fluência verbal e série motora e, após o tratamento, controle inibitório, série motora e instruções conflitantes obtiveram as melhores pontuações. Para a funcionalidade/mobilidade, todos melhoraram o tempo da TUG; entretanto, para o TUG modificado, apenas os que obtiveram melhora na pontuação final da BAF reduziram o tempo de realização deste teste em dupla tarefa. **Conclusão:** Sugere-se que o tratamento com *Exergame* tem efeitos sobre a melhora da FE e da mobilidade/funcionalidade nos idosos com DP, sendo necessárias maiores pesquisas para verificar a sua eficácia.

Unitermos: Doença de Parkinson, Função Executiva, *Exergame*, Realidade Virtual, Terapia de Exposição à Realidade Virtual.

EVALUATION OF EXECUTIVE FUNCTION IN ELDERLY WITH PARKINSON'S DISEASES TREATED BY EXERGAME: SERIES OF CASES

ABSTRACT: Introduction: Executive Function (EF) is related to the realization of motor and cognitive tasks concurrently and changes are found in Parkinson's disease (PD). The

Exergame allows the integration of these domains, cognitive and motor, dynamic and secure manner. **Objective:** To evaluate the EF in elderly patients with PD treated with Exergame. Method: Series of three cases study of elderly patients with PD with changes in FE and treated with Exergame for eight weeks. The Frontal Assessment Battery was used (BAF) to evaluate the EF, and Timed Up and Go (TUG) and Timed Up and Go modified (TUG mod.) to evaluate mobility/functionality. **Results:** In the BAF, the more compromised domains were initially inhibitory control, verbal fluency and motor series; and after treatment, inhibitory control, motor series and conflicting instructions obtained better scores. For functionality/mobility, all patients improved the time of TUG; however, for the modified TUG, only those who improved their final score of BAF, reduced the time of this test on double task. **Conclusion:** It is suggested that treatment with Exergame has effects on improvement of EF and mobility/functionality in elderly patients with PD, requiring further research in order to verify its effectiveness. **KEYWORDS:** Parkinson's disease, Executive Function, Exergame, Virtual Reality Exposure Therapy for Virtual Reality.

1 | INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é considerada uma doença crônica, degenerativa e progressiva relacionada ao envelhecimento patológico¹. Afeta o Sistema Nervoso Central (SNC) e evolui com diminuição nas reservas de dopamina na substância negra, com uma consequente despigmentação desta estrutura associada à redução da neurotransmissão dopaminérgica.^{2,3}

Os sintomas motores encontrados na DP são: rigidez, tremor em repouso, bradicinesia e instabilidade postural. Além dessas manifestações, Charcot, no final do século XIX, relata também a existência do comprometimento das funções cognitivas.⁴

Denominam-se como funções cognitivas (FC) as atividades de atenção, percepção, raciocínio, juízo, memória, imaginação, pensamento, tomada de decisão e linguagem, as quais compõem a classe de funções cerebrais superiores. As FC estão relacionadas às funções executivas (FE),⁵ cuja definição compreende habilidades cognitivas que dão início às atividades, planejamento, programação e sequenciamento de ações, auto regulação e monitoramento de tarefas, seleção de condutas adequadas, flexibilidade mental e organização de tempo e espaço.⁶

Quando ocorre comprometimento da FE, independente da doença de base, o desempenho na tarefa principal vai regredindo à medida que uma tarefa secundária é incluída no mesmo tempo de realização, ou quando ocorre um envolvimento simultâneo entre circuitos neurais relacionados às duas ações (cognitiva e motora).⁷ Esse fenômeno acontece devido à interrupção do fluxo de dopamina fronto-estriatal, causado pela denervação do núcleo caudado.⁸

A avaliação neuropsicológica eficaz pode comprovar que ocorre comprometimento das funções executivas em 93% dos pacientes com DP⁹, sendo

considerado um indicador do nível funcional de um paciente com acometimento neurológico por ser um fator de incapacitação, assim como os sintomas motores.¹⁰

Dessa forma, a Fisioterapia direcionada aos pacientes idosos com DP deve ter como objetivo incluir a abordagem sobre a FE na avaliação e tratamento. Dentre as possibilidades de tratamento pode-se citar a Terapia de Exposição à Realidade Virtual (*Exergame*), a qual consiste em um sensor que capta os movimentos realizados e um computador/console que reproduz a simulação que é projetada para o paciente. Essa terapia proporciona um ambiente dinâmico, em tempo real, interativo, incentivador e fornecedor de *feedback* para correção e aprendizagem motora. Uma das finalidades do *Exergame* é tratar o indivíduo de forma global, incluindo aspectos motores e também cognitivos, ou seja, a dupla tarefa.¹¹

Considerando os aspectos discutidos anteriormente, o objetivo deste estudo foi avaliar a FE em pacientes idosos com DP tratados com *Exergame* com base em uma série de casos.

2 | RELATO DOS CASOS

Trata-se de um estudo de uma série de três casos através de uma abordagem descritiva. O presente estudo foi realizado no Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI), na cidade de Salvador, entre o período de junho a setembro de 2015. Este estudo compreende parte do projeto intitulado “Comparação entre os efeitos dos exercícios através do treino funcional, da bicicleta estacionária e do *Exergame* na Doença de Parkinson”, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/UFBA (CAAE: 41228415.5.0000.5662) sob o número 1.016.971 (09/04/2015).

Foram considerados como critérios de inclusão: idosos em uso regular da medicação para a DP, portanto no período “*on*”, idade maior ou igual a 60 anos, apresentar estágio 2, 2.5 ou 3 segundo a classificação de Hoehn e Yahr modificada, ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E como critérios de exclusão foram considerados: apresentar outras doenças neurodegenerativas excluindo-se a DP, demências, doenças osteomioarticulares que impossibilitassem a prática de atividade física, doenças crônicas não controladas (hipertensão, diabetes mellitus, dor crônica), doenças cardiovasculares instáveis (insuficiência cardíaca aguda, infarto de miocárdio recente, angina instável e arritmias não controladas), uso de álcool e outras substâncias tóxicas, contraindicações para a realização de exercício físico segundo os critérios do Colégio Americano de Medicina do Esporte, praticar ou ter participado de programa de exercício físico nos últimos seis meses, ou se participa ou participou de treinamentos regulares nos doze meses anteriores.

A amostra foi composta por três participantes com DP, encaminhados pela equipe médica do CREASI, que foram tratados através do *Exergame*. Antes do início, após

15 minutos de tratamento (exercício) e, ao finalizar cada sessão, foram mensuradas a frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio e pressão arterial. Todos os pacientes só iniciaram os protocolos de intervenção quando ambas as pressões arteriais sistólica e diastólica estivessem abaixo de 140 x 90 mmHg, respectivamente.

Foi preenchida, no primeiro dia de avaliação, uma ficha de registro de dados para coletar as variáveis independentes referentes aos dados pessoais dos participantes e a sua condição de saúde. Para avaliação dos sinais e sintomas da DP foi utilizada a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) através da observação clínica e auto relato dos pacientes e/ou acompanhantes, bem como foi coletado, em registro de prontuário, o resultado mais recente do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para detecção de possíveis comprometimentos cognitivos. Em seguida foi aplicada a Bateria de Avaliação Frontal (BAF).

A BAF foi utilizada como instrumento de avaliação neurocognitiva para rastreamento de alterações nas funções executivas associadas ao funcionamento do córtex frontal do cérebro e sua progressão. É composta por seis subtestes, que avaliam a formação de conceitos (abstração), fluência verbal (flexibilidade mental), programação motora, suscetibilidade à interferência (tendência à distração), controle inibitório e autonomia. Cada subteste tem uma pontuação que varia de 1 à 3 pontos, que somados totalizam 18 pontos, sendo essa, a média máxima obtida na BAF. Dessa forma, pacientes que apresentem lesões frontais, obtêm uma média de 10,3 pontos. Já uma pontuação igual ou menor a 15 pontos, pode indicar disfunções em regiões frontais do cérebro. Vale salientar que essa bateria tem sido utilizada para o rastreio dessas disfunções e que é necessário o acompanhamento com um especialista em neuropsicologia para atestar ou não a presença da disfunção executiva.¹²

Além da BAF, foi aplicado o Timed Up and Go (TUG), com o objetivo de avaliar a mobilidade dos participantes. O teste consiste em solicitar ao paciente, sentado em uma cadeira, que ao comando verbal “vá” se levante, ande uma distância de 3m, dê uma volta em um cone e retorne caminhando para sentar-se da forma mais rápida e segura possível. O tempo em que o paciente realiza o teste é cronometrado a partir do momento que ele levanta e só é finalizado ao sentar-se. Um tempo de até 10 segundos é considerado normal, entre 11 e 20 segundos é considerado moderado e acima de 20 segundos importante déficit na mobilidade. Já o TUG modificado/cognitivo é aplicado da mesma forma, incluindo uma tarefa cognitiva, no caso da pesquisa foi solicitada uma contagem decrescente a partir do número 20 durante a realização do teste para avaliação da dupla tarefa.¹³

As pontuações obtidas em cada subteste, assim como a soma deles, foram computadas para comparação com os resultados finais obtidos por cada participante, com as escalas de avaliação da funcionalidade TUG e TUG modificado/cognitivo e para detecção de possíveis limitações ou restrições nos domínios avaliados. Além disso, ao final de cada sessão era realizado um relatório descritivo sobre as condições apresentadas por cada participante para análise com os dados obtidos pela BAF.

As sessões realizadas tiveram uma duração de oito semanas, com uma frequência de três sessões de cinquenta minutos por semana. Cada sessão iniciou com 10 minutos de alongamento, sendo realizados, em média, três alongamentos de quinze segundos dos seguintes grupos musculares: isquiotibiais, quadríceps, tríceps sural, paravertebrais, peitoral maior e menor, bíceps braquial, deltoide, trapézio, rombóides, flexores e extensores do punho. Em seguida foram realizados cinco minutos de exercícios calistênicos composto por marcha estacionária, polichinelos e exercícios de agachamento. A intervenção foi composta por trinta minutos de exercícios com o jogo “Kinect Adventures!” do videogame XBOX₃₆₀ com sensor Kinect™, e foram utilizados dois a três jogos por sessão (“cume dos reflexos”, “a correnteza” e “20.000 vazamentos”). A intensidade do exercício foi determinada através do grau de dificuldade do jogo, que alcançou uma percepção de cansaço individual correspondente a 15 pontos da Escala de Borg (Anexo VII). Na fase de desaquecimento, ao final da sessão, foram utilizados exercícios respiratórios de respiração diafragmática e expansões costais, totalizando cinco minutos.

2.1 Caso 01

Participante C.R.C.O, 67 anos, sexo feminino, com diagnóstico de DP há três anos, no estágio 2.5 segundo a classificação Hoehn e Yarh, em tratamento contínuo da medicação Prolopa. Nas duas primeiras semanas de tratamento mostrou-se introspectiva, com dificuldade para abaixar e compensando os movimentos com a cabeça, a qual se apresentava anteriorizada. Com o decorrer dos dias mostrou-se mais envolvida e com melhora da execução dos movimentos e compreensão dos comandos do jogo. Segundo relato dos filhos, na terceira semana de tratamento, já apresentava maior independência funcional, que durante a intervenção pôde ser confirmada. Além disso, apresentou melhora da rigidez articular dos membros, da dissociação pélvica e da coordenação dos movimentos durante os exercícios de aquecimento (polichinelos e marcha estacionária). A partir da terceira semana, com o aumento da dificuldade do jogo, a paciente apresentou maior nível de cansaço, graduado como 15 pontos pela escala de Borg; pois, segundo a mesma, prestar atenção e executar movimentos mais complexos e simultaneamente demandava maior esforço. Já na quarta semana, foi observada maior tensão no músculo trapézio esquerdo, sendo intensificado o alongamento desse músculo durante a fase de alongamento. Também apresentou maior fadigabilidade geral e tremor de cabeça, havendo um declínio do desempenho, recuperado durante a quinta semana, quando realizou marcha estacionária em total sinergia com os movimentos dissociados do braço e com ADM e coordenação. Ao final da quinta semana foi observada boa postura, agilidade e independência na execução dos movimentos propostos. Ao decorrer das três últimas semanas de tratamento, a paciente manteve os ganhos das semanas anteriores, respondendo mais rápido aos obstáculos e estímulos táteis, maior harmonia da relação tempo/execução dos

movimentos, os quais realizava de forma totalmente independente.

2.2 Caso 02

Participante J.B.S, 68 anos, sexo masculino, com diagnóstico de DP há três anos, no estágio 2.5 segundo a classificação Hoehn e Yarh, em tratamento contínuo da medicação Levodopa. Apresentou nas duas primeiras semanas de tratamento maior rigidez articular em membro superior esquerdo (MSE), dificuldade em coordenar movimentos e articular dupla tarefa, aumento do tremor de repouso, descoordenação, dificuldade para deslocar-se lateralmente, manter a coluna ereta e o ritmo durante os exercícios de aquecimento. Relatou dificuldade em compreender a explicação dos movimentos a serem realizados enquanto jogava, sendo necessária a demonstração dos movimentos pelo Fisioterapeuta antes de jogar as demais partidas. Na terceira semana, apresentou melhora da compreensão dos comandos durante o jogo, coordenação da marcha estacionária, agilidade para abaixar, salto com maior distância do solo, lateralidade e desempenho para vencer os obstáculos do jogo. Queixou-se de insônia, tremor e lentidão dos movimentos, além dos efeitos colaterais do remédio como dificuldade em articular a fala, relatando o desejo de suspender a medicação por conta própria, sendo orientado a não fazê-lo. Mostrava-se insatisfeito com seu desempenho no jogo apesar das melhoras adquiridas. Durante as semanas seguintes, (quarta e quinta), apresentou tensão na região do músculo trapézio, sendo intensificado o alongamento nessa região. Foi observada maior agilidade em retirar seus objetos pessoais antes de iniciar a sessão, necessitando de pouca assistência e melhora da marcha estacionária combinada com movimentos dos braços. Apesar do entusiasmo, por ter aumentado o nível de dificuldade do jogo, relatou irritação por não executar os movimentos adequadamente, pois precisava de uma maior atenção necessária, sentindo-se muitas vezes “atordoado” pela maior demanda exigida com a progressiva dificuldade durante as semanas. Nas três últimas semanas (sexta, sétima e oitava) de tratamento evoluiu com excelente noção de espaço, postura e agilidade, total independência dos movimentos, mais disposto e concentrado. Conseguiu realizar os movimentos com menos erros de execução e foi capaz de manter uma sequência mais assertivas para vencer os obstáculos durante o jogo.

2.3 Caso 03

Participante A.S.M, 69 anos, sexo masculino, com diagnóstico de DP há oito anos, no estágio 2 segundo a classificação Hoehn e Yarh, em tratamento contínuo da medicação Levodopa. Apresentou, na primeira semana, cabeça muito anteriorizada, hipercifose torácica, dificuldade em pular, articular a fala, dor na coluna lombar, classificada pela Escala Visual Descritiva com 6/10 (EVD), pouca coordenação

motora e ritmo, e se deslocava anteriormente durante a realização dos exercícios de aquecimento, nos quais deveria manter sua posição inicial. Com o decorrer das duas semanas seguintes (segunda e terceira semana), apresentou melhora da altura do salto, melhor ADM durante o agachamento, diminuição da anteriorização da cabeça e da hipercifose torácica, melhora da articulação da fala, além de relatar melhora da ADM dos membros inferiores (MMII). Conseguiu manter a posição sem deslocar-se durante os exercícios de aquecimento, demonstrando assim, maior independência e coordenação. Na quarta semana, relatou ter sofrido duas quedas seguidas ao tentar pegar objetos do chão, queixando-se de dores na coluna lombar (EVD 8/10). Foram realizados alongamentos suaves e o jogo no nível básico. Com a melhora da dor, o paciente mostrou-se colaborativo para realizar as atividades e finalizou a sessão sem queixas. Apesar da melhora ao final das sessões, a dor lombar se estendeu durante a quinta e sexta semanas. Pode ser observada, nesse período, melhora da atenção, independência, flexibilidade, segurança e noção de espaço, além da auto correção postural. Relatou não gostar de *videogame* e de novas tecnologias, mas apresentava animação e envolvimento durante as sessões. Ao desviar dos obstáculos durante o jogo do “cume dos reflexos”, deslocava todo o corpo, apresentando melhora da lateralidade, porém encontrava-se mais estático no jogo dos “20.000 vazamentos”, necessitando de mais estímulos da Fisioterapeuta para execução dos movimentos e correção postural. Os movimentos de dissociação com os membros foram realizados de forma mais sincronizada com maior ADM e agilidade. Durante as duas últimas semanas de tratamento, apresentou menos erros de execução, maior compreensão dos comandos verbais e táteis da Fisioterapeuta, maior resistência ao cansaço, concentração, sinergismo dos movimentos dos membros, maior ADM e velocidade da marcha, além de menor rigidez articular e execução dos movimentos de forma rápida e coordenada, com abertura dos MMII e membros superiores (MMSS), quando necessário, o que antes não era possível.

Os achados mais relevantes descritos nestes relatos de casos foram resumidos no quadro 1.

	PARTICIPANTE 1	PARTICIPANTE 2	PARTICIPANTE 3
1 S.	Dificuldade em abaixar. Compensa movimentos com anteriorização de cabeça.	Rigidez articular de MSE. Tremor de repouso. Descoordenação.	Cabeça anteriorizada, hipercifose torácica, dificuldade em pular e articular fala.
2 S.	Cabeça anteriorizada. Melhora da execução dos movimentos e compreensão dos comandos do jogo.	Dificuldade em compreender os comandos do jogo, necessitando de orientação.	Deslocamento anterior durante os exercícios. Apresentou melhora da altura do pulo e ADM durante o agachamento.
3 S.	Maior independência funcional. Percepção da dupla tarefa durante as intervenções.	Melhora da coordenação e ritmo dos movimentos. Queixou-se dos efeitos colaterais do remédio e desempenho.	Menor anteriorização da cabeça e hipercifose torácica. Melhora da articulação da fala e ADM dos MMII.
4 S.	Tensão muscular. Maior fadigabilidade e tremor de cabeça. Declínio no desempenho.	Tensão muscular. Agilidade em retirar seus objetos pessoais. Percepção do trabalho da dupla tarefa.	Sofreu duas quedas seguidas ao tentar pegar objetos do chão. Dor na coluna lombar. Colaborativo para realizar as atividades.
5 S.	Sinergia e independência na execução de movimentos opostos. Boa postura.	Pouca assistência para realizar movimentos opostos. Dificuldade no jogo pela atenção demandada.	Dor lombar, Melhora da atenção, independência, flexibilidade, segurança e noção de espaço. Realiza auto correção postural.
6 S.	Manteve desempenho ganho nas semanas anteriores.	Excelente noção de espaço, postura e agilidade. Disposto e concentrado.	Relatou não gostar de tecnologias. Melhora da lateralidade e sincronia dos movimentos.
7 S.	Resposta rápida aos estímulos e obstáculos. Total independência.	Total independência dos movimentos.	Maior compreensão dos comandos verbais e táteis. Maior resistência ao cansaço.
8 S.	Melhora da relação tempo/execução dos movimentos.	Capaz de manter uma sequência durante a realização dos movimentos.	Concentração. Maior ADM, velocidade da marcha e execução dos movimentos.

Quadro 1. Descrição dos aspectos relevantes observados em cada semana de tratamento com exergame conforme relato de casos. Salvador-Ba, 2016.

3 | RESULTADOS

Os dados coletados através da ficha de registro de dados constam na Tabela 1 abaixo.

Dados	Participante 01	Participante 02	Participante 03
Idade	67 anos	68 anos	69 anos
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino
Tempo da doença	3 anos	3 anos	8 anos
Classificação Hoehn e Yarh	2.5	2.5	2
UPDRS	14	18	44
MEEM	26	25	28
Medicação	Prolopa	Levodopa	Levodopa

Tabela 1. Características dos participantes. Salvador-Ba, 2016.

A pontuação total na BAF antes e após o tratamento, assim como a pontuação obtida em cada subteste, consta na tabela 2. Pode-se perceber uma diminuição de 1 ponto no domínio Controle Inibitório no paciente do caso 03 quando comparado à avaliação inicial. Isto também ocorreu com a paciente do caso 01, entretanto, para o domínio Fluência Verbal, fato que pode ser justificado em virtude da mesma relatar não desejar concluir a resposta ao questionamento solicitado que consistia em falar o máximo de palavras iniciadas pela letra “s”.

Participante	Avaliação	SEM	FV	SM	IC	CI	CPM	TOTAL
	PM	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(18)
01	Inicial	3	3	3	3	0	3	15
	Final	3	2	3	3	1	3	15
02	Inicial	3	3	3	2	0	3	14
	Final	3	3	3	3	2	3	17
03	Inicial	3	3	1	3	2	3	15
	Final	3	3	3	3	1	3	16

Tabela 2. Avaliação inicial e final em cada subteste e pontuação total da BAF. Salvador-Ba, 2016.

PM (Pontuação Máxima); SEM (Semelhanças); FV (Fluência Verbal); SM (Séries Motoras); IC (Instruções Conflitantes); CI (Controle Inibitório); CPM (Controle de

Preensão Manual).

Os resultados obtidos na TUG e TUG modificado/cognitivo constam na tabela 3 abaixo.

Participante	Avaliação	TUG convencional (segundos)	TUG modificado/cog- nitivo (segundos)
01	Inicial	11	11
	Final	5,86	11,1
02	Inicial	6,70	12,31
	Final	5,15	8,56
03	Inicial	11	12
	Final	7,49	10,25

Tabela 3. Resultados obtidos na TUG convencional e TUG modificado/cognitivo. Salvador-Ba, 2016.

4 | DISCUSSÃO

Foi observada melhora da FE e da funcionalidade/mobilidade dos pacientes idosos com DP tratados com *Exergame* após o período de 08 semanas. Entre os resultados encontrados através da avaliação pela BAF, os domínios de maior comprometimento na primeira avaliação foram o “controle inibitório”, seguido de “fluência verbal” e “série motora”, estando em concordância com o estudo de Koerts et al. (2011a)¹⁴. Após o tratamento proposto, os domínios “controle inibitório”, “série motora” e “instruções conflitantes” foram os que obtiveram melhores pontuações na BAF. Com relação à funcionalidade e mobilidade, todos pacientes melhoraram o tempo da TUG; entretanto, para a TUG modificado/cognitivo, apenas os pacientes que obtiveram melhora na pontuação final da BAF, reduziram o tempo de realização deste teste em dupla tarefa.

Com relação à FE, a participante do caso 1 deste estudo foi diagnosticada com DP há três anos e apresentou maiores limitações na FE de acordo com a BAF, quando comparada ao paciente do caso 3, que possuía a doença há oito anos. Isso contrasta com o estudo de Ikuta et al. (2012)¹⁵, o qual relata que quanto maior o tempo da evolução da doença, maior o declínio motor. Entretanto, segundo Koerts et al. (2011b)¹⁶, o desempenho na FE difere de acordo com o estágio da doença, sendo que em pacientes com DP leve não há diferença na execução de um determinado número de tarefas ao mesmo tempo, fato não observado em pacientes com DP em estágio moderado a severo, os quais mostram maior deficiência ao planejar e executar mais do que uma tarefa simultaneamente. Dessa maneira, quanto maior o estágio da

doença, menor a velocidade psicomotora, ou seja, maior a bradifrenia (lentificação mental que se associa à bradicinesia) repercutindo na FE.¹⁶ Neste estudo, o paciente do caso 3 apresentou Hoehn-Yahr equivalente a 2 pontos, sendo que os pacientes dos casos 1 e 2, com menos tempo de diagnóstico da doença, apresentaram Hoehn-Yahr 2.5 pontos, classificação que no caso da paciente do caso 01 pode justificar sua menor pontuação na BAF.

Alterações na FE podem surgir em qualquer estágio da doença Ikuta et al. (2012)¹⁵ e ocorrem devido a distúrbios dopaminérgicos que reduzem a atividade das regiões pré frontais do cérebro⁸, sendo essa alteração responsável por um impacto importante na realização de atividades de vida diária.¹⁷ No presente estudo, os pacientes se queixavam da dificuldade na realização de atividades domésticas e instrumentais. Isso ocorre porque a alteração na FE exerce maior interferência nas atividades de vida diária do que os distúrbios motores.¹⁷ As habilidades motoras envolvendo atividades cotidianas simples promovem ativação da área motora primária do cérebro, necessária para realização dessas tarefas, e pouca ativação das áreas pré-frontais relacionadas à FE. Já as atividades mais complexas, por envolverem a necessidade de planejamento e sequenciamento na execução de movimentos, causam maior ativação das FE.¹⁸

No estudo de Felipe et al. (2014)¹⁷, ao analisarem a FE de 10 idosos com DP com demência, 11 idosos com DP sem quadro demencial, 13 com Doença de Alzheimer (DA) e 20 idosos saudáveis, através de três instrumentos de avaliação da função cognitiva (*Montreal Cognitive Assessment*, Teste de Fluência Verbal Semântica e BAF), identificaram que a habilidade motora em situações de tarefas duplas encontra-se prejudicada nos pacientes com DP com e sem quadro demencial, bem como na DA. Para avaliação das habilidades motoras simples, os autores supracitados utilizaram o TUG; e, para avaliação das atividades motoras complexas (dupla tarefa), utilizaram o TUG modificado/cognitivo, de forma semelhante ao presente estudo. Entre os achados, o grupo com demência de Parkinson apresentou o pior rendimento para ambas as tarefas, seguido pelo grupo de pacientes com DA e DP, enquanto o grupo de idosos saudáveis pouco sofreu influência, inclusive quando submetido à dupla tarefa. Acrescenta, entretanto, que idosos com DP sem quadro demencial apresentaram escores cognitivos pré-frontais e independência funcional semelhantes aos idosos saudáveis, mas que a habilidade motora em situações de dupla tarefa se encontrava prejudicada nos idosos com DP.

No presente estudo, todos os pacientes apresentaram, na primeira avaliação, a TUG modificado/cognitivo com desaceleração notável, hesitação ou erros na contagem regressiva, ou marcha lenta em 10% na dupla tarefa quando comparada à TUG convencional. Além disso, dois participantes obtiveram resultado da TUG convencional compatível com déficit moderado da mobilidade (ou seja, independentes apenas nas transferências básicas), sendo que todos apresentaram melhora na reavaliação, atingindo tempo final considerado normal (idosos independentes e sem alterações no equilíbrio). Esses achados corroboram com os resultados encontrados

no estudo supracitado de Felipe et al. (2014).¹⁷

Com relação à BAF, todos os idosos apresentaram, na avaliação inicial, pontuação igual ou inferior a 15 pontos, o que equivale à presença de disfunções em regiões frontais do cérebro. Após o tratamento, apenas a paciente do caso 1 manteve a pontuação inicial da BAF bem como o resultado da TUG modificado/cognitivo, melhorando apenas a TUG convencional. O resultado da BAF, portanto, parece ter correspondência com o resultado da TUG modificado/cognitivo, uma vez que não melhorar a pontuação da BAF pode estar relacionado ao maior tempo de execução da TUG modificado/cognitivo, pois a inclusão da dupla tarefa levou ao aumento do tempo da marcha, fato não ocorrido com o TUG convencional nesta paciente por se tratar de uma tarefa exclusivamente motora, não dependente da FE. Diferentemente do caso 1, os outros dois participantes deste estudo melhoram a BAF, o TUG e o TUG modificado/cognitivo após o tratamento com *Exergame*, sugerindo que a melhora da BAF pode estar relacionada à melhora no tempo do TUG modificado/cognitivo.

Dessa forma, todos os pacientes tratados com *Exergame*, na presente pesquisa, melhoram sua mobilidade funcional de acordo o TUG. Este resultado corrobora com os achados de Loureiro et al (2012)¹⁹, onde verificaram que a utilização da realidade virtual (RV) em 6 pacientes com DP, durante 12 sessões, levou a um menor tempo para os pacientes percorrem a mesma distância no teste final, quando comparado ao teste inicial.

Diante da complexidade que envolve as tarefas relacionadas às FE e habilidades motoras, a RV (*Exergame*) tem se mostrado uma terapia eficaz por propiciar uma maior integração das habilidades motoras e cognitivas com um maior *feedback* e sem impor riscos ou limitações aos pacientes. Além disso, permite a utilização dos princípios da reabilitação neurológica, como a repetição e a retroalimentação, que otimizam a realização dos movimentos devido a modificações neurofisiológicas e comportamentais e que são decorrentes de mecanismos neuroplásticos.²⁰ Dessa maneira, a RV (*Exergame*) pode ser uma forma de terapia mais atraente pela grande quantidade de estímulos visuais e pela obtenção de recompensa, associada a repetições sem monotonia e alta aderência, como foi percebido em nosso estudo pelo índice máximo de frequência (100%) obtido pelos participantes durante todo o tratamento.

Estudos sobre aprendizagem em ambientes virtuais sugerem que existe uma dificuldade do paciente em transferir a aprendizagem do ambiente virtual para o ambiente real.²¹ Em nosso estudo, isso não foi observado, uma vez que os pacientes realizavam os movimentos de forma correta durante o treino prévio ao jogo e, nas primeiras sessões, apresentavam certa dificuldade em associá-los ao jogo, provavelmente pela velocidade para resolução de problemas mesmo nos jogos básicos, o que não os impediu de obterem melhoras com a terapia, pela repercussão positiva do tratamento em suas atividades funcionais de vida diária, o que denota apropriação e transferência de aprendizagem motora para o ambiente real. Isso se justifica porque as atividades propostas pela RV (*Exergame*) geram níveis semelhantes de dificuldade aos do

ambiente real, ou seja, mimetizam a realidade.²²

Com relação à percepção da dupla tarefa, os pacientes dessa pesquisa relataram-na pelo maior nível de cansaço atingido segundo a escala de Borg (15 pontos), associando o mesmo à demanda de atenção às informações que eram ofertadas nos jogos para a realização da tarefa, em especial no jogo dos **20.000 vazamentos**, pois exigia deles a percepção do vazamento (vidro quebrado) e o planejamento da tarefa motora para obter a ação que consistia em acabar com os vazamentos. Em um estudo com 10 indivíduos, (cinco pacientes com DP e cinco sem DP), foi elaborado um ambiente virtual semelhante a um supermercado para avaliação do planejamento de tarefas; destacando, ao final, que os pacientes com DP necessitaram de um tempo maior para execução, a qual está relacionada à dificuldade de planejamento da tarefa desses pacientes e não às habilidades motoras.²³

Em outro estudo com simulação de atividades de vida diária, composto por duas mulheres com DP e 10 indivíduos saudáveis, um apartamento mobiliado foi projetado para que os pacientes se movimentassem e interagissem com os objetos. Percebeu-se que as pacientes com DP apresentaram dificuldade em tarefas que exigem memória, orientação no espaço, além de apresentarem menor velocidade de execução.²⁴ Nota-se, portanto que, tanto nos estudos supracitados, como na presente pesquisa, os pacientes com DP apresentaram maior dificuldade na realização de atividades que envolvem a FE e a dupla tarefa, ou seja, aquelas relacionadas à parte pré-frontal do cérebro.

Em um estudo para verificar, através do TUG, os efeitos da RV no treinamento do equilíbrio e habilidades funcionais realizados em domicílio sob a supervisão dos pesquisadores, os pacientes com DP foram orientados a anotarem os escores do jogo em um diário. Ao final do tratamento, houve melhora significativa na escala TUG. Pode-se verificar que além de melhorar o equilíbrio, mobilidade e habilidades dos pacientes com DP, a RV (*Exergame*) pode viabilizar o tratamento de pacientes que apresentem alguma dificuldade de deslocamento, também em ambiente domiciliário, sendo possível estender a terapia realizada em ambulatório e favorecer a continuidade do tratamento em casa, potencializando a manutenção e/ou melhora dos resultados terapêuticos.²⁵

Já em um estudo recente com 32 indivíduos com DP (16 grupo controle/16 no grupo experimental), submetidos a dois tipos de intervenção, um baseado no jogo e outro em exercícios terapêuticos tradicionais, observou-se que houve melhora nas habilidades motoras e cognitivas no grupo experimental.²⁶ Entretanto, os resultados mostraram que os ganhos obtidos nas duas terapias propostas eram equivalentes.²⁶ Cabe salientar, entretanto, que apesar dos resultados terem sido semelhantes no estudo citado, pode-se supor haver uma maior limitação para a continuidade e a aderência aos exercícios terapêuticos tradicionais em ambiente domiciliário, possivelmente pelo jogo ser mais atrativo, motivador e multissensorial. Apesar disso, a similaridade dos resultados pode sugerir que o *exergame* pode ser uma modalidade de exercício

indicada no tratamento fisioterapêutico.

A terapia por exposição à realidade virtual pode ser realizada individualmente ou em grupo. Em nosso estudo, os treinos foram realizados de ambas as maneiras, e foi verificado que a observação no desempenho do parceiro, motivava os pacientes a melhorarem seus resultados. A título de aproximação temática, esse fato também foi achado em um estudo realizado com adolescentes submetidos a jogos de cooperação e competição. Com base nos resultados cognitivos, os maiores índices de melhora foram obtidos com o jogo na condição competitiva, sugerindo que a competição, pelo aumento de exigências no córtex pré-frontal, pode ser importante para a melhora dos pacientes com lesões frontais.²⁷ Além disso, jogar em dupla também favorece a socialização, criação de vínculos e troca de experiências, uma vez que os pacientes com DP tem este convívio potencialmente reduzido diante da vergonha com relação às limitações que apresentam.

Em relação à redução da marcha ou congelamento, encontrados nessa população, estudos de neuroimagem sustentam a hipótese de que isso ocorre devido à comunicação anormal entre as estruturas corticais e subcorticais durante o aumento da carga cognitiva e baixos níveis de dopamina.^{28,29} Complementarmente, outros autores³⁰ analisaram um paciente com DP com a projeção de um laboratório virtual e com auxílio da ressonância magnética funcional para avaliar os períodos *on* e *off* da medicação, sendo que o maior índice de congelamento ocorreu no estado *off* em comparação ao estado *on*.

No presente estudo, apesar do participante do caso 2, o qual se queixou dos efeitos colaterais da Levodopa como insônia e dificuldade de articular a fala, ter manifestado a vontade de suspender a medicação por conta própria, sendo orientado a não fazê-lo, o mesmo manteve um desempenho crescente durante a realização das atividades propostas com o *Exergame*, conforme o relato diário de cada intervenção, sem qualquer sintoma de congelamento ou período *off* durante as sessões, inclusive sendo o paciente que obteve melhor resultado nas avaliações finais. Sugere-se assim, que o mesmo não suspendeu sua medicação e, se o fez em algum período, não foi suficiente para impactar negativamente em seu rendimento.

Baseado nas discussões acima, todos os jogos realizados durante as 24 sessões do presente estudo repercutiram positivamente no treinamento das funções executivas assim como das habilidades motoras dos pacientes com DP. Dessa forma, pode-se inferir que, mesmo em estágios iniciais, os domínios da FE comprometidos obtiveram melhora ou a estabilidade em seu desempenho, repercutindo não só na execução de todo o treino, mas também na funcionalidade desses pacientes em sua vida diária. Embora a literatura a respeito deste tema seja muito escassa, tem incluído o treino com realidade virtual como forma de treinar as funções executivas, evidenciando, até então, resultados positivos.²⁶

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, sugere-se que o tratamento com realidade virtual tem efeitos sobre a melhora da função executiva e da mobilidade/funcionalidade nos idosos com DP, sendo necessárias maiores pesquisas, como ensaios clínicos randomizados, a fim de verificar a sua eficácia.

REFERÊNCIAS

1. Peixinho A, Azevêdo AL, Simões RM. Alterações neuropsiquiátras da Doença de Parkinson. Rev Serv Psiquiatr Hosp Fernando Fonseca 2007;3:12-30.
2. O'sullivan SB, Schimitz TJ. Doença de Parkinson. Fisioterapia: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 2004, p.747-73.
3. Umphred DA. Reabilitação neurológica. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.
4. Teive HAG. O papel de Charcot na doença de Parkinson. Arq Neuropsiquiatr. 1998; 56:141-145.
5. Norman DA, Shallice T (1986) Attention to action: Willed and automatic control of behaviour. In: Schwarz GE, Shapiro D, editors. Consciousness and self-regulation. New York: Plenum Press.
6. Parenté R. Reciclagem cognição: técnicas e aplicações. Maryland: Aspen Publishers, 1996.
7. Johannsen, L, Li KZ, Chechlacz M, Bibi A, Kourtzi Z; Wing AM. Functional neuroimaging of the interference between working memory and the control of periodic ankle movement timing. Neuropsychologia 2013;51(11):2142-53.
8. Kummer A, Harsányi E, Dias FMV, Cardoso F, Caramelli P & Teixeira AL. (2009). Depression impairs executive functioning in Parkinson disease patients with low educational level. Cognitive and Behavioral Neurology, 22, 167-172.
9. Campos-Sousa IS, Campos-Sousa RN, Ataíde Jr L, Soares MM de B & Almeida KJ. (2010). Executive dysfunction and motor symptoms in Parkinson's disease. Arquivos de Neuropsiquiatria, 68(2), 246-251.
10. Bloem BR, Grimbergen YA, Van-dijk JG, Munneke M (2006). The "posture second" strategy: A review of wrong priorities in parkinson's disease. J Neurol Sci 248(0022-510;1-2): 196-204.
11. Mirelman A, Rochester L, Reelick M, Nieuwhof F, Pelosin E, Abbruzzese G, Dockx K, Nieuwboer A, Hausdorff JM. V-TIME: a treadmill training program augmented by virtual reality to decrease fall risk in older adults: study design of a randomized controlled trial Mirelman et al. BMC Neurology 2013, 13:15
12. Cunha PJ; Novaes MA. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.26 suppl.1 São Paulo May 2004
13. Podsiadlo D.; Richardson, S. The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991, 39(2):142-8
- 14 Koerts J , Tucha L, Leenders KL, Beilen MV, Brouwer WH, Tucha O. Subjective and objective assessment of executive functions in Parkinson's disease. Journal of the Neurological Sciences 310 (2011) 172–175

15. Ikuta YM ; Reis CRM ; Azevedo MM . Avaliação da função cognitiva em pacientes com doença de parkinson. Rev. para. med.;26(1), jan-mar.2012
16. Koerts J, Van Beilen M, Tucha O, Leenders KL, Brouwer WH. Executive Functioning in Daily Life in Parkinson's Disease: Initiative, Planning and Multi-Task Performance. Laks J, ed. *PLoS ONE*. 2011;6(12):e29254. doi:10.1371/journal.pone.0029254.
17. Felipe LA, Oliveira RT , Garcia M, Silva-Hamu TCD , Santos SMS , Christofoletti G. Funções executivas, atividades da vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativasJ Bras Psiquiatr. 2014;63(1):39-47.
18. Ohsugi H, Ohgi S, Shigemori K, Schneider EB. Differences in dual-task performance and prefrontal cortex activation between younger and older adults. *BMC Neurosci*. 2013;14:10
19. Loureiro APC, Ribas CG, Zotz TGG, Chen R, Ribas F. Feasibility of virtual therapy in rehabilitation of Parkinson's disease patients: pilot study. *Fisioter. Mov.*, 2012; 25:659-666
20. Adamovich, S. V., Fluet, G. G., Tunik, E., & Merians, A. S. (2009). Sensorimotor training in virtual reality: a review. *NeuroRehabilitation*, 25(1), 29– 44.
21. Griffin HJ , Greenlaw R , Limousin P , Bhatia K, Quinn NP , Jahanshahi M. The effect of real and virtual visual cues on walking in Parkinson's disease. *J Neurol* 2011; 258: 991-1000.
22. Mendes FAS, Pompeu JE, Lobo AM, Silva KG, Oliveira TP, Zomignani AP, Piemonte MEP. Motor learning, retention and transfer after virtual- reality-based training in Parkinson's disease – effect of motor and cognitive demands of games: a longitudinal, controlled clinical study. *Physiotherapy* 2012; 98: 217–223.
23. Klinger E, Chemin I, Lebreton S, Marié RM. Virtual Action Planning in Parkinson's Disease: A Control Study. *CyberPsychology & Behavior* 2006; 9: 342-347.
24. Albani G, Pignatti R, Bertella L, Priano L, Semenza C, Molinari E, Riva G, Mauro A. Common daily activities in the virtual environment: a preliminary study in parkinsonian patients. *Neurological Sciences* 2002; 23:49-50
25. Henderson A, Korner-Bitensky N, Levin M. Virtual reality in stroke rehabilitation: a systematic review of its effectiveness for upper limb motor recovery. *Top Stroke Rehabil* 2007; 14:52-61.
26. Pompeu JE, Mendes FAS, Silva KG, Lobo AM, Oliveira TP, Zomignani AP, Piemonte MEP. Effect of Nintendo Wii™-based motor and cognitive training on activities of daily living in patients with Parkinson's disease: A randomised clinical trial. *Physiotherapy* 2012; 98: 196–204
27. Staiano AE, Abraham AA, Calvert, SL. Competitive Versus Cooperative Exergame Play for African American Adolescents' Executive Function Skills: Short-Term Effects in a Long-Term Training Intervention. *Dev Psychol*. 2012 March ; 48(2): 337–342. doi:10.1037/a0026938.
28. Lewis SJG, Barker RA. A pathophysiological model of freezing of gait in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2009; 15: 333–8
29. Vandenbossche J, Deroost N, Soetens E, Zeischka P, Spildooren J, Vercruyse S, et al. Conflict and freezing of gait in Parkinson's disease: support for a response control deficit. *Neuroscience* 2012b; 206: 144–54

30. Shine JM, Ward PB, Naismith SL, Pearson M, Lewis SJG. Utilising functional MRI (fMRI) to explore the freezing phenomenon in Parkinson's disease. *Journal of Clinical Neuroscience* 2011; 18: 807–810.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) PROVENIENTES DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE MAIA (HRTM)

Oziel Tardely Sousa Farias

Universidade Potiguar/Campus Mossoró.
Mossoró/RN

Vinícius Carlos de Oliveira Amorim

Universidade Potiguar/Campus Mossoró.
Mossoró/RN

Pablo de Castro Santos

Universidade do Estado do Rio
Grande do Norte - UERN

RESUMO: O acidente vascular encefálico pode ser definido como um quadro neurológico agudo, provocado pela obstrução vascular que causa isquemia em determinada área do encéfalo ou, pelo rompimento de vasos sanguíneos que irrigam essa região, ocasionando à hemorragia. O presente estudo tem como objetivo identificar e discutir os casos sobre acidente vascular encefálico (AVE) ocorridos na cidade de Mossoró-RN, no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2011, provenientes de dados do Hospital Regional Tarcísio Maia. A pesquisa terá caráter quantitativo-descritivo onde consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal objetivo é o esboço ou estudo das características de fatos ou fenômenos. No referido estudo, foram avaliados 2891 prontuários do HRTM, desses foram registrados 603 casos, perfazendo 20,85% analisados entre janeiro de 2007 a janeiro de 2011 e foram

verificadas a incidência de acidente vascular encefálico 47,27% (n= 285) em homens e 45,43% (n=274) em mulheres e 7,30% (n=44) não apresentaram idade preenchida no formulário. O resultado apresentado por esse estudo revela uma necessidade de uma política voltada para a catalogação de dados referentes ao AVE. Deste modo, espera-se que os dados revelados orientem uma política local para uma elaboração e realização de uma estratégia na catalogação de dados referente ao Acidente Vascular Encefálico na cidade de Mossoró-RN.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico, Epidemiologia, Mossoró-RN.

ABSTRACT: Stroke can be defined as an acute neurological condition, caused by vascular obstruction causing ischemia in certain areas of the brain or by disruption of blood vessels supplying this region, leading to hemorrhage. This study aims to identify and discuss the cases of CVA occurred in the town of Mossoró, RN, from January 2007 to January 2011, data from the Hospital Regional Tarcísio Maia. The research will be quantitative-descriptive character which consists of empirical research whose main goal is to sketch or study of the characteristics of facts or phenomena. In this study, we evaluated medical records of HRTM 2891, these 603 cases were recorded, analyzed accounting for 20.85% from January 2007 to

January 2011 and verified the incidence of stroke, 47.27% (n = 285) in men and 45.43% (n = 274) in women and 7.30% (n = 44) had not completed the old form. The results presented in this study reveals a need for a policy for the collection of data related to stroke. Thus, it is expected that the data revealed a local policy to guide development and implementation of a strategic one in the cataloging data for the CVA in the city of Mossoró-RN.

KEYWORDS: Cerebrovascular Accident, Epidemiology, Mossoró-RN

1 | INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico pode ser definido como um quadro neurológico agudo, provocado pela obstrução vascular que causa isquemia em determinada área do encéfalo ou, pelo rompimento de vasos sanguíneos que irrigam essa região, ocasionando à hemorragia. Esta enfermidade desenvolve rapidamente sinais clínicos provocando conseqüência de distúrbios locais ou globais da função na área afetada com duração maior que 24 horas (MAKIYAMA, 2004). Conforme dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de mortes no Brasil entre os óbitos por doenças cerebrovasculares, com 70.232 óbitos que foram registrados no ano de 2008, é a doença que gera a principal causa de incapacidade de pessoas acometidas no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Apesar da manifestação predominar em faixas etárias mais elevadas, seu impacto socioeconômico é maior quando acomete pacientes jovens, onde os mesmos fazem parte da faixa etária de maior resposta na economia. Nessa população, a incidência anual de eventos isquêmicos é estimada entre 6 e 26 para 100.000 habitantes (BARTZ et al. 2006). Segundo Nunes (2005) a inaptidão funcional é uma das seqüelas mais importantes em pessoas acometidas pelo AVE, unificada ao déficit cognitivo, sugerindo uma forte influência negativa na reabilitação a longo prazo e na sobrevivência destes pacientes. Visando isso, a reabilitação deve facilitar a capacidade de reorganização motora, funcional e social, aliada a recuperação espontânea com estímulos terapêuticos e do ambiente familiar.

De acordo com Lessa et al. (2004) existem várias condições que representam fatores de risco para o desenvolvimento do AVE:

“Os fatores de risco modificáveis que estão estabelecidos para AVE, são: hipertensão, diabetes, fumo, fibrilação atrial, outras doenças cardíacas, hiperlipidemias, sedentarismo, estenose carotídea assintomática, ataques isquêmicos transitórios, e os fatores de risco não- modificáveis são: idade, sexo, raça, etnia e hereditariedade, e outros fatores tais como: álcool, anticorpo antifosfolípídeo, homocisteína elevada, processo inflamatório e infecção (CHAVES, 2000, p. 373).”

A fisioterapia pode colaborar, e muito, para atenuar ou até mesmo cessar por completo a maioria dessas seqüelas. Antes de tudo, deve-se investigar o que causou o AVE e, posteriormente, iniciar o trabalho na elucidação desse novo desafio. Logo

que o paciente esteja estabilizado e informado de sua situação e da extensão de acometimento, deve-se iniciar a fisioterapia. O tratamento fisioterápico inicial deve ser intensivo, eficaz, e continuamente necessário, principalmente, capaz de prevenir as possíveis complicações, contribuindo assim, na expectativa e no aumento da qualidade de vida do paciente. A recuperação pós AVE significa auxiliar o paciente a usar totalmente toda sua capacidade dentro de suas condições, e reassumir sua vida anterior. Essa reabilitação consiste na execução de um tratamento planejado, através do qual possibilitará a pessoa acometida, manter ou evoluir para o maior grau de independência possível. Um aspecto extremamente primordial é incentivar o paciente a ter uma maior independência para realização de suas atividades diárias, mais simples as mais complicadas. Outro aspecto importante que deve ser enfatizado é o da aceitação pelo paciente como também da família, de que o tratamento evolui lentamente e gradual. Observa-se também que o tempo para a reabilitação, parcial ou total, está relacionado com a lesão, o grau das seqüelas do AVE e outros agravantes, como, por exemplo, a presença de quadro depressivo.

Este trabalho é de suma importância, pois na região não existe política voltada para a catalogação de dados referente ao Acidente Vascular Encefálico. Vale salientar que o estado do Ceará é considerado a região que tem o maior índice no país, fato este relacionado à obrigatoriedade dos hospitais em catalogar esses dados. Importante destacar que, os hábitos sociais e alimentares de nossa região equivalem-se ao dos cearenses, portanto uma abordagem direta dos hospitais na obrigatoriedade de registrar esses eventos seria de suma contribuição para que recursos do SUS fossem destinados para o tratamento da doença em questão.

1.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo identificar e discutir os casos sobre acidente vascular encefálico (AVE) ocorridos na cidade de Mossoró-RN, no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2011, provenientes de dados do Hospital Regional Tarcísio Maia.

1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Coletar os dados no serviço de arquivo médico (SAME) do Hospital Regional Tarcísio Maia;
- ✓ Confrontar os dados de acordo com sexo/faixa etária/freqüência de incidência;
- ✓ Discutir os dados obtidos com os descritos na literatura;
- ✓ Proporcionar aos alunos a vivencia prática da construção de uma pesquisa;
- ✓ Construir artigo científico com os resultados encontrados.

1.3 Justificativa e Relevância da Pesquisa

O conhecimento a respeito dos fatores de risco vasculares da população, associados à identificação de indivíduos com alto risco de doença cerebrovascular, possibilitará a criação de estratégias para a prevenção, tanto primária, como secundária do AVE. Além disso, a divulgação intensa junto aos profissionais da área da saúde e familiares da existência de fatores de risco, assim como mecanismos interventores acessíveis e de tratamento eficaz na fase aguda, permite uma melhor qualidade de vida a familiares e pessoas acometidas pelo AVE. Segundo Harboe-Gonçalves (2007) o acidente vascular encefálico (AVE) é causa de 30% dos óbitos cerebrovasculares, sendo o AVE isquêmico responsável por 80% dos casos, este estudo pretende justificar sua relevância fundamentando-se na relação que não há no presente momento, pois atualmente não há nenhum estudo retrospectivo que mostre os dados epidemiológicos referente ao número de pessoas acometidas pelo acidente vascular encefálico na cidade de Mossoró-RN.

Um papel importante do terapeuta é alertar a população quanto aos riscos que está sendo submetida em virtude de determinados comportamentos alimentares, sedentários, de estresse ou devido a falta de informação necessárias que contribuem com o acontecimento do AVE.

1.4 Problemática

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica, de natureza complexa, que afeta o funcionamento do cérebro por consequência da interrupção da circulação cerebral ou de hemorragias. Apresenta grande prevalência no Brasil e tem avançado bastante nas últimas décadas, devendo ser considerada uma emergência médica. Diante dessa constatação, esse estudo tem como problema de pesquisa a identificação do perfil epidemiológico característico a população mossoroense acometidas pelo AVE.

Em outubro de 2009 a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e o Hospital Geral de Fortaleza divulgaram resultados onde foram evitados 200 óbitos e 400 pacientes ficaram livres de seqüelas provocadas pelo Acidente Vascular Encefálico. “Esses números são uma comprovação de que com assistência rápida e de qualidade é possível controlar e reduzir o AVE, a doença que mais mata no Ceará e no Brasil”, afirmou a Secretaria da Saúde do Estado em 2010.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição do AVE

De acordo com André (2006) o acidente vascular encefálico (AVE) pode ser definido como déficit neurológico focal súbito, decorrente de uma lesão vascular. Podem ser incluídas lesões causadas por distúrbios da coagulação e hemodinâmicos, mesmo sem haver alterações venosas ou arteriais detectáveis. Segundo Mausner (1999) o AVE pode ser caracterizado como um complexo de sintomas de deficiência neurológica com duração de pelo menos vinte e quatro horas resultando em lesões cerebrais devido a alterações na irrigação em determinada região do encéfalo. O'Sullivan (2004) afirma que o AVE, mais conhecido como derrame, é o resultado de uma restrição na irrigação sanguínea no cérebro, causando lesão celular e danos às funções neurológicas.

2.2 Classificação do AVE

De acordo com Gurgel (2003), a Sociedade de Cirurgia Vascular – Americana e Sociedade Internacional de Cirurgia Cardiovascular propõem uma classificação clínica para o AVE em:

- a) Assintomático - Não há indicação ou sintoma de doença;
- b) Ataque Isquêmico Transitório (AIT) - Sintomas que envolvem totalmente em menos de 24 horas;
- c) Acidente Vascular Encefálico (AVE) Reversível – Caracterizado por sintomas que envolvem totalmente entre 24 horas e 03 semanas;
- d) AVE permanente – Sintomas e sinais que perduram por mais de 3 semanas; déficit pequenos ou maiores;
- e) AVE em evolução – Apresenta déficit neurológico progressivo com aumento do território inicial afetado.

2.2.1 AVE Hemorrágico

O AVE hemorrágico (AVEh) é resultante de uma ruptura do vaso de qualquer região da cavidade craniana, com diminuição acentuada da perfusão cerebral próxima ao hematoma e compressão local. A hemorragia está presente em 20% das enfermidades cérebro vasculares (STOKES, 2004; OLAVARRIA et al., 2002). No mesmo, podem ser encontradas hemorragias intraparenquimatosas, intraventriculares, subaracnóideas, subdurais e epidurais, de acordo com a sua localização (RIBEIRO, 2005). Na maioria dos casos os AVE's hemorrágicos decorrem pela presença de um aneurisma sacular hipertensivo rompido ou má formação arteriovenosa. Os aneurismas cerebrais são encontrados especialmente na porção anterior do polígono de Willis (UMPHRED, 2004).

O AVEh é originado de uma hemorragia subaracnóidea (HSA), geralmente decorrendo de uma ruptura de aneurisma sacular congênito localizado na artéria do polígono de Willis e a hemorragia intraparenquimatosa (HIP), cujo mecanismo etiológico básico é a degeneração hialina de artéria intraparenquimatosa cerebral, tendo como principal afecção associada a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Um dos principais aspectos a serem observados na origem dos aneurismas saculares intracranianos é a composição do colágeno da camada média da parede arterial. Diversas fibras o compõem, em proporção compatível para lhe conferir resistência e elasticidade. Pontos da parede arterial com diminuição dessas características, submetidos ao estresse hemodinâmico, sofreriam dilatação, paulatina ou episódica, onde a microscopia evidencia uma camada média afilada ou ausente.

O papel do estresse hemodinâmico é demonstrado pelo crescimento da incidência com a idade, pela localização preferencial (embora não exclusiva) dessas lesões nos vasos do polígono de Willis e na circulação anterior, e pela direção de crescimento dos aneurismas, que respeita a do fluxo, em geral (SCHIEVINK, 1997).

2.3.2 AVE Isquêmico

O AVE isquêmico pode decorrer nas formas trombótica, embólica ou lacunar (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2004). A aterosclerose, agente mais comum causador é grande fator de risco da forma isquêmica, é dado como resultado de um acúmulo de lipídios, carboidratos complexos, componentes do sangue e materiais intercelulares; é uma doença crônica e progressiva dos vasos sanguíneos, afetando o metabolismo e as células nas artérias e promovendo o comprometimento da camada íntima do tecido e diminuindo o canal de passagem do mesmo. (SOUZA et al., 2005). Durante o processo aterosclerótico existe uma reação inflamatória proliferativa, em resposta as várias lesões da parede arterial, que desencadeia um processo de estresse oxidativo. A etiologia desta inflamação pode ser ocasionada por diversos fatores como: tabaco, hipoglicemia, hipertensão, infecções ou por uma resposta imune (PERDIGÃO, 1999).

No começo do processo as plaquetas ativas unem-se no endotélio lesado, com liberação de fatores de crescimento e citocinas, que são encarregadas pela migração e proliferação das células da musculatura lisa da camada média e íntima do vaso. Com o poder de proliferação destas células elevadas, há maior síntese de colágeno e, conseqüentemente, aumento de lipoproteínas (LDL) nos macrófagos (GURGEL, 2003).

Segundo Greenberg (2002), a maior incidência de aterosclerose ocorre na região de bifurcação dos vasos, a partir do início da artéria carótida interna, distalmente a bifurcação da carótida comum. Os macrófagos irão deslocar-se para o local da lesão, proporcionando alterações na permeabilidade das células lesadas, que acarretarão na formação de células esponjosas e a diminuição da elasticidade devido à destruição gradual da membrana elástica. Nesta situação pode acarretar na ruptura da membrana

e exposição das plaquetas e componentes de ateroma, formando os fragmentos embólicos em potencial. O acúmulo de colesterol também é outra consequência da presença das células esponjosas, ocasionando, conseqüentemente, a formação da placa de ateroma. Logo após, as fibras de fibrina ligam-se ao vaso, promovendo diminuição do lúmen e evoluindo para a formação do trombo (SALDANHA, 1998). Os trombos são, portanto, resultantes da agregação plaquetária, coagulação da fibrina e queda da fibrinólise.

Estes fatores são os encarregados pelo desenvolvimento dos sintomas de infarto cerebral, onde os mesmos promovem o fechamento e isquemia de uma ou mais artérias cerebrais. Já os êmbolos são originados por segmentos de materiais como gordura, trombos e bactérias, que são excretados na corrente sanguínea e são perfundidos até as artérias cerebrais, onde irão ocasionar oclusão e infarto (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2004).

O infarto embólico é responsável por cerca de 30% dos casos de derrame isquêmico, a perda súbita de perfusão arterial para uma determinada área do cérebro gera sinais clínicos abruptos. A embolia na maioria dos casos é oriunda de alterações cardíacas (sendo as mais comuns as valvulopatias cardíacas, o aneurisma ventricular e as miocardiopatias), podendo ocorrer também por problemas cirúrgicos em pulmões ou fraturas ósseas que desenvolvem embolia gordurosa (ROWLAND e MERRI, 2002).

Geralmente as artérias comprometidas são ramos de pequeno diâmetro da artéria cerebral média, chamadas de lenticuloestriadas, assim como também os ramos da cerebral anterior, posterior e artérias basilares (GANS e DELISA, 2002). Em resposta a alterações fisiológicas, os vasos podem alterar seu diâmetro para propor uma auto-regulação do sistema. Então, quando há oscilação da pressão sanguínea das arteríolas encefálicas, essas contraem e dilatam-se. Estas modificações ocorrem para que possibilite uma manutenção do fluxo sanguíneo na região frente a essas alterações fisiológicas.

A pressão sanguínea encefálica é considerada normal entre 60 a 150mmHg, oscilações acima desses valores obrigam o sistema de auto-regulação a entrar em ação (KANDEL, et al., 2003). Nas pessoas que sofrem de hipertensão arterial este sistema de auto regulação é desviado para níveis maiores alcançando de 180 a 200mmHg, fazendo com que o fluxo sanguíneo eleve-se rapidamente, promovendo uma dilatação dos vasos cerebrais, resultando em edema cerebral.

Nesse caso, haverá compressão dos vasos sanguíneos e diminuição do fluxo, ocasionando uma isquemia que causará a dilatação arteriolar com aumento da pressão e produzindo, cada vez mais, aumento do edema (GUYTON, 2006). Outro tipo de auto-regulação manifestada por alterações no pH e em concentrações de gases como CO₂ e O₂. Quando a concentração de CO₂ aumenta ocorre uma ação vasodilatadora dos vasos cerebrais, provavelmente decorrente das alterações do pH extracelular, o inverso ocorre quando há uma redução do CO₂.

Com o oxigênio ocorre o mesmo, os mecanismos são muito primordiais para a

defesa do sistema encefálico por elevar a liberação de oxigênio e retirar os metabólitos ácidos quando estão presentes a hipóxia ou a isquemia. Além disso, promovem a regulação instantânea do fluxo sanguíneo da região a fim de dar suporte a demanda que é necessária perante as alterações rápidas de oxigênio e glicose (KANDEL et al., 2003). Então, decorrente da oclusão dos vasos, sempre as concentrações de substâncias como glicose e oxigênio estarão diminuídas no sistema nervoso central, podendo promover após 30s alterações do metabolismo.

Caso a disfunção continue por mais de 1 minuto, pode ocorrer a perda da função cerebral da região. Logo após 5 minutos de modificações nesse metabolismo ocorrem infarto na região, porém os danos causados podem ser reversíveis quando o fluxo de oxigênio é retornado rapidamente. A função não retornando, a cascata de eventos tem seu início, onde o aumento das necessidades metabólicas e a baixa reserva de nutrientes fazem com que o cérebro sofra lesões isquêmicas focais ou disseminadas (ROWLAND e MERRI, 2002; DIAS et al., 2000).

Segundo Kurl et al. (2003), No processo de isquemia ocorre excreção de glutamato que promoverá a abertura dos canais de cálcio e seu influxo no citoplasma neuronal em níveis alterados, gerando lesões nas organelas, assim como modificações no metabolismo e na função neuronal.

A manutenção do excesso de glutamato é decorrente de cálcio que proporcionam a perda da função mitocondrial e uma elevação na produção de radicais livres, que causam lesões na membrana lipídica através da peroxidação lipídica. Uma vez iniciada a cascata enzimática essa terá como conseqüência a necrose neural, a partir do processo denominado teoria da toxicidade excitatória ou excitotoxicidade. Dias et al. (2000), demonstrou em seu estudo que as lesões isquêmicas focais são compostas por três diferentes áreas.

Nitrini e Bacheschi (2005) descrevem a existência de estreita relação entre o tamanho da área de penumbra e a extensão da lesão, esses fatores influenciam o prognóstico e a recuperação funcional. Embora imagine-se que lesões de hemisférios dominantes relacionados com a linguagem repercutam em maior dificuldade de recuperação, tem sido sugerido que lesões do lado não dominante, com alterações de reconhecimento do hemicorpo parético e do espaço, podem ser ainda mais incapacitantes.

2.3 Sinais e Sintomas

De acordo com a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação o paciente acometido pelo AVE deve ser tratado imediatamente depois que acontece mas, é possível prever que está para acontecer. É importante saber os sintomas mais freqüentes:

- ✓ Diminuição ou perda súbita da força na face, braço ou perna de um lado do

corpo;

- ✓ Alteração súbita da sensibilidade com sensação de formigamento na face, braço ou perna de um lado do corpo;
- ✓ Perda súbita de visão num olho ou nos dois olhos;
- ✓ Alteração na dicção, incluindo dificuldade para falar e expressar ou para compreender a linguagem;
- ✓ Cefaléia súbita e intensa sem causa aparente;
- ✓ Fraqueza, vertigem súbita intensa e desequilíbrio associado a náuseas ou vômitos.

A inaptidão funcional é uma das conseqüências mais importantes em decorrência do AVE, aliada à diminuição da função cognitiva, sugerindo uma forte influência negativa na recuperação a longo prazo e na sobrevivência destes pacientes. Sendo assim, a reabilitação deve facilitar a capacidade de reorganização cerebral, aliando a recuperação espontânea com estímulos terapêuticos e do ambiente social e familiar.

3 | METODOLOGIA

A pesquisa de caráter exploratório oferece maior familiaridade com o problema e, dessa maneira, torná-la mais explícita. E a pesquisa descritiva “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno”.

Segundo Lakatos (2009) a pesquisa terá caráter quantitativo-descritivo onde consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal objetivo é o esboço ou estudo das características de fatos ou fenômenos. Esse estudo utiliza-se de métodos formais, estatísticos e de precisão com o objetivo de verificar as possíveis suposições a respeito da temática. Todas essas pesquisas utilizam-se de números para coleta de dados de diversos contingentes, como: populações, programas, ou amostras de populações e programas. Onde os mesmo já podem existir ou serem elaborados para empregarem procedimentos de amostragem, e este estudo é exatamente de descrição de população que é um estudo quantitativo-descritivo, tendo como principal função, o relato dos perfis e características em números de populações em geral, organizações ou outras coletividades específicas.

O presente estudo ocorreu no interior das dependências do Hospital Regional Tarcísio Maia localizado em Mossoró/RN, é um hospital geral de grande porte, referência para toda a região Oeste do Estado. Tem a função de atendimento de Urgência e Emergência pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Foi avaliado cerca de dois mil prontuários de pacientes que deram entrada no referido hospital. A população que é atendida é composta de pacientes em caráter de urgência, o hospital atende a cidade de Mossoró e cidades circunvizinhas abordando todas as faixas etárias e todas as classes sociais, onde encontramos cerca de seiscentos pacientes que deram entrada no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2011. Para a pesquisa foram recrutadas

duas alunas do curso de Fisioterapia, duas alunas do curso de Enfermagem e os autores do TCC em conjunto com o orientador.

Como critério de inclusão designamos todos os pacientes atendidos no HRTM, no período de Janeiro de 2007 a Janeiro de 2011, tendo como diagnóstico AVE. Todos os pacientes atendidos fora (antes ou depois) do período estabelecido foram desconsiderados da amostra, bem como os pacientes sem diagnóstico de AVE e formulários incompletos. Para a catalogação dos dados foi feito uma ficha de pesquisa epidemiológica simplificada contendo os principais fatores de risco do acidente vascular encefálico, como: hipertensão, faixa etária, obesidade e sexo, para uma posterior tabulação dos dados.

A pesquisa proposta iniciará com os alunos deslocando-se em veículo próprio ao Hospital Regional Tarcísio Maia munido da autorização do diretor (ANEXO 1), onde o responsável pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME) nos levará ao local onde os prontuários estão localizados, visto isso, será iniciada a pesquisa. Os dados serão tabulados em uma análise quantitativa no software Microsoft Office Excel 2007, onde será apresentado em forma de tabelas e gráficos.

De acordo com a referida pesquisa podemos esperar dados alarmantes, visto que, nossa região é dotada de uma população etilista, tabagista, com hábitos alimentares de má qualidade, sedentária, não contrariando que no estado do Ceará foi feita uma pesquisa nos mesmos moldes e de acordo com o SUS viu-se que, o estado era o segundo no nordeste em casos de internação e óbitos devido à patologia, depois da implantação do serviço de internamento o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) tornou-se referência no Brasil em atendimento para a doença.

4 | RESULTADOS

Estudos mostram que nos Estados Unidos, a incidência é de 700.000 casos por ano (165.000 correspondem a óbitos) segundo Fernandes (2006), e os respectivos custos anuais chegam a aproximadamente 58 bilhões de dólares (ELLIS, 2009). Na América Latina, estudos mostram que o AVE é causa insidiosa de morbidade e mortalidade entre adultos (PONTES, 2008). Pesquisa realizada na América do Sul revela uma incidência de 35 a 183 casos por 100.000 habitantes. No Brasil, as taxas de mortalidade verificadas à idade para o AVE estão entre as maiores em nove países da América Latina (MANSUR, 2003). Segundo pesquisa feita pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2010), no ano de 2009, período em que o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) fez o primeiro ano de atendimento na unidade de AVE foram evitados 200 óbitos e 400 pacientes ficaram livres de seqüelas. Como no Rio Grande do Norte não há uma política de catalogação de dados, existe uma grande dificuldade de encontrar resultados de pacientes acometidos no Estado.

Diante disso, no referido estudo, foram avaliados 2891 prontuários do HRTM, desses foram registrados 603 casos, perfazendo 20,85% analisados entre janeiro de 2007 a janeiro de 2011 e foram verificadas a incidência de acidente vascular encefálico 47,27% (n= 285) em homens e 45,43% (n=274) em mulheres e 7,30% (n=44) não apresentaram idade preenchida no formulário. (GRÁFICO1)

Porcentagem de pacientes/sexo

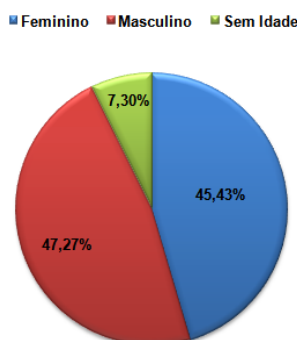


Gráfico 1: Porcentagem de pacientes/sexo

Fonte: Pesquisa

No ano de 2007 foi visto que 24,15% equivalente a (n=135) pessoas deram entrada no referido hospital com diagnóstico clínico de AVE, a maior quantidade de pessoas que apresentaram o AVE foi na faixa etária de 71 a 80 anos sendo, 22,20% mulheres (n=30) e 14,80% homens (n=20), e um número bastante significativo do sexo masculino acometidos foi o da faixa etária entre 61 e 70 anos com 15,60% casos (n=21). Neste mesmo ano, foram excluídos 11,10% do total de prontuários observados devido à falta de informações. (GRÁFICO 2)

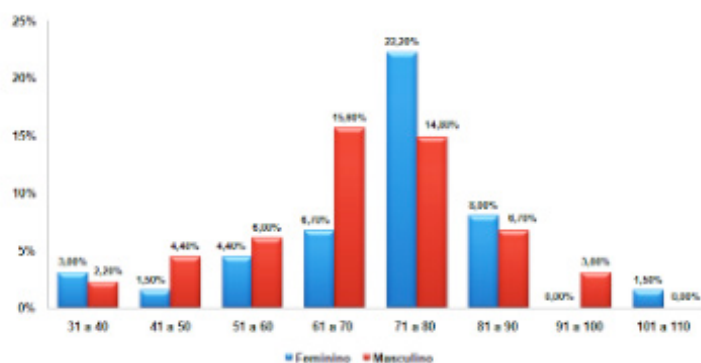


Gráfico 2: Dados relativos ao ano de 2007

Fonte: Pesquisa

Em 2008 foram registrados 25,40%, sendo (n=142) eventos de AVE no HRTM, dentre eles podemos ressaltar que a faixa etária que apresentou um número significativo foi entre 71 e 80 anos, registrando 32,40%, sendo (n=46) casos, dentre eles 17,60%

(n=25) mulheres e 14,80% (n=21) homens. Vale salientar que na faixa etária anterior o número de casos masculinos também prevaleceu com 13,40% (n=19) ocorrências, o que não difere do ano de 2007. No ano de 2008 houve a exclusão de 5,63% (n=8) prontuários por não apresentarem a idade descrita no mesmo. (GRÁFICO 3)

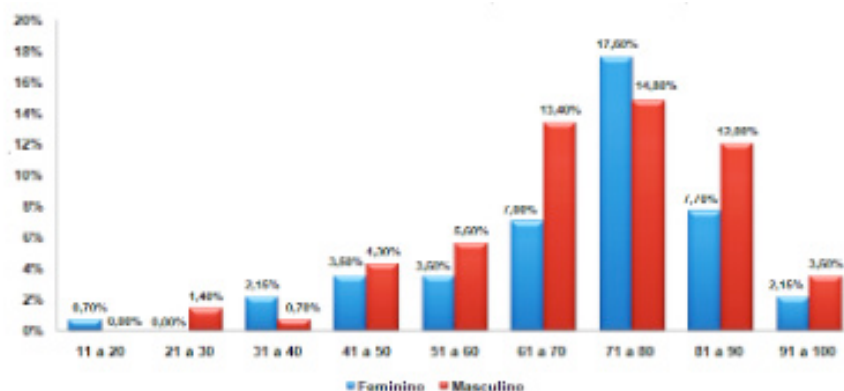


Gráfico 3: Dados relativos ao ano de 2008

Fonte: Pesquisa

Posteriormente em 2009, foram registrados 22,90% (n=128) casos de AVE, sendo o maior índice de registros na faixa entre 61 e 70 anos, contrariando os anos anteriores. Nessa faixa foram verificados 26,60% (n=34) casos sendo 50% homens e 50% mulheres. Na faixa etária seguinte que corresponde 71 a 80 anos foram contabilizados 10,90% (n=14) mulheres e 7,85% (n=10) homens, o que segue os mesmos resultados dos anos seguintes, mais mulheres que homens nessa determinada faixa. Podemos observar que houve uma diminuição na idade de acometimento, sendo dois casos do sexo masculino entre 11 a 20 anos e houve 7,81% (n=10) casos excluídos devido ao não preenchimento da idade nos formulários. (GRÁFICO 4)

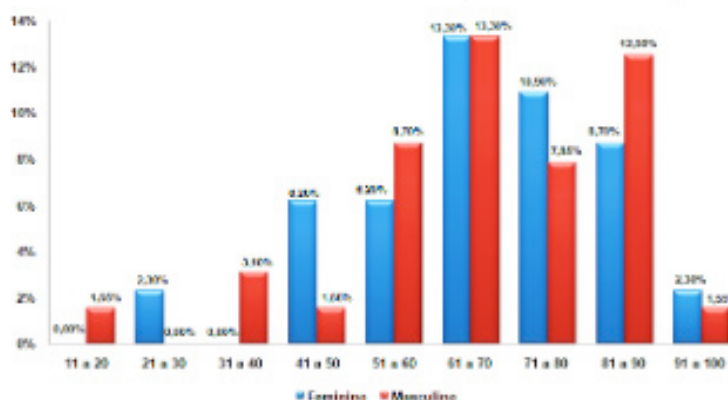


Gráfico 4: Dados relativos ao ano de 2009

Fonte: Pesquisa

E no último ano verificado, 2010, foram registrados 27,55% (n=154) dos casos, o maior índice de casos de AVE foi na faixa entre 61 e 70 anos, semelhante ao ano anterior. Nessa faixa foram verificados 24,66% (n=38) casos sendo 11,68% (n=18)

homens e 12,98% (n=20) mulheres. Na faixa etária seguinte correspondendo entre 71 a 80 anos foram contabilizados 10,38% (n=16) mulheres e 10,38% (n=16) homens. Nesse mesmo ano foram verificados também casos na faixa etária entre 11 a 20 anos, sendo 2,59% (n=4) casos do sexo feminino e houve 7,14% (n=11) casos excluídos devido ao não preenchimento da idade nos formulários. (GRÁFICO 5)

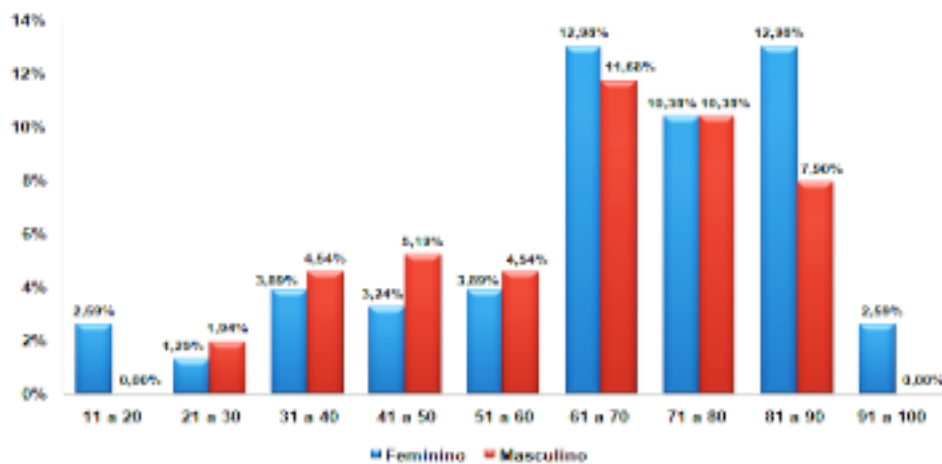


Gráfico 5: Dados relativos ao ano de 2010

Fonte: Pesquisa

Diante disso, podemos observar que houve uma variação no quesito idade/sexo dos pacientes acometidos pelo AVE, sendo que no anos 2007 e 2008 verificou-se uma maior prevalência na faixa etária de 71 a 80 anos e nos anos 2009 e 2010 foi observado um maior número na faixa entre 61 e 70 anos. (GRÁFICO 6)

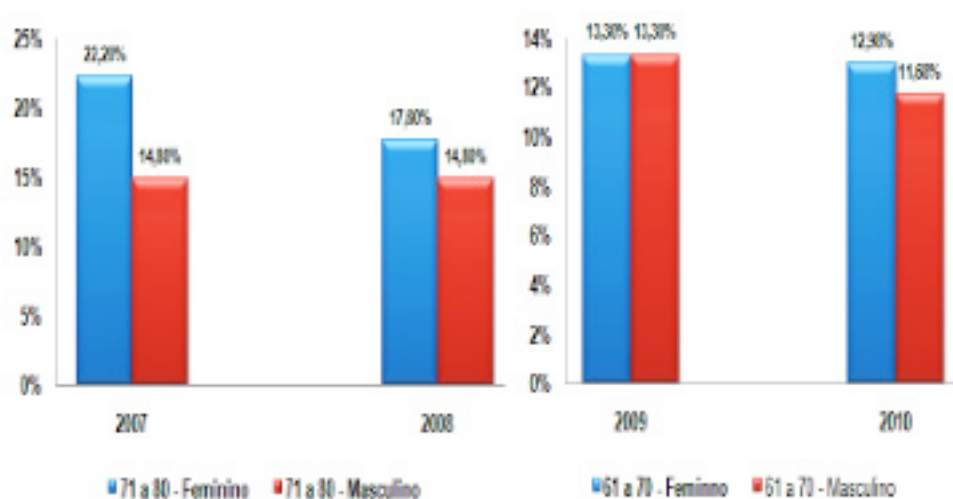


Gráfico 6: Dados relativos a maior prevalência por faixa etária

Fonte: Pesquisa

5 | DISCUSSÃO

Um fato no qual chamou bastante atenção, foi que pode-se observar onde nem todos os prontuários estavam corretamente preenchidos, mas, ficou bem evidente que a maioria dos prontuários analisados apresentava como fator de risco principal a hipertensão arterial.

De acordo com a pesquisa, os dados demonstraram que 47,27% dos clientes eram do sexo masculino e 45,43% do sexo feminino. Estes dados corroboram com resultados encontrados em um estudo realizado com jovens (ZÉTOLA, 2001), e outro feito com um grupo de idosos acometidos por AVE (MARQUES, 2006). A prevalência do AVE na população idosa era esperado, visto que a idade é o principal fator de risco não modificável (LEWEIS, 2002), o que só atenta para a necessidade de medidas indispensáveis de prevenção e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular, que podem ser realizadas pela atenção básica, que causem a redução dos fatores de risco na população adulta, com o intuito de consentir que atinja o envelhecimento de forma mais saudável. Segundo estudos realizados na população de idosos na cidade de Portland, Estados Unidos, para avaliação de AVE, pode-se constatar um resultado diferente neste estudo, quanto à classificação de idade e sexo. Na pesquisa americana, nos grupos de idade 65-74 anos e 75-84 anos, as taxas de prevalência entre os homens ultrapassaram as taxas entre as mulheres e as taxas de prevalência entre as mulheres foram maiores no grupo de idade superior a 85 anos (BARKER, 1996).

Em contrapartida com os fatores de risco modificáveis citado no presente estudo, foram verificados que a maioria dos prontuários apresentavam a hipertensão como fator desencadeante para o AVE, corroborando com estudos anteriores (SACCO, 1999; KANNEL, 2003). O risco atribuído pela hipertensão é maior para insuficiência cardíaca e AVE, e nos países do hemisfério norte-ocidentais, a doença coronariana é mais comum e causa uma maior mortalidade dos acometidos. De acordo com estudo de Román (1991) verificou-se que a hipertensão arterial é o principal fator de risco para a doença cerebrovascular, de acordo com seus dados nota-se que a prevalência está em torno de 11% a 20% acima dos 20 anos e 35% acima dos 50 anos e pode-se afirmar que torno de 85% dos pacientes com AVE são hipertensos.

Partindo da idéia de Zivin (2005), a incidência de casos de AVE aumenta diretamente em relação ao grau de elevação das pressões arteriais sistólica e diastólica acima dos valores limites. Estudos indicam que há mais de 30 anos existem evidências conclusivas de que o controle da HAS previne o AVE. O risco relativo de AVE em pacientes hipertensos é aproximadamente quatro vezes superior ao de indivíduos normotensos na mesma idade.

A alta prevalência de casos registrados nesse estudo está em desacordo com dados fornecidos pelo SUS. Na base de dados do DATASUS está disponível o número de casos referentes a janeiro de 2008 até abril de 2011 e foi verificado que nos 12

meses de 2008 foram registrados 9 casos, diferente do que foi relatado nos resultados com 150 casos registrados no hospital referência do município. Já no ano de 2009 foram registrados 2 casos e no ano de 2010 ficou notificado 8 casos, com isso vimos que há uma contradição nos dados já que em pesquisa no HRTM vimos que houveram 138 casos em 2009 e 154 no ano passado. Segundo Nicoletti (2000) a realização de estudos epidemiológicos das doenças cerebrovasculares, bem como outras doenças neurológicas, em países em pleno desenvolvimento, na maioria das vezes apresentam dificuldades originárias de mão de obra especializada quanto da falta de informações sócio-demográficas e na baixa qualidade de informações prestadas nos prontuários de saúde. Em um estudo de revisão sistemática sobre AVE na América do Sul, foi relatado que dos mais de 200 trabalhos revistos apenas sete continham informações sobre a epidemiologia do AVE (SAPOSNIK, 2003).

Com a falta de política para a catalogação e do preenchimento incorreto dos mesmos, fica difícil a apresentação de dados para posteriores pesquisas. Bom exemplo a ser seguido é o estado do Ceará que tornou-se referência no país com um hospital multidisciplinar para tratar dos acometidos pelo AVE e orientar aos cuidadores como proceder diante de tal fato.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado apresentado por esse estudo revela uma necessidade de uma política voltada para a catalogação de dados referentes ao AVE. Outro aspecto importante para ser revelado é a falta de preenchimento completo dos prontuários, dados importantes não citados podem comprometer o atendimento do paciente. Observou-se neste estudo uma maior incidência do AVE com o avançar da idade, embora atinja também indivíduos jovens, visto isso, podemos determinar que o AVE tornou-se um problema de saúde na cidade de Mossoró-RN. Deste modo, espera-se que os dados revelados orientem uma política local para uma elaboração e realização de uma estratégia na catalogação de dados referente ao Acidente Vascular Encefálico na cidade de Mossoró-RN.

REFERÊNCIAS

BARKER DJP, OSMOND C. **Mothers' pelvic size, fetal growth, and death from stroke and coronary heart disease in men in the UK.** Lancet. 1996;348:1264 –1268.

BARTZ PJ, CETTA F, CABALKA AK, REEDER GS, SQUARCIA U, AGNETTI A, et al. **Paradoxical emboli in children and young adults: role of atrial septal defect and patent foramen ovale device closure.** Mayo Clin Proc. 2006; 81(5): 615-8.

BONITA, R.. **The Global Stroke Initiative.** Lancet Neurology v3, p.391-3, 2007.

DIAS, L. A. A.; COLLI, B. O.; NETTO, J. C.; LACHAT, J. J. **Avaliação da isquemia cerebral focal induzida pela oclusão da artéria cerebral média e a ação neuroprotetora do cetoprofeno em**

ratos. Arq. Neuropsiquiatria, v.58, n.4, p.1047-1054, 2000.

ELLIS C, EGEDE LE. **Stroke recognition among individuals with stroke risk factors.** Stroke. 2009;337(1)5-10.

GANS, B. M.; DELISA, J. A. **Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas.** Sao Paulo: Manole, 2002.

GREENBERG, DAVID A; AMINOFF, MICHAEL J; SIMON, ROGER P. **Neurologia clínica.** Tradução de Jacques Vissoky, Kleber Netto, Marcelo Malinski. 2 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2002

GURGEL, G. A. **Isquemia Cerebral de Origem Extracraniana: Diagnóstico e Tratamento Clínico.** Maceió, 16 maio 2003. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro> Acesso em 03 de Outubro de 2010.

GUYTON, A. C., HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 11 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HARBOE-GONÇALVES L, VAZ LS, BUZZI M. **Avaliação dos níveis de hiper-homocisteinemia, vitamina E, selênio, cobre, ceruloplasmina e ferritina em pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico.** J Bras Patol Med Lab, 2007;43:9-15.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSEL, T. M. **Princípios da Neurociência.** 4 ed., Barueri: Manole, 2003.

KURL, S.; LAUKKANEN, J. A.; RAURAMAA, R.; LAKKA, T. A.; SIVENIUS, J.; SALONEN, J. T. **Systolic blood pressure response to exercise stress test and risk of stroke** apud: CASTRO, R. B.; VIANNA, L. M. **Mecanismos que explicam o efeito da atividade física na prevenção de acidente vascular encefálico.** Fisioterapia Brasil, v.5, n.3, p.221-223, 2004.

LAKATOS, E. M., MARCONI. M. A., **Fundamentos da metodologia científica.** 6ª Ed. – 7. Reimpr. – São Paulo: Atlas 2009.

LESSA, I; ARAÚJO, M.J.; MAGALHÃES, L.; *et al.* **Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de salvador (BA),** Brasil. Rev Panam Salud Pública., v. 16, n. 2, 2004.

LEWEIS RM. **Merrit: tratado de neurologia.** 10a Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002.

MAKIYAMA TY, Battistella RS, Litvoc J, Martins LC. **Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores.** Acta Fisiatr. 2004;11(3):106-9.

MANSUR AP, SOUZA MFM, FAVARATO D, AVAKIAN SD, CÉSAR LAM, ALDRIGUI JM, RAMIRES JAF. **Stroke and ischemic heart disease mortality trends in Brazil from 1979 to 1996.** *Neuroepidemiology* 2003;22:179-183.

MARTIN, J.H. **Neuroanatomia: Texto e Atlas.** 2 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MARQUES S, RODRIGUES RAP, KUSUMOTA L. **O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar.** Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(3):364-71.

MAUSNER, J. E BATH, A. (1999). **Introdução à Epidemiologia.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. - **A neurologia que todo médico deve saber.** São Paulo: Atheneu, 2005.

NUNES S, PEREIRA C, SILVA MG. **Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão**. Disponível em: <http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisio_files/vol1n3.pdf> Acesso em 3 de Outubro de 2010. EssFisiOnline 2005; 1(3):3-20.

OLAVARRIA, V.; MELLADO, P.; HUETE, I. . **¿Hemorragias lacunares?. Cuadernos de Neurologia**, v. 26, [s.p.], 2002.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2004.

PERDIGAO, C. **Da patogênese da aterosclerose**. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, v. 4, n. 4, p. 205-206, 1999.

PONTES-NETO OM, SILVA GS, FEITOSA MR, FIGUEIREDO NL, FIOROT JA, ROCHA TN, ET AL. **Stroke awareness in Brazil**. Stroke. 2008;39:292-6.

RIBEIRO, P. E. C. **Disciplina de Clínica Médica**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br>>. Acesso em 5 Outubro 2010.

ROMÁN GC, GIBBS CJ. **Neuroepidemiology of stroke in Brazil. Neuroepidemiology: an international perspective**. *New Issues in Neurosciences* 3: 448-51, 1991.

ROWLAND, L. P.; MERRI, T.T. **Tratado de Neurologia**. 10 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SACCO RL, WOLF PA, GORELICK PB. **Risk factors and their management for stroke prevention: outlook for 1999 and beyond**. *Neurology* 53: S15-24, 1999.

SALDANHA, C. **Cálcio e aterosclerose**. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, v.3, n.5, p.291-300, 1998.

SCHIEVINK WI. **Intracranial aneurysms**. *N Engl J Med*. 1997;336:28-40.

SOUZA, L. V.; CASTRO, C. C.; CERRI, G. G. **Avaliação da aterosclerose carotídea por intermédio da ultra-sonografia e ressonância magnética**. Radiologia Bras., v.38, n.2,p.81-94, 2005.

STOKES, M. **Physical Management in Neurological Rehabilitation**. 2 ed., Elsevier Mosby, 2004.

UMPHRED, D. A. **Fisioterapia Neurológica**. 4 ed., Barueri – SP. São Paulo: Editora: Manole, 2004.

ZÉTOLA V. H. F., N. EDISON M., C. C. HENRIQUE F., CARRARO J. H., CORAL P., MUZZIO J. A. ET AL. **Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos**. Arq. Neuro-Psiquiatr. [serial on the Internet]. 2001 Sep [cited 2009 June 04] ; 59(3B): 740-745.

ZIVIN JA. **Doença Vascular Cerebral Isquêmica**, In: Cecil D, Goldman L, Ausiello D. Tratado de Medicina Interna, Rio de Janeiro, Elsevier, 2005.

AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO E MOBILIDADE EM IDOSOS COM GONARTROSE

Jhonata Clarck Rodrigues da Silva

Departamento de Fisioterapia, Centro
Universitário Maurício de Nassau, Recife
PE, Brasil

Dominique Babini Lapa de Albuquerque

Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Criança e do Adolescente, Universidade Federal
de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Dianny Dairily Barbosa de Lucena

Departamento de Fisioterapia, Centro
Universitário Maurício de Nassau, Recife, PE
Brasil

RESUMO: **Introdução:** A gonartrose é caracterizada como uma patologia articular crônica, multifatorial, progressiva e degenerativa que leva a uma incapacidade funcional e que atinge a articulação do joelho. A degeneração gradativa da cartilagem articular pode alterar o equilíbrio e a mobilidade, aumentando o risco de quedas, particularmente na população idosa. **Objetivos:** Avaliar o equilíbrio e a mobilidade em idosos com diagnóstico clínico de gonartrose, comparar o desempenho na avaliação de equilíbrio estático e dinâmico de idosos com e sem gonartrose, e correlacionar as variáveis idade, tempo de diagnóstico e grau de gonartrose com o equilíbrio em idosos com gonartrose. **Método:** Estudo observacional, transversal, prospectivo e comparativo, cuja

amostra foi composta por 60 idosos, na faixa etária entre 60 e 80 anos, sendo 30 com diagnóstico de gonartrose, e 30 sem alterações articulares em membros inferiores, para fins comparativos. A pesquisa foi conduzida no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Municipal Josefa Eusébia da Rocha, localizado em Feira Nova-PE, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos do Centro Universitário Maurício de Nassau, sob o Parecer de nº 1.256.103. Foram coletados dados sócio-demográficos e clínicos dos participantes da pesquisa e, aplicada a Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti. O teste t de *Student* foi utilizado para analisar as diferenças entre os escores da escala intergrupos. O Índice de Correlação de *Spearman* foi utilizado para analisar a correlação entre as variáveis. Para nível de significância estatística, foi considerado um $p \leq 0,05$. Os dados foram analisados no programa BioEstat 5.0. **Resultados:** Observou-se escore médio total da Escala de Tinetti menor no grupo de idosos com gonartrose ($19,26 \pm 5,42$) quando comparado ao grupo controle ($23,86 \pm 5,72$), com diferença de média de 4,16 [IC95%: 1,28 - 7,03], e diferença estatística significativa ($p=0,0001$). Foi encontrado um risco 5,67 [IC95%: 1,35 - 22,86] vezes maior de quedas em idosos com gonartrose quando comparados àqueles sem a patologia. Houve correlação significativa inversamente proporcional entre o

escore total e tempo de diagnóstico ($p=0,01$; $R=-0,70$), escore total e idade ($p=0,008$; $R=-0,76$) e escore total e grau de gonartrose ($p=0,04$; $R=-0,63$). **Conclusão:** A gonartrose interferiu no equilíbrio e mobilidade dos idosos avaliados, aumentando o risco de quedas, particularmente naqueles com mais tempo de diagnóstico, maior idade e degeneração mais severa, constituindo, assim, um grupo alvo de intervenção fisioterapêutica preventiva e reabilitativa.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoartrite; Avaliação; Equilíbrio Postural.

ABSTRACT: Introduction: Gonorrhea is characterized as a chronic, multifactorial, progressive and degenerative joint pathology that leads to a functional disability that reaches the knee joint. Gradual degeneration of articular cartilage may alter balance and mobility, increasing the risk of falls, particularly in the elderly population. **Objectives:** To evaluate balance and mobility in the elderly with clinical diagnosis of gonarthrosis, to compare the performance in the evaluation of static and dynamic balance of the elderly with and without gonarthrosis, and to correlate the variables age, diagnosis time and degree of gonarthrosis with the balance in elderly with gonarthrosis. **Method:** An observational, cross-sectional, prospective and comparative study. The sample consisted of 60 elderly individuals, aged between 60 and 80 years, 30 of whom had a diagnosis of gonarthrosis and 30 without articular alterations in the lower limbs for comparison purposes. The research was conducted at the Physical Therapy Outpatient Clinic of the Municipal Hospital Josefa Eusébia da Rocha, located in Feira Nova-PE, after approval of the Committee of Ethics in Research of Human Beings of the University Center Maurício de Nassau, under the Opinion of nº 1,256,103. Socio-demographic and clinical data were collected from the participants of the study and applied to the Tinetti Balance and March Scale. Student's t-test was used to analyze differences between intergroup scale scores. The Spearman Correlation Index was used to analyze the correlation between the variables. For statistical significance level, $p \leq 0.05$ was considered. Data were analyzed in the BioEstat 5.0 program. **RESULTS:** The mean total score of the Tinetti Scale was lower in the elderly group with gonarthrosis (19.26 ± 5.42) when compared to the control group (23.86 ± 5.72), with mean difference of 4, 16 [95% CI: 1.28 - 7.03], and significant statistical difference ($p = 0.0001$). A greater risk was found for 5.67 [95% CI: 1.35 - 22.86] falls in elderly patients with gonarthrosis when compared to those without the disease. There was a significant inversely proportional correlation between total score and diagnosis time ($p = 0.01$, $R = -0.70$), total score and age ($p = 0.008$, $R = -0.76$) and total score and degree of gonarthrosis ($p = 0.04$, $R = -0.63$). **Conclusion:** Gonarthrosis interfered in the balance and mobility of the elderly evaluated, increasing the risk of falls, particularly those with longer diagnosis, older age and more severe degeneration, thus constituting a target group of preventive and rehabilitative physiotherapeutic intervention.

KEYWORDS: Osteoarthritis; Evaluation; Postural equilibrium.

1 | INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa mundial tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Estima-se que em 2050, os idosos representarão 20% da população mundial, ou seja, 2 bilhões de pessoas. A tendência é que os idosos se tornem cada vez mais numerosos em relação às pessoas mais jovens. Em 2000, a população idosa superou pela primeira vez o número de crianças com menos de 5 anos. E daqui a 20 anos, possivelmente o número de pessoas com mais de 60 anos deverá superar também a população de jovens com menos de 15 anos¹.

O processo de envelhecimento populacional requer o desenvolvimento de políticas de atenção à pessoa idosa, abrangendo três esferas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, promoção da saúde e o bem-estar na terceira idade, e segurança social². O envelhecimento pode ser compreendido como um conjunto de alterações estruturais e funcionais, desfavoráveis do organismo que se acumulam de forma progressiva devido ao avanço da idade, as quais podem prejudicar o desempenho de atividades motoras e favorecer o surgimento de doenças crônico-degenerativas³.

Uma das alterações que pode ocorrer será a gonartrose, o período mais comum de início do desenvolvimento da afecção é entre 50 e 60 anos, porém a prevalência aumenta com a idade, principalmente entre 60 e 70 anos⁴, sendo a causa mais comum de incapacidade devido à afecções das articulações sinoviais, principalmente entre as mulheres^{5, 6}. No Brasil dados da Previdência Social, aponta que a gonartrose é responsável por 7,5% dos afastamentos do Trabalho, sendo a segunda doença que justifica o auxílio-inicial de 7,5% do total e 10,5% em relação com o auxílio-doença e é a quarta à determinar aposentadoria⁷.

A osteoartrite, osteoartrose ou artrose é uma doença articular crônica, multifatorial, progressiva e degenerativa que leva a uma incapacidade funcional e que atinge as articulações^{4,6}. A Gonartrose é definida por uma degeneração gradativa da cartilagem articular do joelho, onde o quadro clínico envolve dor, edema, rigidez, crepitações, redução das amplitudes articulares, perda de funcionalidade e diminuição da qualidade de vida⁵.

É ocasionada por diversos fatores que causam insuficiência da cartilagem em associação com a variedade de condições como: sobrecarga mecânica, alterações bioquímicas da membrana sinovial, cartilagens e fatores genéticos⁴. Ela se classifica em 4 graus, tendo em vista o comprometimento articular radiográfico, onde grau 0 representa ausência de alterações radiográficas e, grau IV espaço articular quase inexistente ou totalmente inexistente com esclerose do osso subcondral⁶.

O equilíbrio corporal sofre declínios constantemente devido ao processo de envelhecimento¹. É um processo que depende de interações entre a visão, sensação vestibular e periférica, dos comandos centrais e respostas neuromusculares, força muscular e do tempo de reação.⁸ O equilíbrio é classificado em estático (quando o indivíduo postura ereta, consegue manter seu centro de gravidade sobre sua base de

suporte) e dinâmico (quando o corpo parte do equilíbrio estável e é deslocado durante a marcha)⁹.

Problemas de equilíbrio dinâmico têm sido considerados como principais causas de quedas¹⁰. O equilíbrio está associado a ocorrência de quedas no idoso e também a perda da mobilidade das articulações como a do quadril, joelhos, tornozelos e coluna vertebral, gerando alterações no padrão da marcha e nas AVD's¹¹. A Escala de Tinetti tem sido utilizada para a avaliação do equilíbrio e a mobilidade. O teste consiste em 22 itens, sendo que 13 delas fazem parte da escala de equilíbrio, e as outras 09, da parte de avaliação da marcha. A escala classifica os aspectos da marcha como a velocidade, distância do passo, equilíbrio em pé, simetria, o girar e mudanças com os olhos fechados⁸.

Assim, em razão do aumento significativo de quedas entre os idosos e suas conseqüências negativas na sua independência funcional, o presente estudo objetivou avaliar o equilíbrio e a mobilidade em idosos com diagnóstico clínico de gonartrose, comparar o desempenho na avaliação de equilíbrio estático e dinâmico de idosos com e sem gonartrose, e correlacionar as variáveis idade, tempo de diagnóstico e grau de gonartrose com o equilíbrio em idosos com gonartrose.

2 | MÉTODO

Estudo observacional analítico transversal, cuja amostra foi composta por 60 idosos, na faixa etária entre 60 e 80 anos, sendo 30 com diagnóstico de gonartrose, e 30 sem alterações articulares em membros inferiores, para fins comparativos.

A pesquisa foi conduzida no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Municipal Josefa Eusébia da Rocha, localizado em Feira Nova-PE, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos do Centro Universitário Maurício de Nassau, sob o Parecer de nº 1.256.103.

Os pacientes foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), confirmando a participação no estudo. Em seguida, os dados sócio-demográficos e clínicos foram coletados através de preenchimento de uma ficha de avaliação elaborada pelas pesquisadoras do estudo.

Posteriormente, foi aplicada a Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti conforme o modelo de Tinetti (1986), o qual foi traduzido para o português e validado no Brasil¹², a fim de avaliar o equilíbrio estático e dinâmico das idosas. O teste consiste em 22 itens, sendo que 13 delas fazem parte da escala de equilíbrio, e as outras 09, da parte de avaliação da marcha. A escala classifica os aspectos da marcha como a velocidade, distância do passo, equilíbrio em pé, simetria, o girar e mudanças com os olhos fechados⁸.

Para avaliar o equilíbrio estático, foi utilizada uma cadeira para que os participantes sentassem para iniciar as avaliações e seguido por suas respectivas pontuações. No

equilíbrio dinâmico, foi estipulado um percurso de 5 metros, onde o participante foi autorizado a iniciar sua marcha e mediante a observação do avaliador.

O teste t de Student foi utilizado para analisar as diferenças entre os escores da escala intergrupos. O Índice de Correlação de Sperman foi utilizado para analisar a correlação entre as variáveis. Para nível de significância estatística, foi considerado um $p \leq 0,05$. Os dados foram analisados no programa BioEstat 5.0.

3 | RESULTADOS

A caracterização da amostra com dados socioeconômicos e, médias de idade e tempo de diagnóstico estão demonstradas na tabela 1. A idade dos idosos com gonartrose variou de 61 a 80 anos. Os idosos dos dois grupos apresentam homogeneidade para todas as variáveis avaliadas. As principais queixas dos idosos com gonartrose foram dor na articulação do joelho (70%), dificuldade de movimentar o joelho (30%). A ocorrência de quedas no último ano foi referida por 30% dos idosos com gonartrose.

CARACTERÍSTICAS	Grupo c/ Gonartrose	Grupo s/ Gonartrose
Idade (M±dp)	70,00 ± 6,20	71,50 ± 7,10
Tempo de diagnóstico (M±dp)	1,82 ± 1,38	-
Raça	N (%)	N (%)
Branca	9 (30)	12 (40)
Parda	21 (70)	18 (60)
Renda Média	N (%)	
1 salário mínimo	21 (70)	21 (70)
2 salários mínimos	9 (30)	9 (30)
Escolaridade	N (%)	
Analfabeto	24 (80)	21 (70)
1º Grau incompleto	6 (20)	9 (30)
Acompanhante na Residência	N (%)	
Sim	9 (30)	6 (20)
Não	21 (70)	24 (80)

Tabela 1: Caracterização da amostra

N: número; %: percentagem; M±dp: Média ± desvio padrão.

Observou-se escore médio total da Escala de Tinetti menor no grupo de idosos com gonartrose quando comparado ao grupo sem a patologia, com diferença de média de 4,16 [IC95%: 1,28 - 7,03], e diferença estatística significativa (Tabela 2). No grupo de idosos com gonartrose, 46,66% apresentaram pontuação inferior a 19 pontos, que representa alto risco de quedas; enquanto no grupo de idosos sem gonartrose, apenas 13,33% se enquadraram nesta classificação.

Escore Total	Grupo c/ Gonartrose	Grupo s/ Gonartrose	p	RR [IC95%]
Pontuação média	19,26 ± 5,42	23,86 ± 5,72	0,0001	5,67 [1,35 – 22,86]

Tabela 2: Escore da Escala de Tinetti

N: número; %: percentagem; M±dp: Média ± desvio padrão.

Houve correlação significativa inversamente proporcional entre o escore total e tempo de diagnóstico ($p=0,01$; $R=-0,70$), escore total e idade ($p=0,008$; $R=-0,76$) e escore total e grau de gonartrose ($p=0,04$; $R=-0,63$).

4 | DISCUSSÃO

Verificou-se que os idosos do estudo com gonartrose apresentaram média de idade de 70 anos, corroborando com estudos anteriores. Um estudo realizado com 28 idosos da comunidade do município de Guaxupé-MG, no ano de 2015, registrou idade média de 73,07¹³. Pesquisa com 40 idosas, realizada no Setor de Fisioterapia Ambulatorial do Serviço de Medicina Física IAMSPE, no ano de 2013, verificou que a idade média entre elas foi de 74,1¹⁴. Um outro estudo, realizado no ano de 2010, com 25 idosas, mostrou que a idade média foi de 74 anos¹⁵, apontando para a prevalência de gonartrose na população idosas.

Quanto à raça, houve prevalência de pessoas da raça parda acometidas pela gonartrose. Em um trabalho realizado no ano de 2013, com 40 participantes, os resultados mostraram que houve maior quantidade pessoas da raça branca acometidas¹⁴. A divergência de resultados pode ser justificada pelo fato de que os participantes da presente pesquisa eram, em maioria, trabalhadores rurais e viviam por longos períodos expostos a luz solar.

Com relação à renda média dos participantes, a maioria recebe apenas um salário mínimo. Estudo realizado no ano de 2010 com 25 idosas observou renda média foi similar¹⁵. Entretanto, outra pesquisa registrou prevalência de renda salarial de 6 a 10 salários-mínimos¹⁷. A falta de consenso entre os estudos relativo à renda salarial pode ser explicada pelo tipo da região em que as pessoas residem.

Houve prevalência de idosos analfabetas, em discordância com estudos prévios que apontaram para predominância de pacientes com ensino fundamental incompleto, em pesquisa realizada em 2010¹⁵, e ensino superior em estudo realizado em 2009¹⁷ com 103 idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade (UNITI). A predominância de idosas analfabetas na presente pesquisa pode ser justificada pela realidade sócio-cultural da região onde o estudo foi realizado.

A maior parte dos participantes não tinha acompanhantes nas residências, em discordância de pesquisa realizada em 2012, com 138 idosos da cidade de Veranópolis-

RS, na qual houve predomínio de idosas que residiam com seus familiares¹⁶. A ocorrência de abandono de idosos é maior na região Nordeste, o que poderia explicar, pelo menos em partes, a divergência entre os resultados.

Com relação aos resultados obtidos com a aplicação da Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti, registrou-se escore médio de 19,26 no grupo de gonartrose. Estudo realizado com 400 idosos em Academias da Terceira Idade, no ano de 2013, verificou média de 20,6 para escore total²⁰, resultados similares a presente pesquisa.

Houve, ainda, correlação significativa inversamente proporcional entre o escore total e tempo de diagnóstico, indicando que quanto maior o tempo de diagnóstico menor o escore; entre escore total e idade, isto é, quanto maior a idade menor o escore de equilíbrio; e entre escore total e grau de gonartrose, apontando que quanto maior a severidade da disfunção menor será o escore.

A gonartrose interfere tanto no equilíbrio estático quanto no equilíbrio dinâmico devido a seu fator de incapacidade funcional e por ser de caráter progressivo causando danos irreversíveis ao indivíduo, principalmente à medida que a idade do indivíduo aumenta²⁰.

5 | CONCLUSÃO

Agonartrose interferiu no equilíbrio e mobilidade dos idosos avaliados, aumentando o risco de quedas, particularmente naqueles com mais tempo de diagnóstico, maior idade e degeneração mais severa, constituindo, assim, um grupo alvo de intervenção fisioterapêutica preventiva e reabilitativa.

Parece que o uso da Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti possa ser recomendado para avaliação do grau de comprometimento do equilíbrio e da marcha decorrentes da gonartrose, a qual acarreta limitações funcionais, sendo de fundamental importância para guiar o tratamento fisioterapêutico.

Quanto maior a pontuação obtida, menores são os riscos de quedas em idosos, pois significa dizer que o indivíduo possui adequadamente tanto um bom equilíbrio corporal, quanto a marcha sem grandes comprometimentos.

Apesar dos resultados obtidos, a pesquisa apresenta limitações referentes ao reduzido tamanho da amostra, sendo importante a realização de estudos futuros com tamanho amostral representativo, a fim de ampliar os conhecimentos sobre o impacto da gonartrose no equilíbrio dos idosos.

REFERÊNCIAS

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Brasil: Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2013. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3617-3618, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803617&lng=en&nrm=iso>.

access on 20 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322014>.

CANDELORO, JM; CAROMANO, FA. **Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosos.** Rev. bras. fisioter., São Carlos , v. 11, n. 4, p. 303-309, Aug. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000400010>.

COIMBRA, IB et al . **Osteoartrite (artrose): tratamento.** Rev. Bras. Reumatol., São Paulo , v. 44, n. 6, p. 450-453, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000600009&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000600009>.

DIAS, B.; MOTA, R.; GÊNOVA, T.; TAMBORELLI, V.; PEREIRA, V.; PUCCINI, P. **Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio de idosos em diferentes fases do envelhecimento.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 6, n. 2, 23 out. 2010.

Gomes, G. S. **Tradução, adaptação transcultural e exame das propriedades de medida da escala “Performance-Oriented Mobility Assessment”(POMA) para uma amostra de idosos brasileiros institucionalizados.** 2003. Dissertação. Universidade Estadual De Campinas, Campinas.

GUIMARAES, Joanna Miguez Nery; FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. **Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas.** Rev Bras Med Esporte, Niterói , v. 11, n. 5, p. 299-305, Oct. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922005000500011&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922005000500011>.

KARUKA, Aline H; SILVA, José A. M. G; NAVEGA, Marcelo T. **Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos.** Rev. bras. fisioter., São Carlos , v. 15, n. 6, p. 460-466, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000600006&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011000600006>.

Matsudo, Victor Keihan Rodrigues(org); Calmona, Carlos Odair. **Osteoartrose e atividade física.** Diagn. tratamento. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 146-151, Dec. 2009.

OLIVEIRA, Aline Mizusaki Imoto de et al . **Impacto dos exercícios na capacidade funcional e dor em pacientes com osteoartrite de joelhos: ensaio clínico randomizado.** Rev. Bras. Reumatol., São Paulo , v. 52, n. 6, p. 876-882, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000600006&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000600006>.

Phiton, Laís Oliveira. **Qualidade de vida em portadores de Gonartrose submetidos a liberação miofascial.** Rev. de pesquisa em fisiot., v. 1, n. 2, 2011.

RIBEIRO, Angela dos Santos Bersot; PEREIRA, João Santos. **Melhora do equilíbrio e redução da possibilidade de queda em idosas após os exercícios de Cawthorne e Cooksey.** Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo , v. 71, n. 1, p. 38-46, Feb. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000100008>.

SILVA, Andressa da et al . **Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos.** Rev Bras Med Esporte, Niterói , v. 14, n. 2, p. 88-93, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922008000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922008000200001>.

Tinetti ME. **Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients.** J Am Geriatr Soc. 1986;34(2):119-26.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANELICE CALIXTO RUH Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pela PUCPR, mestre em Biologia Evolutiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Prática clínica em Ortopedia com ênfase em Dor Orofacial, desportiva. Professora em Graduação e Pós-Graduação em diversos cursos na área de saúde. Pesquisa clínica em Laserterapia, kinesio e linfo taping.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-471-9



9 788572 474719